

O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão

Work Process in Primary Health Care: evaluation of management

Karine Cardoso Fontana¹, Josimari Telino de Lacerda², Patrícia Maria de Oliveira Machado³

RESUMO Esta pesquisa desenvolveu e aplicou um modelo de avaliação da gestão do processo de trabalho na Atenção Básica à saúde em municípios catarinenses, utilizando os dados do segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O universo avaliado correspondeu a 91,9% dos municípios do estado de Santa Catarina que, em sua maioria, apresentaram resultados satisfatórios nas condições estruturais para o processo de trabalho. Porém, existem grandes desafios para assegurar as condições necessárias à realização dos aspectos processuais, em especial, na continuidade do cuidado e na organização do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT *This research has developed and implemented an evaluation model of the management of the work process in Primary Health Care in municipalities of Santa Catarina, using the data of the second cycle of the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. The rated universe corresponded to 91.9% of the municipalities of Santa Catarina that, mostly, achieved satisfactory outcomes on structural conditions for the working process. However, there are great challenges to ensure the necessary conditions for the realization of procedural aspects, in particular, on the continuity of care and on the work organization.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health evaluation. Process assessment (health care).*

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil.
karinenfe@hotmail.com

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil.
jtelino@gmail.com

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil.
patriciamomachado@gmail.com

Introdução

O modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é desenvolvido, no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território; possui ampla capilaridade; é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Para efetivar todos os pressupostos a que se propõe, o processo de trabalho em saúde das Equipes de Atenção Básica (EqAB) deve contemplar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, desde a promoção à reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011B). Mesmo com a ampliação do acesso e a estruturação dos serviços de Atenção Básica (AB), existem muitos desafios enfrentados pela gestão para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde no País (PAIM ET AL., 2011).

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2008, p. 554).

No âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes com a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FERREIRA, 2012). A implantação de mecanismos que monitorem as condições necessárias para execução do processo de trabalho torna-se

fundamental, uma vez que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de suporte administrativo, da adequação de estrutura e organização das ações consoantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 2003, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da AB. A iniciativa mais recente para a implantação de processos avaliativos sistemáticos sobre a atuação das equipes no âmbito da AB foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo é avaliar aspectos estruturais oferecidos pela gestão municipal, aspectos do processo de trabalho desenvolvidos pelas equipes e de satisfação do usuário. Ao emitir o julgamento, o faz de maneira global, com foco na qualidade da atenção e no acesso aos serviços (BRASIL, 2011A).

O presente estudo desenvolveu e aplicou um modelo de avaliação do processo de trabalho na AB em saúde com foco na gestão municipal.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa das ações da gestão municipal do processo de trabalho na AB. O estudo adotou como elemento avaliativo os municípios catarinenses que participaram da avaliação externa do PMAQ, em 2013, e como unidade de análise, as EqAB. Foram incluídos os municípios que aderiram ao PMAQ com, pelo menos, 80% das suas equipes, totalizando 271 municípios e 1.399 equipes da AB.

A pesquisa avaliativa foi realizada em duas etapas: construção do modelo de avaliação e classificação dos municípios quanto à gestão municipal do processo de trabalho na AB.

Na construção do modelo de avaliação foram elaborados e definidos o modelo teórico-lógico e a Matriz Avaliativa e de Julgamento (MAJ). O modelo teórico-lógico baseou-se em pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental foi

composta por portarias e legislação pertinentes ao tema. A revisão bibliográfica adotou as bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), com a palavra-chave 'Processo de Trabalho' associado aos descritores 'Atenção Primária à Saúde', 'Avaliação em Saúde' e 'Sistema Único de Saúde'. Como critério de inclusão, foram utilizados artigos de abordagem total ou parcial da gestão municipal do processo de trabalho na AB, sendo encontrados 47 artigos e selecionados 26 que apresentavam reflexões teóricas e experiências da gestão municipal do processo de trabalho na AB, de forma descritiva ou avaliativa, sem limitação cronológica, em português, espanhol e inglês.

A revisão bibliográfica buscou identificar os indicadores, medidas e parâmetros que conformaram uma proposta inicial da MAJ para análise dos especialistas. Foram realizadas oficinas de consenso presenciais, que possibilitaram a discussão acerca das dimensões, dos critérios e indicadores propostos previamente, com o objetivo de promover a troca de

experiências e o confronto de opiniões, principalmente, em torno dos pontos de maior divergência. Para as oficinas de consenso, foram convidados especialistas na área de avaliação em saúde e com familiaridade teórica e prática em relação ao processo de trabalho na AB. Como estratégia, enviou-se, previamente, aos especialistas uma proposta de matriz para análise e emissão de opinião acerca de sua concordância plena, parcial ou não concordância com cada um dos elementos propostos. Foram consolidadas as análises, acatando as concordâncias plenas e apresentando os dissensos em outros dois encontros presenciais, nos quais as decisões foram tomadas por consenso.

