



<https://doi.org/10.26512/gv.v13i03.46397>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Rodvalho GB, Japiassu RB, Rached CDA, Liberal MMC

Artigo Original

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

### The Primary Care coordinator and his new role in the ESF

### El coordinador de Atención Primaria y su nuevo papel en la ESF

Giovanna Brunelli Rodvalho<sup>1</sup>

Renato Barbosa Japiassu<sup>2</sup>

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

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

Recebido: 13.10.2022

Aprovado: 26.12.2022

#### RESUMO

Desde o início da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito Federal (DF), algumas mudanças no processo de trabalho têm sido gradualmente incorporadas; porém, o que se pode observar é que alguns coordenadores tendem a isolar-se, acomodando-se em suas funções e demonstrando resistência para atuarem em diferentes programas. Os coordenadores devem considerar que as ações em saúde dentro do novo modelo são realizadas de acordo com os dados epidemiológicos de cada região adscrita, sendo importante expandir seus olhares para além do seu programa. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semiestruturada. Os achados encontrados foram que alguns coordenadores acreditam que a ESF foi implantada de forma ineficiente, com falta de recursos e planejamento, resultando em descrédito dos profissionais de saúde e da população. Outros coordenadores entrevistados apontaram como principais dificuldades a fragmentação do

<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> Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional, Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina, Unifesp, São Paulo, Brasil. 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> Professora Associada, Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional, Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina, Unifesp, São Paulo, Brasil. E-mail: m.liberal@unifesp.br. <http://orcid.org/0000-0002-2589-1802>.

atendimento, falta de apoio de gestores locais para a mudança de modelo, escassez de recursos humanos, demanda incompatível com a capacidade instalada e dificuldade de comunicação entre ESF e Centro de Saúde. Pode-se concluir que os coordenadores compreendem o funcionamento da ESF e têm buscado estreitar os laços com as equipes e trabalhar de forma integrada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestão em Saúde; Gestor de Saúde

## ABSTRACT

Since the beginning of the Family Health Strategy (ESF) in the Federal District (DF), some changes in the work process have been gradually incorporated; however, it can be observed that some coordinators tend to isolate themselves, accommodating in their functions and demonstrating resistance to act in different programs. Coordinators need to be aware that health actions within the new model are carried out according to the epidemiological data of each enrolled region, and it is important to expand their views beyond their program. A qualitative research was carried out with the application of a semistructured interview. The findings showed some coordinators believe that the ESF was inefficiently implemented, with lack of resources and planning, resulting in discredit from health professionals and the population. Other coordinators pointed as main difficulties the fragmentation of care, lack of support from local managers for changing the model, shortage of human resources, demand incompatible with the installed capacity and difficulty of communication between the ESF and the Health Center. It can be concluded that the coordinators understand how the ESF works and have sought to strengthen ties with the teams and work in an integrated way.

**Key words:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Management; Health Manager.

## RESUMEN

Desde el inicio de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el Distrito Federal (DF), se han ido incorporando paulatinamente algunos cambios en el proceso de trabajo; sin embargo, lo que se puede observar es que algunos coordinadores tienden a aislarse, acomodándose en sus funciones y demostrando resistencia a actuar en diferentes programas. Los coordinadores deben ser conscientes de que las acciones de salud dentro del nuevo modelo se realizan de acuerdo con los datos epidemiológicos de cada región inscrita, y es importante ampliar su visión más allá de su programa. Se realizó una investigación cualitativa con la aplicación de una entrevista semiestructurada. Los resultados encontrados fueron algunos coordinadores creen que la ESF fue implementada de manera ineficiente, con falta de recursos y de planificación, desacreditando a los profesionales de la salud y a la población. Los demás coordinadores entrevistados señalaron como principales dificultades la fragmentación de la atención, falta de apoyo de los gestores locales para el cambio de modelo, escasez de recursos humanos, demanda incompatible con la capacidad instalada y dificultad de comunicación entre la ESF y el Centro de Salud. Se puede concluir que los coordinadores entienden como funciona la ESF y han buscado estrechar lazos con los equipos y trabajar de forma integrada.

