

O coordenador da Atenção Primária e o seu novo papel na ESF

Giovanna Brunelli Rodovalho <sup>1</sup>

Renato Barbosa Japiassu <sup>2</sup>

Chennyfer Dobbins Abi Rached <sup>3</sup>

Marcia Mello Costa De Liberal <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo – Brasil. E-mail: comercial@workmedsaude.com.br. <http://orcid.org/0000-0002-3480-044X>

<sup>2</sup> Mestrando em medicina translacional pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Saúde da Família – Unyleya - Brasília - Brasil. Enfermeiro assistencial em enfermaria psiquiátrica em hospital geral. E-mail: renatojapiassu@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0001-6491-3253>

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Coletiva; Mestre em Economia da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professora Doutora - Departamento de Orientação Profissional - Escola de Enfermagem - Universidade São Paulo (USP) – Brasil. E-mail: chennyferr@yahoo.com.br. <http://orcid.org/0000-0002-4499-3716>

<sup>4</sup> Doutora em Sociologia Econômica pela Universidade de Lisboa; professora doutora e orientadora pelo Programa de Medicina Translacional na UNIFESP. E-mail: m.liberal@unifep.br. <http://orcid.org/0000-0002-2589-1802>

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária desenvolveu-se através de dois modelos teóricos: um modelo centrado Atenção Programática surgido em 1970 e o modelo da Estratégia Saúde da Família, consolidado pelo Ministério da Saúde em 1995. Enquanto na Estratégia Saúde da Família (ESF) a equipe de saúde formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua, as Unidades Básicas de Saúde, previstas no Modelo tradicional, atuam compartimentalizadas em programas, sendo que cada médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem são responsáveis por uma faixa etária, patologia, ou sexo específico (MARSIGLIA et al, 2006).

Em Ceilândia, Distrito Federal (DF), como apenas 20,5% do território é coberto pela ESF, a maior parte da Atenção Primária funciona de acordo com o Modelo tradicional.

Acredita-se que grande parte dos gestores e profissionais de saúde não esteja satisfeita com a mudança de modelo e com o processo de implantação da ESF no DF.

Os coordenadores de programa sempre tiveram um papel muito importante na Atenção Primária (AP) dentro do Modelo de Atenção Programática, entretanto com o advento da ESF, muitos tem encontrado dificuldade para atuarem dentro desde novo modelo.

Este trabalho tem a seguinte questão norteadora: como os coordenadores avaliam e percebem a alteração do Modelo Tradicional para a Estratégia de Saúde da Família?

Este trabalho tem como objetivos:

- Identificar como os coordenadores de programa de Ceilândia percebem e avaliam o processo de conversão do Modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família;
- Identificar e qualificar as dificuldades encontradas pelos coordenadores de programa para atuarem de acordo com o novo modelo de Atenção Primária à Saúde.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semi-estruturada. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP de CAAE 00795212.9.0000.5505, de 2014, foi realizada uma entrevista semi-estruturada. O estudo incluiu todos os coordenadores de Programa da Diretoria de Atenção Primária de Ceilândia, DF. O convite para participação e o agendamento da entrevista foram realizados pessoalmente pelo pesquisador. O critério de exclusão deste trabalho foi a não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A primeira parte do instrumento de dados objetivos consta na Tabela 1.

Tabela 1. Instrumento dos dados objetivos

Sexo:	Idade:
Estado civil:	Profissão:
Tempo de formado:	
Qual local que você trabalhou anteriormente? ( ) ambulatório ( ) Centro de Saúde ( ) Pronto-socorro ( ) ESF ( ) Enfermaria	
Tempo que atua como coordenador:	
Como assumiu a coordenação? ( ) Indicação ( ) Outro motivo	

A segunda parte do instrumento consta de duas perguntas, que consta na Tabela 2.

Tabela 2. Instrumento de dados subjetivos

Qual a sua opinião sobre a ESF e a forma como tem sido implantada no DF?
Quais as principais dificuldades que você tem enfrentado para atuar frente ao seu Programa neste processo de transição do Modelo Programático para a ESF?

