



ARTIGO ORIGINAL

ATENÇÃO INTEGRAL NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

INTEGRAL CARE IN THE PERCEPTION OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

ATENCIÓN COMPLETA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Josué Souza Gleriano¹, Priscila Corrêa da Luz Zaiaz², Angélica Pereira Borges³, Grasielle Cristina Lucietto⁴, Priscila Balderrama⁵, Carla Regina de Almeida Corrêa⁶, Ana Carla Picalho⁷, Lucieli Dias Pedreschi Chaves⁸

RESUMO

Objetivo: descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção integral na sua unidade. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em uma unidade de saúde com 11 profissionais da equipe multiprofissional. Coletaram-se os dados utilizando a técnica de grupo focal norteada pelo instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** destaca-se que a equipe julgou satisfatória a atenção integral no ciclo da mulher e insatisfatória nos ciclos da criança e do adolescente, adulto e idoso. Percebeu-se a pouca familiaridade com o programa de avaliação ministerial. **Conclusão:** constatou-se a necessidade de se instituir uma reflexão rotineira sobre a atenção integral pautada nos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde da Família; Gestão em Saúde; Avaliação em Saúde, Enfermagem.

Abstract

Objective: to describe the perception of a multiprofessional team of the Family Health Strategy about integral care in its unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, developed in a health unit with 11 professionals of the multidisciplinary team. Data was collected using the focus group technique guided by the Self-Assessment tool to improve access and quality of primary care. The technique of Content Analysis was used. **Results:** it is noteworthy that the team judged satisfactory the full attention in the woman cycle and unsatisfactory in the child and adolescent, adult and elderly cycles. Little familiarity with the ministerial evaluation program was noted. **Conclusion:** it was noted the need to institute a routine reflection on comprehensive care based on the attributes of Primary Health Care. **Descriptors:** Primary Health Care; Integrality in Health; Family Health; Health Management; Health Evaluation; Nursing.

Resumen

Objetivo: describir la percepción de un equipo multiprofesional de la Estrategia de Salud Familiar sobre la atención integral en su unidad. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado en una unidad de salud con 11 profesionales del equipo multiprofesional. Los datos se recolectaron utilizando la técnica de grupos focales guiada por la herramienta de Autoevaluación para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria. Se utilizó la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** es digno de mención que el equipo consideró satisfactoria la atención total en el ciclo de la mujer e insatisfactorio en los ciclos de niños y adolescentes, adultos y ancianos. Se observó poca familiaridad con el programa de evaluación ministerial. **Conclusión:** se señaló la necesidad de instituir una reflexión de rutina sobre la atención integral basada en los atributos de la Atención Primaria de Salud. **Descritores:** Atención Primaria de Salud; Integralidad en Salud; Salud de la Familia; Gestión en Salud; Evaluación en Salud; Enfermería.

^{1,2,3,4,7}Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Tangará da Serra (MT), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>
²<https://orcid.org/0000-0002-6707-6718> ³<https://orcid.org/0000-0001-7457-0792> ⁴<https://orcid.org/0000-0001-6097-2600>
⁷<https://orcid.org/0000-0002-2369-2682> ⁵Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/UFMS. Três Lagoas (MS), Brasil. ⁵<https://orcid.org/0000-0003-1979-611X> ⁶Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT. Rondonópolis (MT), Brasil. ⁶<https://orcid.org/0000-0002-6863-868X> ⁸Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. ⁸<https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << Avaliação do processo de trabalho a partir da Atenção Integral >>. Universidade do Estado de Mato Grosso. 2016.

Como citar este artigo

Gleriano JS, Zaiaz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Correia CRA, et al. Atenção Integral na percepção dos profissionais da Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242241 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242241>

INTRODUÇÃO

Constitui-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, abrangendo um conjunto de ações individuais e coletivas relativas à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde.¹

Tratam-se, desde a Portaria MS nº 2488/2011, que institui a PNAB, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, no Brasil, como equivalentes, e a Saúde da Família é a estratégia prioritária de operacionalização.² Sabe-se que as ações da APS devem ser orientadas por atributos essenciais de atenção do primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade³ cujas ações são a base resolutiva para a organização das redes de atenção à saúde.¹