**Palabras clave:** Atención Primaria a la Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Gestión de la Salud; Gerente de Salud.

## 1. Introdução

Tem-se conhecimento de que todo brasileiro possui direito à saúde, com respaldo na Constituição Federal de 1988, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei n. 8.080/90. O SUS consiste em uma conquista social decorrente do Movimento de Reforma Sanitária, que trouxe muitos avanços à saúde pública brasileira, especificamente no âmbito de sua organização<sup>(1)</sup>.

No Brasil, a Atenção Primária desenvolveu-se através de dois modelos teóricos: o modelo centrado na 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 é responsável por uma faixa etária, patologia, ou sexo específico<sup>(2)</sup>.

A ESF vem se delineando, tendo como foco de atenção a família e considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos. A estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhores condições de saúde da população. Surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, que privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O Programa de Estratégia Saúde da Família surgiu como resposta à necessidade de oferecer atenção integral, desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com sua intensa participação<sup>(3,4)</sup>.

Em muitos municípios, a ESF tem funcionado de forma paralela ao modelo tradicional, muitas vezes agindo de forma marginal, atendendo apenas à população menos favorecida economicamente, moradora de áreas distantes dos Centros de Saúde<sup>(5)</sup>. 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.

De acordo com a Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do DF, Ceilândia possui cerca de 455.980 habitantes. A rede de Atenção Primária conta com 11 Centros de Saúde e 26 equipes de ESF.

A Diretoria de Atenção Primária é responsável pela gestão técnica e administrativa dos Centros de Saúde e Equipes de ESF. É composta por um diretor, um gerente de políticas e programas, um gerente de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, quatro gerentes de ESF e sete coordenadores de programas de atenção integral à saúde da população, responsáveis pelas seguintes ações

programáticas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso, saúde bucal, hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase. As coordenações de Programas foram concebidas com o objetivo de: planejar, em conjunto com os Centros de Saúde, as atividades previstas para a população alvo do seu programa; supervisionar e avaliar as atividades relacionadas ao seu programa nos Serviços de Saúde; planejar e supervisionar a distribuição de insumos necessários para o desenvolvimento das ações; promover cursos teóricos e práticos de educação continuada, bem como treinamento em serviços para os profissionais; detectar o número de horas disponíveis e necessárias de profissionais para atingir a cobertura programada; apresentar à coordenação Central o relatório mensal das ações desenvolvidas pelo programa; manter cadastro atualizado com: nome, matrícula, formação profissional, lotação e endereço completo com telefone dos diversos profissionais de sua regional envolvidos com o Programa; conhecer a Rede de Atenção à Saúde e os dados epidemiológicos da sua regional<sup>(6)</sup>.

Embora os objetivos acima façam parte do escopo de ação do PRAIA, os coordenadores dos demais programas, de forma geral, também possuem funções muito semelhantes. Durante mais de 20 anos os coordenadores trabalharam dessa forma. Entretanto, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com o advento da ESF, tem incentivado esses profissionais a assumirem um novo papel dentro do novo modelo de Atenção Primária, buscando a realização de ações de forma crescentemente interdisciplinar.

Desde o advento da Estratégia Saúde da Família no DF, as mudanças no processo de trabalho têm sido gradualmente incorporadas, entretanto, ainda se observa que alguns coordenadores tendem a isolar-se, vinculando-se quase exclusivamente aos profissionais responsáveis pela execução do programa sob sua responsabilidade no Centros de Saúde. Estes, por sua vez, acomodaram-se em suas funções e demonstram resistência à proposta de atuarem com diferentes programas.

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 dificuldades para atuar dentro do novo modelo. Portanto, é importante que tais dificuldades sejam identificadas, de modo a estruturar o processo de trabalho a fim de que todos trabalhem de forma integrada.