Os dados resultantes das Tabelas 1 e 2 foram anotadas no momento da entrevista, sendo analisados, e, através das condições empíricas do texto, foram estabelecidas categorias para sua interpretação. Espera-se, através desta análise, compreender o pensamento dos participantes através do conteúdo expresso no texto (CAREGNATO & MUTTI, 2006).

## RESULTADOS

Foram realizadas 6 entrevistas. Cinco entrevistados possuem mais de 15 anos de formado e todos já trabalharam em Unidades Básicas de Saúde, visto que apenas três atuaram na ESF. Três possuem curso de formação em gestão. Com relação à questão que fala sobre a opinião da ESF e a forma como tem sido implantada no DF, os coordenadores reconhecem a preponderância da ESF sobre o modelo programático e pontuaram os seguintes atributos de forma positiva: acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade (STARFIEDL, 2002). Embora nos últimos 4 anos o número de equipes em Ceilândia tenha

praticamente quadruplicado, os coordenadores pontuaram que os desafios ainda são grandes, dada a baixa cobertura de 20,6%. Pode-se concluir que os coordenadores acreditam que a ESF têm sido implantadas de forma ineficiente e isto se deve a três motivos: descrédito dos profissionais de saúde e da população no novo modelo centrado na medicina preventiva, falta de recursos, e falta de planejamento, sendo que os dois últimos estão diretamente relacionados ao processo gestor.

Dos 6 entrevistados, cinco tinha mais de 15 anos de formado e 1 tinha menos de 15 anos de formado.

Dos 6 entrevistados, todos já trabalharam em Unidades Básicas de Saúde e apenas 3 atuaram na ESF.

Dos 6 entrevistados, metade dos profissionais tem cursos na área de gestão, e os outros não tem. Com relação à falta de recursos pode-se afirmar que, em Ceilândia, além da cobertura de ESF ser baixa, conforme abordado anteriormente, existe um déficit de horas de profissionais nos Centros de Saúde. A escassez de recursos físicos também é evidente. A Coordenação Regional de Saúde de Ceilândia alega não conseguir espaços disponíveis para locação das equipes dentro de seus territórios de atuação, o que faz com que das 26 equipes, 22 equipes fiquem alocadas em Centros de Saúde, uma em um laboratório, outra em um Centro Olímpico e apenas 3 equipes possuam espaços próprios.

Das 26 equipes, 22 ficam alocadas em Centros de Saúde, 1 fica em um laboratório e outra em um Centro Olímpico e 3 equipes tem seu espaço próprio.

Com relação à falta de planejamento, um dos problemas pontuados foi a aparente inexistência de critérios definidos por parte da Secretaria de Saúde do DF para a escolha dos locais onde serão implantadas as equipes. Os coordenadores também entendem que os setores da SES/DF parecem não se envolver como deveriam no processo de implantação da ESF quanto estratégia de saúde pública do DF.

Quanto à questão que se refere as dificuldades que o coordenador tem enfrentado para coordenar seu Programa no processo de transição do Modelo Programático para a ESF, apenas um referiu-se não enfrentar dificuldades alegando atuar de acordo com o antigo Modelo Programático exclusivamente. Entretanto afirmou que as ações do programa sob sua coordenação retrocederam nos Centros de saúde após a chegada da ESF. Os demais coordenadores entrevistados asseguraram que têm buscado atuar também junto às equipes de ESF e apontaram como principais dificuldades os seguintes problemas: a fragmentação do atendimento, a falta de apoio de gestores locais para a mudança de modelo, a escassez de recursos humanos, a demanda incompatível com a capacidade instalada e a dificuldade de comunicação entre ESF e Centro de Saúde. Todos também relataram que a coexistência dos dois modelos dificulta o processo de gestão da coordenação, visto que os instrumentos de coleta de dados e avaliação, bem como os sistemas utilizados para o registro da produtividade não são unificados.