Verifica-se, nos últimos anos, no Sistema Único de Saúde (SUS), que a APS progrediu de forma substancial, evidenciando a importância desse nível de atenção⁴ para se fortalecer a integralidade e articular ações e serviços de saúde para o cuidado, individual e/ou coletivo, considerando as peculiaridades do território.⁵ Ressalta-se, entretanto, que esses avanços têm se mostrado frágeis após as mudanças nas normativas que conduzem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Defende-se, em relação à crescente expansão dos serviços de APS no território brasileiro, que a avaliação pode favorecer mecanismos cooperativos para o trabalho das equipes, na compreensão de ações individuais e coletivas para se estabelecer a essencialidade do cuidado. Considera-se, no âmbito das políticas e programas de saúde, que é cada vez mais relevante a realização da avaliação de sistemas e serviços de saúde, que se configura como um importante instrumento do planejamento e gestão para a tomada de decisão.⁶

Observa-se que, em 2012, o Ministério da Saúde, com vistas ao fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação no âmbito da APS, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em que uma das etapas é a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ).

Pontua-se que o uso de instrumentos autoavaliativos tem sido recomendado por qualificar os processos gerenciais e assistenciais e por possibilitar o agir reflexivo nas ações das equipes para se reconhecer as conexões intrínsecas entre o planejamento e a avaliação, bem como a sua importância como norteadores do processo de trabalho, em uma perspectiva dinâmica para se romper a tradição do

planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas.⁷

Assume-se, neste estudo, a concepção da atenção integral utilizada pelo PMAQ, analisando-se as ações de acolhimento da demanda nas fases do desenvolvimento humano, individuais e coletivas, de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação, ao se considerar, também, o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais da saúde.¹

Justifica-se, com base nessas considerações, esta investigação, pela relevância de se captar a percepção dos profissionais acerca da sua prática de trabalho em saúde e das reflexões sobre as potências e fragilidades para a atenção integral cujos resultados podem contribuir para a avaliação na ESF, bem como pela possibilidade de se usar a avaliação como instrumento de gestão.

OBJETIVO

- Descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção integral na sua unidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em um município localizado no sudoeste do Estado de Mato Grosso. Aponta-se que, em 2016, o referido município acelerou exponencialmente o processo de expansão da atenção básica, chegando a 100% de cobertura,⁸ após a adesão ao Programa Mais Médicos e a fixação de gestores em nível de gestão da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação da Atenção Básica, situação que desencadeou, ainda em 2016, a primeira adesão à avaliação do PMAQ.

Realizou-se, para a seleção do serviço participante, o mapeamento das unidades de saúde distribuídas em regiões geográficas no município, aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrada no PMAQ, possuir uma equipe multiprofissional completa e estar localizada em um extremo geográfico que dificulte o acesso. Registra-se que, do total de 12 unidades, três atenderam aos critérios de inclusão, tendo sido visitadas, para a apresentação do projeto e o convite para a participação na pesquisa, sendo que a equipe de uma unidade aceitou o convite.

Registra-se que os participantes foram todos os profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, técnicos de Enfermagem, recepcionista, agentes comunitários de saúde, odontólogo e técnico de higiene bucal), totalizando 11 profissionais.

Criou-se, com o aceite dos participantes, uma agenda para a equipe, que foi disponibilizada com as possíveis datas para encontros, o que permitiu a

escolha consensual da data, estratégia utilizada para se favorecer a participação do maior número possível de profissionais e captar os olhares envolvidos no processo de trabalho.

Coletaram-se os dados pelos pesquisadores, em setembro de 2016, utilizando-se a técnica de grupo focal,⁹⁻¹⁰ realizada com a presença de um moderador e dois observadores.

Aplicou-se um roteiro construído pelos pesquisadores para se conhecer o perfil socioeconômico e profissional dos participantes.

Orientou-se o grupo focal por um roteiro embasado no instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).¹¹ Utilizou-se, para este estudo, a dimensão relativa à atenção integral, que se adequa ao objetivo proposto. Avaliam-se os itens do instrumento por uma escala, sendo que o ponto zero indica o não cumprimento do padrão e o ponto dez, a total adequação, e os intervalos entre esses valores são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada. Verifica-se que os participantes pontuavam de acordo com o valor que considerassem adequado à realidade vivenciada no tocante a cada questão e, a cada pontuação, foi solicitada a justificativa do valor atribuído. Problematizou-se, em seguida, em grupo, o valor atribuído à questão com o padrão que o instrumento da AMAQ indica como parâmetro de avaliação, contextualizando-se o cenário da unidade de saúde de estudo.