Este estudo tem a seguinte questão norteadora: como os coordenadores avaliam e percebem a alteração do modelo tradicional de Atenção Programática para o modelo de Estratégia de Saúde da Família?

O presente artigo tem como objetivo identificar como os coordenadores de programa de Ceilândia percebem e avaliam o processo de conversão do modelo tradicional para o modelo de Estratégia Saúde da Família e identificar e qualificar as dificuldades encontradas pelos coordenadores de programa para atuarem de acordo com o novo modelo de Atenção Primária à Saúde.

## 2. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semiestruturada.

A abordagem qualitativa concebe o homem como sujeito e ator, enfatizando a centralidade do significado como produto da interação social. A verdade não é absoluta, mas sim relativa, subjetiva; o dualismo sujeito-objeto é aceitável, pois a realidade é relacionada com a mente do sujeito, e o pesquisador não pode se colocar fora da história nem da vida social<sup>(7)</sup>.

As investigações com enfoque qualitativo possibilitam a interpretação da complexidade de um determinado fenômeno social. As atividades sociais não podem ser atreladas a qualquer percentual sem qualquer distinção. O pesquisador que recorre a essa abordagem qualitativa se torna capaz de ver através dos olhos daqueles que estão sendo investigados. Portanto, é preciso compreender as interpretações que os atores sociais fazem do mundo, pois são estes que motivam o comportamento que cria o próprio mundo social<sup>(7,8)</sup>.

As entrevistas semiestruturadas podem ser definidas como uma lista das informações que se deseja obter de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (a estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões serão realizadas irá variar de acordo com as características de cada entrevistado. Geralmente, as entrevistas semiestruturadas baseiam-se em um roteiro constituído de uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, apoiadas no quadro teórico, nos objetivos e nas hipóteses da pesquisa. Durante a realização da entrevista, é importante seguir algumas recomendações, tais como fazer boas perguntas e interpretar as respostas; ser um bom ouvinte e não se deixar enganar por ideologias e preconceitos, no sentido de buscar a objetivação<sup>(8)</sup>.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP de CAAE 00795212.9.0000.5505, de 2014, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. 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 de dados objetivos

Sexo:	Idade:
-------	--------

Estado civil:	Profissão:
Tempo de formado:	
Local em que trabalhou anteriormente? ( ) Ambulatório ( ) Centro de Saúde ( ) Pronto-socorro ( ) ESF ( ) Enfermaria	
Há quanto tempo atua como coordenador?:	
Como assumiu a coordenação? ( ) Indicação ( ) Outro motivo	

Fonte: Os autores.

A segunda parte do instrumento consta de duas perguntas, apresentadas 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 nesse processo de transição do Modelo Programático para a ESF?

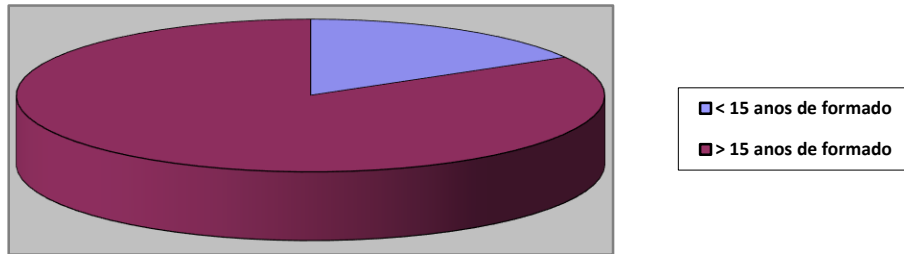
Fonte: Os autores.

Os dados resultantes das Tabelas 1 e 2 foram anotados no momento da entrevista, sendo então 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<sup>(9)</sup>.