Também se pontuou dois problemas referentes especificamente à atuação das equipes de ESF, como o raso conhecimento dos servidores sobre o funcionamento do serviço e a falta de eficiência e efetividade das coordenações de equipe. Embora a Política Nacional do SUS descreva as atribuições de cada membro da equipe, grande parte dos membros, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde, encontram dificuldade em enquadrar-se.

## **DISCUSSÃO**

ESF foi concebida para consolidar o processo de municipalização da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), facilitando o processo de reorganização pactuada entre municípios adjacentes e coordenar a integralidade de assistência à saúde. A formulação da ESF partiu de modelos de assistência à família no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra, que serviram de referência para o Brasil. O modelo de serviço público descentralizado, em nível de comunidade, destinado às populações pobres, foi uma estratégia preconizada pelo Banco Mundial para transferir a responsabilidade estatal para indivíduos, famílias e comunidade (SANTOS, UCHÔA-FIGUEIREDO & LIMA, 2017).

O Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu no ano de 1994 para modificar a atenção à saúde e reorientar o modelo assistencial, tendo como foco a promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a reorganizar os serviços, segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, teve início o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e em 2006, o PSF passou a se chamar ESF. Desde então essa estratégia tem alcançado uma elevada cobertura populacional a nível nacional, no atendimento integral da população, e promovido redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde (NEVES et al., 2018).

A ESF tem como base de sua atuação a territorialização das equipes de Saúde da Família, reorganizando e direcionando a expansão, a qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB) à saúde de acordo com os princípios do SUS, além de ampliar a resolutividade na assistência e recuperação das condições de saúde de indivíduos e coletivos mediante as ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos (NEVES et al., 2018).

Maiores coberturas da ESF têm-se associado as melhores condições de saúde da população, como a queda da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal, redução da desnutrição e aumento nas consultas de pré-natal. Há evidências de que o aumento da cobertura da estratégia contribui para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária e na mortalidade cardiovascular (NEVES et al., 2018).

Dentre as dificuldades levantadas, este estudo focará na microgestão sob governabilidade dos coordenadores de programa, a saber: fragmentação do atendimento; desarticulação entre ESF e Centros de Saúde; despreparo técnico das equipes de ESF.

Com relação à fragmentação do atendimento, é inviável que cada coordenador de programa tenha a preocupação apenas com seu programa, exigindo que as equipes apresentem números diversos dentro de prazos estabelecidos aleatoriamente. Enquanto havia um único profissional responsável por cuidar de cada programa no Centro de Saúde, isto era possível. Entretanto, os coordenadores precisam atentar-se para o fato de que as ações em saúde dentro do novo modelo serão realizadas de acordo com os dados epidemiológico de cada região adscrita, o que poderá acarretar o melhor desenvolvimento de alguns programas em detrimento de outros, afinal, se uma região possui mais idosos, é natural que se desenvolvam mais ações voltadas para este público. É importante, portanto, que os coordenadores possam expandir seu olhar para além de seu programa, a fim de visualizar a Atenção Básica de uma forma mais ampla.

## **CONCLUSÃO**

Através deste trabalho, pode-se perceber que os coordenadores compreendem o funcionamento da ESF e tem buscado estreitar os laços com as equipes e trabalhar de forma integrada, a fim de não os sobrecarregar. Entretanto, sentem falta de apoio por parte da gestão dos Centros de

Saúde e Equipes de ESF para executar seu programa. Este estudo também verificou a necessidade de capacitar os gestores para o novo modelo de atendimento, a fim de evitar a fragmentação do atendimento.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram que não há conflito de interesse financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governos, empresas e fundações privadas etc.).

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

Não houve fonte de financiamento.

## **REFERÊNCIAS**

CAREGNATO, Rita Catalia Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 4, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; et al. Integralidade e Atenção Primária em Saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=607189&indexSearch=ID>. Acesso em: 25 jul. 2020.

NEVES, Rosália Garcia; et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na Atenção Primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 114, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 25 jul. 2020.

STARFIEDL, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 25 jul. 2020.