Disponibilizou-se o instrumento em cópia impressa para cada participante, projetando-se, também, em um aparelho multimídia. Construiu-se um *banner* com a pontuação para ser consultado em caso de necessidade. Adotaram-se esses recursos para se facilitar o acompanhamento do instrumento.

Salienta-se que o encontro foi audiogravado e teve a duração de duas horas e trinta minutos. Submeteu-se o material transcrito, na íntegra, à leitura exploratória para a apropriação da totalidade do conteúdo e, posteriormente, realizou-se a leitura exaustiva para se apreender, em profundidade, o teor do material. Utilizou-se, na análise e interpretação, a vertente representacional temática de Bardin.¹² Pontua-se que os resultados foram organizados conforme o ciclo de vida para a maior compreensão da abordagem da atenção.

Respeitaram-se todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, com a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNEMAT, nº CAEE: 51340215.0.00005166.

RESULTADOS

Elencam-se as características mais frequentes do perfil socioeconômico dos participantes: 33,3% têm idade acima de 40 anos; 55,5% são do sexo feminino; 66,6% têm cor branca; 55,5% são casados; 55,5% têm filhos; 55,5% possuem vínculo de trabalho em regime estatutário e 55,5% são Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Destaca-se que esta equipe multiprofissional contava com a participação de um médico do Programa Mais Médicos (PMM).

Registra-se que 77,7% dos profissionais ingressaram na unidade no ano de 2015; 77,7% receberam treinamento admissional; 66,6% possuem regular satisfação com o salário; 77,7% referiram satisfação com o vínculo empregatício; 88,8% demonstraram satisfação com a carga horária semanal de trabalho de 40 horas; 77,7% possuem uma relação de experiência profissional prévia; 88,8% apresentaram uma qualificação profissional e 100% nunca receberam bonificação financeira pelo alcance de metas. Nota-se que 55,5% referiram que há uma relação adequada entre as consultas agendadas e espontâneas.

Identificou-se a pouca familiaridade da equipe com o programa de avaliação do Ministério da Saúde.

O pessoal, aqui, nunca ouviu falar em PMAQ e nem nesse caderno aí de autoavaliação. Isso tem que fazer mesmo? Porque, até agora, não falaram nada para a gente, nem um memorando chegou aqui. (Enfermeiro)

Agora vai ter que fazer isso, pois não falaram ainda para preencher nada. (ACS 2)

Não estou lembrado de PMAQ em reunião com o supervisor. (Médico)

Ressalta-se que esta pesquisa foi disparadora para iniciar os diálogos sobre a avaliação na APS no município. Entende-se que, ao se produzir uma autoavaliação a partir da AMAQ, que fornece padrões de práticas e organização da unidade de saúde, se gera um diagnóstico de situação do processo de trabalho com base no que se espera para a atenção integral. Observa-se, considerando essa proposta, que os resultados foram organizados por ciclo de vida na possibilidade de se olhar para cada ciclo e originar, de forma participativa, a possibilidade de se construir processos estruturados para a atenção integral.

Destaca-se que a atenção integral à criança e ao adolescente foi considerada insatisfatória por não incluir o acompanhamento da totalidade de crianças e adolescentes. Percebe-se que o enfermeiro e o médico utilizam a Caderneta de Saúde da Criança na prática de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A enfermeira e a doutora são as únicas que, geralmente, fazem o crescimento e desenvolvimento da criança. (ACS 2)

O preenchimento da caderneta da criança a gente não faz porque a gente não tem uma capacitação para fazer isso. Vai mesmo na questão de orientação; isso, a gente faz. (ACS 4)

Torna-se imprescindível que toda a equipe da unidade seja capaz de identificar crianças em situações de vulnerabilidade, visitar aquelas faltosas nas consultas pré-definidas do calendário e detectar adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Expressa-se, entretanto, nas falas a seguir, um enfoque limitado para a atenção à criança voltado para a imunização.

Geralmente, a gente vai por essa parte: imunização. (ACS 1)

[...] mas eles vêm mais por causa da vacina, né? (Téc. Enfermagem 1)

A vacina está completa. (Téc. de Enfermagem 2)

Constatou-se que os participantes valorizam o modelo biomédico nas práticas, com a priorização de metas e faixas etárias que correspondem aos programas e indicadores pactuados com a gestão municipal, o que direciona ações focalizadas.