### 3. Análise dos Resultados

Foram realizadas seis entrevistas. Cinco entrevistados têm mais de 15 anos de formado (Gráfico 1), todos já trabalharam em Unidades Básicas de Saúde e apenas três atuaram na ESF (Gráfico 2). Três têm curso de formação em gestão (Gráfico 3). Com relação à questão relativa à opinião sobre a ESF e a forma como tem sido implantada no DF, os coordenadores reconheceram a preponderância da ESF sobre o Modelo Programático e mencionaram os seguintes atributos positivos: acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade<sup>(10)</sup>. Embora nos últimos quatro anos o número de equipes em Ceilândia tenha praticamente quadruplicado, os coordenadores avaliaram que os desafios ainda são grandes, dada a baixa cobertura de 20,6%. Pode-se concluir que os coordenadores acreditam que a ESF tem sido implantada 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.

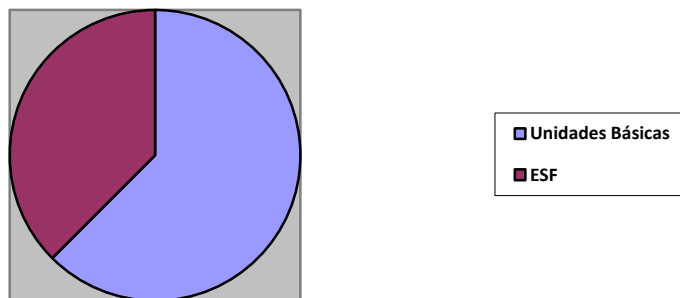
**Gráfico 1** - Tempo de formação dos entrevistados



Fonte: Dados coletados pelos autores.

Dos seis entrevistados, cinco tinham mais de 15 anos de formado e um tinha menos de 15 anos de formado.

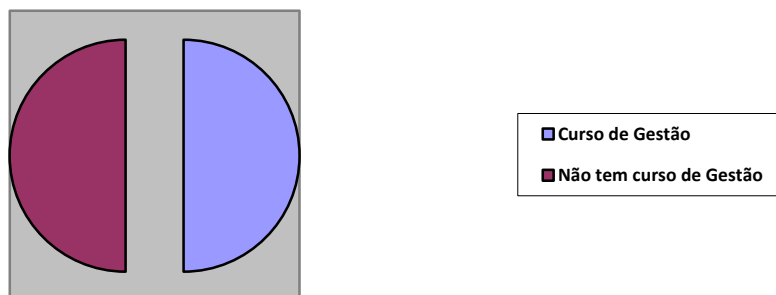
**Gráfico 2** - Unidade Básica de Saúde X ESF



Fonte: Dados coletados pelos autores.

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

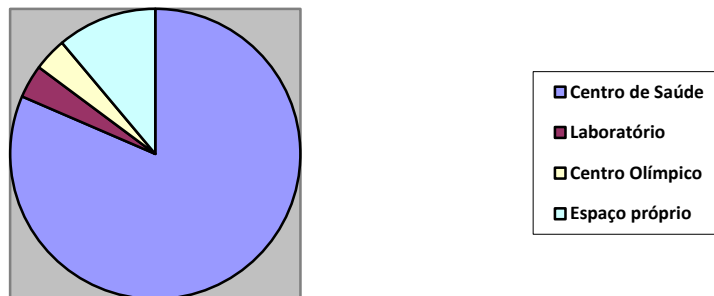
**Gráfico 3** - Curso de formação em gestão



Fonte: Dados coletados pelos autores.

Dos seis entrevistados, metade dos profissionais tem cursos na área de gestão e os demais não têm. 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 alocação 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 três equipes possuam espaços próprios (Gráfico 4).

**Gráfico 4** - Locação das equipes



Fonte: Dados coletados pelos autores.

Com relação à falta de planejamento, um dos problemas mencionados foi a aparente inexistência de critérios definidos por parte da Secretaria de Saúde do DF (SES/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 enquanto estratégia de saúde pública do DF.