Essa faixa etária, acima de cinco anos, só procura aqui quando tem algum problema. (Enfermeiro)

[...] a criança vem com uma amigdalite, a gente nem pede a caderneta. (Médico)

Criança acima de cinco anos e adolescente. Isso aí tá bem precário. O atendimento à criança tem, mas é priorizado mais as menorzinhas, por conta da meta. (Recepcionista)

Percebe-se que a atenção integral foi classificada como satisfatória; porém, a saúde da mulher evidencia a fragmentação no cuidado, com uma centrada atenção na demanda espontânea em detrimento dos aspectos determinantes da promoção da saúde.

A gente vive trocando de área, eu já troquei umas quatro vezes, então, não tem uma ação da equipe que olhe para as possíveis mulheres que podem engravidar. (ACS 2)

Nunca teve um mapeamento de mulheres em idade fértil, só vem para o grupo de gestante. (ACS 3)

A identificação da gestante nem sempre é tão precoce, quando ela vem aqui, já está no quarto mês ou mais. (Enfermeiro)

Não usamos muito o planejamento e o mapa vivo, na verdade, a gente só detecta a gestante no primeiro trimestre, se ela comentar ou vir procurar, falta olhar mais para o mapeamento do território. (Médico)

Identifica-se que a atenção integral à saúde do adulto foi avaliada como insatisfatória. Pontuam-se os pontos fortes das ações de acompanhamento, como no caso das doenças crônicas não transmissíveis e das necessidades de emergente articulação para o acompanhamento de casos crônicos de tuberculose, hanseníase e infecções sexualmente transmissíveis.

Todo mês, a equipe passa a ficha para mim e a produção deles. Nós podemos falar quantos hipertensos e diabéticos são visitados na área por mês, por exemplo. A gente sabe a totalidade de hipertensos pela consulta que a gente faz. (Enfermeiro)

Nós tivemos um paciente na minha área, tinha tuberculose, acompanhei, seguiu o tratamento, agora, vai ter que fazer novos exames para confirmar se realmente está curado. Fui até fora do meu horário de trabalho, levei o medicamento para ele tomar. (ACS 1)

Evidenciam-se fragilidades e limitações da equipe para lidar com situações de sofrimento psíquico, álcool, tabaco e outras drogas e prevenção de violências. Destaca-se que os itens referentes a esse tema despenderam um maior tempo de discussão, o que pode sinalizar a necessidade de se adotar ações estratégicas de capacitação para os profissionais para a atenção a usuários e familiares no âmbito da saúde mental. Indica-se, nesse sentido, pelas falas a seguir, a abordagem fragmentada, sem o enfoque integral para ações e/ou acompanhamento de usuários com necessidades afetadas no âmbito da saúde mental.

A equipe não tem muito esse cuidado integral porque é encaminhado para o CAPS, eles que assumem. Eu não acompanho. Tem a senhorinha do seu Valdomiro, que é psiquiátrica, a gente foi lá e cuidou dela? Não, eu não fui lá. A gente acompanha, mas em partes, entendeu? (Enfermeiro)

A gente só identifica e já encaminha para o CAPS, eles que fazem o acompanhamento. Tem o tratamento do CAPS, mas não tem na unidade. (Médico)

Aqui é muito falho, porque, com relação à droga, dependência química e pessoas com problemas mentais, fica meio com medo de lidar porque não tem um tratamento e a gente não sabe o que falar. Acaba que a gente se omite por este motivo. (Odontólogo)

Violência é difícil, foge da nossa alçada, parece que [pausa] preciso correr atrás e estudar, tem manuais que falam sobre a abordagem, porém, se chegar, vou atender, mas preciso me capacitar, preciso. (Médico)

Entende-se que as ações dos profissionais têm se limitado a práticas voltadas para a medicalização e resposta emergencial às demandas trazidas nas consultas, sinalizando ações pouco resolutivas, com o frequente encaminhamento a serviços de referência, que não estabelecem projetos terapêuticos singulares para o acompanhamento do cuidado, como apontado nas falas seguintes.

Tantos pacientes depressivos vêm aqui só trocar receita e a gente não acompanha nada. Só vêm, troca receita e pronto, não fazemos o Plano Terapêutico Singular, acho que alguns aqui nem sabem que existe. (Enfermeira)

Tem uns pacientes que nem vêm, só manda o filho ou algum parente trazer a receita velha pra trocar, quando não pedem para mim trocar para ele a receita. (ACS 2)

Eu sei que deveria trabalhar com a referência, mas a demanda é muita, são muitas atribuições, então, você acaba encaminhando ou pedindo para o paciente ir até o serviço. (Médico)

Precisa de uma avaliação e não tem psiquiatra. (Médico)

Percebe-se que, na perspectiva dos participantes, é preciso o comprometimento com a formulação, execução e avaliação da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, como apresentado nas falas a seguir.

Não tem nenhuma ação para tabaco, álcool e outras drogas. (Enfermeiro)

A gente identifica alguns casos, sim, mas não desenvolve ações, às vezes, é perigoso, né? (Médico)

Observou-se que a atenção integral à saúde do idoso possui atividades centradas no atendimento individual e restrito ao acompanhamento em consulta. Avalia-se esse ciclo como insatisfatório.

A gente tem o dia do idoso na unidade, tem o acompanhamento nesse dia ou se algum deles vier à unidade com alguma queixa. (Recepcionista)

A gente acompanha muito o idoso, principalmente, quanto tem feridas ou medicação de acompanhamento. (Enfermeiro)

Nós monitoramos as visitas. O ACS, quando precisa de uma orientação, avisa a gente. (Médico)

Percebe-se, pelas falas, que não é uma rotina o uso da caderneta do idoso pelos profissionais.

Não utilizo a caderneta do idoso em toda situação de atendimento até porque tem gente que não tem, está em falta. (Médico)

A caderneta não está vindo, a última que veio foi em 2014. (ACS 3)

Identifica-se que não há ações de capacitação, acompanhamento para a orientação ou supervisão nas práticas do cuidador.

Eu sei quem é o cuidador; ou é um membro da família ou um responsável que a família paga para cuidar, mas capacitação não realizo. (Médico)

Nunca fizemos uma discussão sobre esse assunto de capacitação do cuidador aqui na unidade. (ACS1)

Olha, a gente até orienta individualmente em uma visita ou aqui na unidade, mas isso é mais para idoso acamado. (Enfermeiro)

DISCUSSÃO

Evidenciam-se, pelo conjunto de falas, fragilidades no enfoque da promoção da saúde, com ações fragmentadas e pouco articuladas entre os profissionais, fatores que podem comprometer a coordenação do cuidado, a resolutividade, a criação de vínculos e a atenção integral, conforme

as necessidades dos diferentes ciclos de vida e as particularidades do território.

Considera-se a APS relevante na atenção integral à saúde da criança e do adolescente para se produzir ações de promoção e prevenção dos agravos no desenvolvimento infanto-juvenil. Avalia-se, em relação à ampliação no acesso ao cuidado às crianças e, principalmente, aos adolescentes, que a garantia da atenção integral ainda deixa a desejar nas ações de prevenção, assistência a agravos e redução dos danos, com olhar para a vulnerabilidade social.¹³

Verifica-se, pela concepção de atenção integral proposta na AMAQ na unidade de saúde, que existem ações de acolhimento à demanda programada, porém, com maior foco para as ações que estão no calendário nacional de saúde focado em campanhas.

Observa-se que as ações de saúde para os grupos prioritários estão centradas em consultas dos profissionais de nível superior e não fomentam ações coletivas que promovem o compartilhamento da experiência do cuidado. Entende-se que a demanda espontânea possui representatividade na agenda da unidade, que aponta para uma parcela considerável do atendimento promovida sem um olhar do diagnóstico do território e com o grande desafio de transformar em realidade o cuidado longitudinal que responda aos problemas de saúde, atendendo à organização do processo de trabalho e superando os projetos técnico-assistenciais centrados na necessidade, em uma perspectiva de promoção da saúde.

Destaca-se que a imunização faz parte do processo histórico na consolidação de políticas públicas de saúde à criança mesmo antes da criação do SUS. Trata-se de uma referência mundial na promoção da saúde infantil com impacto direto nos indicadores sociais do país. Constitui-se a assiduidade à sala de vacina como uma oportunidade de se estabelecer um vínculo com a família e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes na perspectiva da atenção integral.