Quanto à questão sobre as dificuldades que o coordenador tem enfrentado para coordenar seu Programa no processo de transição do Modelo Programático para a ESF, apenas um referiu não enfrentar dificuldades, alegando atuar exclusivamente de acordo com o antigo Modelo Programático. 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 relataram também que a coexistência dos dois modelos dificulta o processo de gestão da coordenação, visto que os

Rev. Gestão e Saúde (Brasília ). v. 13 n. 03 (2022): Setembro – Dezembro 2022



instrumentos de coleta de dados e avaliação, bem como os sistemas utilizados para o registro da produtividade não são unificados.

Também foram apontados 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 para se enquadrar.

#### **4. Discussão e Análise dos Resultados**

A 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<sup>(11)</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu em 1994 para modificar a atenção à saúde e reorientar o modelo assistencial, tendo como foco a promoção da saúde e a 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 a redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde<sup>(12)</sup>.

A ESF tem como base de sua atuação a territorialização das equipes de Saúde da Família, reorganizando e direcionando a expansão, 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<sup>(12)</sup>.

Maiores coberturas da ESF tem sido associadas a 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 da mortalidade cardiovascular<sup>(12)</sup>.

Dificuldades presentes no processo de trabalho da ESF, como a precariedade da estrutura física para funcionamento das unidades de saúde, a desarticulação da rede e as fragilidades na gestão, já foram descritas em outros estudos<sup>(13)</sup>.

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; e despreparo técnico das equipes de ESF.

Os dados desta pesquisa coincidem com as informações encontradas na Política Nacional de Humanização, que cita como principais problemas do SUS a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre as diferentes categorias profissionais e a fragmentação da rede assistencial. Também aponta o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente com relação à gestão participativa e ao trabalho em equipe<sup>(14)</sup>.

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 estar atentos para o fato de que as ações em saúde dentro do novo modelo deverão ser realizadas de acordo com os dados epidemiológicos 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 do seu programa, a fim de visualizar a Atenção Básica de uma forma mais ampla.

Alguns autores afirmam que os programas têm objetivos muito específicos e, geralmente, funcionam de forma desintegrada com outras ações desenvolvidas pelos demais programas<sup>(15)</sup>. Em Ceilândia, a Gerência de Políticas e Programas tem incentivado a articulação entre os Programas e entende que este entrosamento é primordial para superar a fragmentação do atendimento nos Centros de Saúde. A Coordenação do Programa da Criança, do Adolescente e da Mulher tem buscado atuar conjuntamente, realizando visitas conjuntas periódicas aos Centros de Saúde e Equipes de ESF. A parceria iniciou-se alicerçada na Rede Cegonha e tem procurado se estender para além das ações previstas pela rede, como, por exemplo, em ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), também coordenado pelo PRAIA.

O PRAIA também tem se aproximado do Programa da Saúde Bucal e da Hanseníase através de ações realizadas pelo PSE. Ambos têm realizado ações preventivas e assistenciais com os escolares. Entretanto, pode-se afirmar que o Programa da Hanseníase atua nas escolas até o presente momento apenas através da realização de campanhas. Embora as campanhas sejam comumente utilizadas pela

Atenção Básica, estas recebem críticas por serem estratégias realizadas pontualmente, com o objetivo de amenizar as ações que deixaram de ser realizadas de forma sistemática pela rede de serviços<sup>(15)</sup>.

Com relação à desarticulação entre Centros de Saúde e ESF, inicialmente é necessário ressaltar que ambas as equipes são formadas por servidores públicos, os quais possuem a mesma gratificação, ou seja, a diferenciação salarial não é um fator de desarmonia entre as duas equipes. Embora a proposta futura seja parametrizar os Centros de Saúde convertendo-os em ESF, no momento ambos têm processos de trabalho, chefias e formas de comunicação distintas<sup>(16)</sup>. Tal segmentação dificulta também o trabalho dos coordenadores de programas, que esperam que a informação dada ao gerente do Centro de Saúde chegue às equipes de ESF, fato que realmente não costuma ocorrer, apesar de muitos dividirem o mesmo ambiente. Talvez esta seja a principal razão pela qual os coordenadores de programas tenham avaliado que existe desarticulação entre ESF e Centros de Saúde. Entretanto, é possível que os coordenadores ainda não estejam acostumados com a figura do gerente de ESF, que é o responsável técnico pelas equipes de ESF, e estejam da mesma forma desarticulados.