Verifica-se a importância dessa ação no calendário nacional de atenção à criança, que pode ser associada à prática na unidade de saúde para a organização da agenda integrada de ações multiprofissionais, no intuito de se otimizar a ida das crianças e fortalecer o vínculo do cuidador da criança em uma abordagem de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos, além de prover o cuidado em tempo oportuno.¹⁴

Sabe-se que o registro de dados na caderneta faz parte da avaliação integral à saúde da criança e envolve itens de avaliação e de orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados no acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento, e a qualidade dos registros de crescimento e desenvolvimento pode revelar o funcionamento dos serviços e o desempenho de seus profissionais.¹⁵

Salienta-se que a maior aproximação às diretrizes da atenção integral requer a transformação da tradicional abordagem fundamentada em aspectos ligados exclusivamente às questões anatomofisiológicas para uma prática direcionada às peculiaridades de gênero, às condições sociais e culturais, às necessidades individuais e comunitárias e à qualidade de vida.¹⁶

Defende-se que o acolhimento às demandas da mulher, as reuniões com os grupos, bem como as visitas domiciliares são ações que potencializam a atenção integral e o estreitamento do vínculo, que são essenciais para reconhecer os riscos presentes na evolução da gravidez.¹⁷

Observa-se que as questões do ciclo de atenção à saúde da mulher abordam as políticas públicas da população feminina, a organização do serviço e a prática dos profissionais de saúde. Revelou-se, nos resultados, um maior enfoque voltado para a mulher gestante, com a priorização de ações do pré-natal e a pouca valorização do cuidado nas ações de planejamento familiar, prevenção do câncer do colo do útero, climatério e violência à mulher.

Importa-se destacar a importância da APS no estímulo e apoio aos cuidados preventivos e de promoção à saúde das mulheres, uma vez que as atividades desenvolvidas englobam a realização das consultas, ações educativas, gerenciamento e provimento de recursos materiais e técnicos, controle da qualidade dos exames, verificação, comunicação dos resultados e ações de referência e contrarreferência a garantir integralidade e continuidade do cuidado.¹⁸ Reforça-se, assim, a necessidade de se reestruturar, no sentido de prover condições de trabalho compatíveis com a conformação da APS e com a atuação dos profissionais de saúde, que devem agir como promotores e corresponsáveis pelo cuidado, suplantando a abordagem clínica.¹⁹

Define-se a saúde mental como um gargalo da saúde pública marcado por fortes resquícios do paradigma flexneriano pautado no modelo assistencial curativo e biomédico, de cuidado fragmentado, segregação e estigma e, mesmo após a reforma psiquiátrica brasileira, permanece um desafio em aspectos como a pouca articulação entre os serviços de saúde e o baixo acolhimento dessa demanda no nível primário de atenção.²⁰

Aponta-se que os projetos integrados e intersetoriais para a superação desses desafios são essenciais nos procedimentos de referência e contrarreferência no intuito de se investir na rede de atenção como produtora de cuidado.²¹

Entende-se que os gestores e coordenadores de atenção à saúde precisam olhar para a APS como organizadora do cuidado para prover, por meio da promoção e ações de articulação da rede de saúde mental, capacitações que possibilitem a assistência, mas que estimulem as práticas de cuidado na família por meio de atividades que incluam a prevenção e a promoção no fortalecimento dos vínculos sociais e da cidadania do portador de transtorno mental.²² Acrescenta-se que a integração das ações e a organização dos serviços no território e na rede de atenção psicossocial favorecem a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental severo e persistente.

Compreende-se que as estratégias de acolhimento e tratamento na APS devem fortalecer/garantir o acesso ao cuidado, a medicamentos, à atenção na comunidade e à educação em saúde que envolva a comunidade/famílias/usuários, formando recursos humanos capazes de oferecer apoio às estratégias da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, além da ruptura da lógica rigidamente delineada com base na intensa associação de drogas ao comportamento antissocial e/ou criminoso.²³

Constata-se que um dos grandes desafios das equipes de saúde tem sido descobrir o caminho certo para a promoção do autocuidado.²⁴ Verifica-se, nesse sentido, que as atividades de educação em saúde, o acolhimento do sujeito e o trabalho em equipe com olhar interdisciplinar devem estar presentes na rotina da equipe na atenção primária,²⁵ tanto porque facilitam a percepção do indivíduo/família/profissionais quanto porque são estratégias relevantes para se incrementar a procura por tratamento e controlar os indicadores de saúde.²⁶

Ressalta-se que uma das estratégias para se qualificar a atenção à pessoa idosa é a caderneta de saúde da pessoa idosa, instrumento proposto para auxiliar o bom manejo da assistência. Orienta-se que seja usada pelas equipes de saúde, pelos idosos e pelos seus familiares e cuidadores por integrar um conjunto de iniciativas que tem por objetivos ampliar e agregar a atenção.²⁷

Salienta-se que os profissionais da saúde de nível superior são os mais indicados para orientar os cuidadores de idosos.¹ Percebe-se que os serviços de atenção às pessoas idosas têm se mostrado inadequados, insuficientes ou incompletos, o que revela, em uma dimensão da política de saúde para pessoas idosas, a necessidade emergente que os serviços enfoquem a prevenção das enfermidades e invistam na atenção multidisciplinar.²⁸

Aprende-se que, na unidade estudada, há uma forte influência do modelo biomédico determinado

na lógica de um formato técnico operacional de ações focalizadoras em práticas de Medicina simplificada, dirigida às demandas, principalmente, espontâneas, que corroboram as sucessivas mudanças do desenho de abrangência da unidade e rotatividade de profissionais. Requer-se, nessa perspectiva, o investimento no conhecimento dos instrumentos epidemiológicos e da rede de atenção, com a proposta de se olhar para a promoção da saúde, entendendo-a na composição do processo de trabalho da equipe para se avançar na atenção integral.

Defende-se, no processo de trabalho da equipe multidisciplinar, que a atenção integral deve permear as práticas de atenção aos ciclos de vida, ponderando o conceito de território e da oportunidade de se realizar ações individuais e coletivas para a promoção de saúde.

Avalia-se que as fragilidades encontradas neste estudo podem resultar da prática dos profissionais que não permeia o modelo de promoção da saúde, reconhecendo os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais no processo saúde-doença. Compreende-se que os fatores limitantes para o desenvolvimento da atenção integral expostos vão além do âmbito do processo de trabalho para o cuidado nessa unidade, perpassando arranjos políticos, de mecanismos financeiros, de instrumentos gerenciais da organização da atenção e da própria avaliação dos serviços, além da formação de recursos humanos para a APS.

Torna-se necessário, no campo de prática da atenção integral, que as relações entre ações individuais e coletivas se subsidiem em saberes da clínica ampliada, da epidemiologia, da gestão do cuidado na perspectiva dos atributos da APS voltados para a promoção da saúde e vigilância em saúde.

CONCLUSÃO

Entende-se que os participantes julgaram satisfatória a atenção integral no ciclo da mulher e insatisfatória nos ciclos da criança e do adolescente, adulto e idoso. Percebe-se o despreparo profissional ao lidar com os padrões estipulados para uma avaliação da qualidade. Aponta-se que as dificuldades encontradas na atenção integral de cada ciclo de vida podem apresentar caminhos para a mudança no processo de trabalho desses profissionais.

Infere-se que o enfoque da assistência biomédica, que perpassa todos os ciclos de vida como uma tendência cotidiana na prática profissional, é um dificultador para a atenção integral na perspectiva da promoção da saúde. Indica-se o pouco espaço de autoavaliação e monitoramento das práticas de trabalho como uma

tendência para a baixa resolubilidade da APS na unidade pesquisada.

Verifica-se que a não internalização da cultura avaliativa na unidade deriva da ausência de iniciativas por parte da gestão municipal para a institucionalização dessa prática. Pontua-se que a continuidade da avaliação rotineira, os incentivos para a autoavaliação orientadora no planejamento das ações e intervenções das equipes e a análise sistemática dos seus resultados são intervenções pertinentes que podem incidir positivamente na melhoria da qualidade das ações ofertadas aos usuários.

Aponta-se, para a atenção integral se efetivar no cuidado, que se requer, necessariamente, a revisão dos processos de trabalhos e que o campo de trabalho multiprofissional atue na atenção primária em uma corresponsabilidade, ao se respeitar as particularidades e especificidades das atividades que potencializam o trabalho somadas às múltiplas visões sobre o contexto real do sujeito e a sua participação e compreensão na decisão terapêutica.

Conclui-se que as práticas são fragmentadas e focalizadas. Considera-se improtelável integrar, equilibradamente, o cuidado clínico, a prevenção e a promoção da saúde a partir da análise aprofundada nas informações deste estudo.