Com relação ao despreparo técnico das equipes de ESF, diversos artigos apontam a falta de manejo da equipe para lidar com diferentes faixas etárias e patologias, apontando a necessidade de os profissionais receberem qualificação em áreas específicas. Obviamente, é necessário que os profissionais da ESF tenham tais conhecimentos, entretanto é importante ressaltar sua vocação generalista e holística.

Estudos revelam como um dos principais problemas da ESF a falta de médicos com perfil adequado para atuar na ESF e a falta de compromisso e envolvimento dos profissionais da equipe com a Estratégia<sup>(17)</sup>.

Para que a tão esperada mudança na Atenção Integral à Saúde ocorra é importante que os profissionais envolvidos tenham perfil para trabalhar na ESF e sejam devidamente capacitados para a ação comunitária. O profissional sem perfil geralmente foca sua atenção nas demandas ambulatoriais e não vê necessidade de buscar parcerias no território<sup>(17)</sup>. É importante que se invista na formação profissional através da instituição de um programa de educação continuada que alcance todos os profissionais<sup>(18)</sup>.

## 5. Conclusão

Através deste trabalho, pode-se perceber que os coordenadores compreendem o funcionamento da ESF e têm 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.

## Referências

1. Schimith MD; Brêtas ACP; Simon BS; BRUM DJT; Alberti GF; Bidó MLD; et al. Precarização e fragmentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família: impactos em Santa Maria (RS). *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038>. Acesso em: 09 dez 2022.
2. Marsiglia RMG; Sala ADA; Luppi CG; Valéria J; Spinelli SP, Carreira MO, 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: 09 dez 2022.
3. Aquino DI; Taveira Conceição CRFR; Pereira CRC. A família contemporânea e a Estratégia de Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3661/1576>. Acesso em: 09 dez 2022.
4. Malta DC; Santos MAS, Stopa SR; Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 09 dez 2022.
5. Heimann LS; Mendonça MH. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília; 2010. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf). Acesso em: 09 dez 2022.
7. Souza KR; Kerbauy MTM. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. *Educação e Filosofia*, v. 31, n. 61, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44>. Acesso em: 11 dez 2022.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Caregnato RCA; Mutti R. 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: 09 dez 2022.
10. Starfirdl B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 11 dez 2022.
11. Santos RABG; Uchôa-Figueiredo LR; Lima LC. 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: 09 dez 2022.
12. Neves RG; Flores TR; Duro SMS; Nunes BP. 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: 09 dez 2022.
13. Vasconcelos KEL; Shmaller VPV. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. *Sociedade em Debate*, v. 17, n. 1, 2011. Disponível em: <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/686>. Acesso em: 11 dez 2022.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2010. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 09 dez 2022.
15. Ribeiro FA. Atenção Primária e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

16. Simoni C. O processo de parametrização do CSS01- Sobradinho-DF. Disponível em: <http://atencaobasica.org.br/relato/1948#sthash.tKMeKOyi.dpuf>. Acesso em: 11 dez 2022.
17. Sena LA; Cavalcanti RP; Pereira IL; Leite SRR. Intersectorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12803>. Acesso em: 11 dez 2022.
18. Castro RCL; Knauth DR; Harzheim E; Hauser L; Duncan BB. Avaliação da qualidade da Atenção Primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 9, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>. Acesso em: 09 dez 2022.

**Participação dos autores na elaboração do artigo original**

**Autor 1:** Idealizou o estudo, participou na coleta de dados, na redação e na revisão crítica do artigo.

**Autor 2:** Participou na coleta de dados, na redação e na revisão crítica do artigo.

**Autor 3:** Idealizou o estudo, participou na coleta de dados, redação, supervisão e revisão crítica do artigo.

**Autor 4:** Participou na coleta de dados, na redação e na revisão crítica do artigo.