Pode-se apontar, como limitação deste estudo, a verificação *in locus* de apenas uma unidade, o que pode não refletir, mesmo com critérios definidos de seleção, a realidade do serviço de saúde, considerando as especificidades locais. Faz-se necessária a realização de estudos que mensurem, com maior precisão, a qualidade prevista pelo PMAQ nessas unidades e um olhar sobre o uso de parâmetros nacionais e regionais que avaliem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2018 Aug

- 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; 2015 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
4. Ceccon RF, Meneghel SN, Viécili PRN. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. *Rev Bras Epidemiol.* 2014 Oct/Dec;17(4):968-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>
5. Camargo RAA, FMGC, Toneti AN, Silva MAI, Gonçalves MFC, Andrade LS. Forming the integrality in health concept based on the historical-cultural approach. *Rev eletrônica enferm.* 2015 Oct/Dec;17(4). DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.34415>
6. Almeida CAL, Tanaka OY. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. *Rev Saúde Pública.* 2016 Aug;50:45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006251>
7. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Uses of the planning and self-evaluation in the working processes of Family Health teams in Primary Care. *Saúde Debate.* 2014 Oct; 38:124-39. DOI: [10.5935/0103-1104.2014S010](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S010)
8. Gleriano JS, Lucietto GC, Reis JB, Teixeira VM, Chaves LDP. The perception of the family health strategy nurses on the evaluation concept and practice. *CuidArte Enferm* [Internet]. 2017 July/Dec [cited 2018 Aug 10];11(2):248-56. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32953&indexSearch=ID>
9. Carlini-Cotrin B. Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 1996 June;30(3):285-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>
10. Morgan DL, Kruger RA. The focus group kit. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Apr 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 3):1366-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>
14. Araujo Filho ACA, Rocha SR, Gouveia MTO. Possibilities for the integrality of care the child in primary care. *Rev Cubana de Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2018 Aug 10];35(1):772-80. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1765/419>
15. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, Amaral JHLD, Vasconcelos M, Silva AGD, et al. Filling process of the Child Health Record in health care services of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018; 27(1):e201701116. DOI: [10.5123/s1679-49742018000100016](https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100016)
16. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Rev Saúde Pública.* 2017 Jan;51:01-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711>
17. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. *Saúde Debate.* 2014 Oct/Dec;38(103):805-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>
18. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. The nurse in uterine cervical cancer prevention: the daily care in health primary attention. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 10]; 58(3):389-98. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterocotidiano_atencao_primaria.pdf
19. Porto RTS, Junior Bispo JP, Lima EC. Domestic and sexual violence in the Family Health Strategy: professional performance and barriers to coping. *Physis.* 2014 July/Sept;24(3):787-807. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>
20. Silva GR, Reis HFT, Santos EM, Souza MPA, Azevedo RL. Mental health in primary care: perceptions of the family health care team. *Cogitare Enferm.* 2016 Apr/June;21(2):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.43861>
21. Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Health Care Networks as producers of mental health care: a reflective analysis. *Rev port enferm saúde mental.* 2018 June;19:61-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0203>
22. Serejo EVS, Cunha MC, Carvalho ME, Negreiros JA, Oliveira EN, Ximenes Neto FRG. Mental Health in Primary Care: weaving family approach tool.

Cultura de los Cuidados [Internet]. 2018 [cited 2019 July 15];(51):133-4. Available from: <http://ciberindex.com/index.php/cc/article/view/51133cc>

23. Lopes GP, Maraschin C. Cognitive policies and proposals for intervention and treatment of drug users and drug addicts. *Psicol clin* [Internet]. 2008 [cited 2018 Aug 10]; 20(2):149-61. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200011

24. Lima CR, Menezes IHCF, Peixoto MRG. Health education: educational intervention assessment with diabetic patients based on social cognitive theory. *Ciênc Educ Bauru*. 2018 Jan/Mar; 24(1):141-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-731320180010010>

25. Popim RC, Coutinho AT, Carregã K, Spiri WC. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013 Sept/Dec;17(4):628-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130005>

26. Lima MG, Ceccato MGB, Braga DS, Silva FMB, Gonçalves MA, Gajo MM, *et al.* Operative groups in hypertensives and diabetics in pet-saúde program. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2019 Jan 15];16(3):133-8. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/8501/5997>

27. Torres KRBO, Luiza VL, Campos MR. Distant learning in the context of the Brazilian national elderly health policy: a course egressed study. *Trab educ saúde*. 2018 Apr;16(1):337-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00103>

28. Minayo MCS. The imperative of caring for the dependent elderly person. *Ciênc saúde coletiva*. 2019 Jan;24(1):247-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>

Correspondência

Josué Souza Gleriano

E-mail: josuegleriano@unemat.br

Submissão: 10/08/2019

Aceito: 03/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.