O modelo de avaliação final conta com 22 indicadores, 2 dimensões e 6 subdimensões. A dimensão 'Condições Estruturais' aborda aspectos de 'Infraestrutura', 'Pessoal' e 'Apoio Tecnológico e Logístico' para que as equipes realizem suas atividades. A dimensão 'Condições Processuais' analisa aspectos do processo de trabalho das equipes da AB, agrupados nas subdimensões: 'Vínculo e Territorialização', 'Organização do Trabalho' e 'Coordenação do Cuidado'. O detalhamento dos componentes da matriz de análise está apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Matriz de análise da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde

	Matriz avaliativa	Medidas	Parâmetros		
CONDICÕES ESTRUTURAIS	Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações	% UBSs com sala de observação	100%: BOM <100%: RUIM	Ambas bom: BOM Demais: REG Ambas ruim: RUIM	
		% UBSs com sala de atividades coletivas	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM		
	Infraestrutura	Existência de suporte tecnológico	% UBSs com, no mínimo, um consultório com computador que acesse à Internet	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
		Recursos de mobilidade da equipe	% UBSs com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM	
	Disponibilidade para o acesso	Existência de UBSs funcionando em horário noturno	Sim: BOM Não: RUIM	Ambas bom: BOM Demais: REG Ambas ruim: RUIM	
		% UBSs que funcionam 40h/semana	≥90%: BOM <90%: RUIM		

Quadro 1. (cont.)

CONDIÇÕES ESTRUTURAIS				
Pessoal	Cobertura populacional**	% população com cobertura da equipe de AB	Até 10 mil habitantes = 100%: BOM Entre 10 e 50 mil habitantes = 80%: BOM Acima de 50 mil habitantes = 60%: BOM	
	Adequação de pessoal	% equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo saúde bucal	100%: BOM <100%: RUIM	
	Suporte especializado*	% equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM	
	Educação permanente*	% equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e/ou de troca de experiências	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM	
	Apoio tecnológico e logístico	Orientação de fluxo de encaminhamento	% equipes em que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM
		Normatização do cuidado	% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: câncer do colo do útero, câncer da mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes <i>mellitus</i> , tuberculose, saúde mental	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM
CONDIÇÕES PROCESSUAIS				
Vínculo e territorialização	Canais de comunicação	% equipes da AB que dispõem de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
	Participação popular nas decisões	% equipes da AB que possuem Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	3º quartil: BOM INTERV: REG 1º quartil: RUIM	
	Identificação e vulnerabilidade	% equipes da AB com mapa inteligente, sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	100%: BOM <100%: RUIM	
	Monitoramento	% equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
Organização do trabalho	Foco na família	% equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
	Ações intersetoriais	% equipes da AB que atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	
	Planejamento conjunto	% equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações	100%: BOM <100%: RUIM	
	Ações compartilhadas	% equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de seus profissionais	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM	

Quadro 1. (cont.)

CONDIÇÕES PROCESSUAIS					
Coordenação do cuidado	Acolhimento	% equipes da AB que realizam acolhimento em todo o período de funcionamento	100%: BOM <100%: RUIM	Ambas bom: BOM Demais: REG Ambas ruim: RUIM	
		% equipes da AB nas quais o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada, nas situações em que não seja o caso de atender no mesmo dia	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM		
	Encaminhamento	% equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM		
	Acompanhamento	% de equipes da AB que obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM		
	Responsabilização	% equipes da AB que realizam busca ativa do exame citopatológico com atraso; pré-natal; com calendário vacinal atrasado; hipertensos; e diabéticos	≥90%: BOM 89% a 75%: REG <75%: RUIM		
CONDIÇÕES ESTRUTURAIS	Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações	% UBSs com sala de observação	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0):	Ambas bom: BOM (7) Demais: REG (5) Ambas ruim: RUIM (0)	
		% UBSs com sala de atividades coletivas	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)		
	Infraestrutura	Existência de suporte tecnológico	% UBSs com, no mínimo, um consultório com computador que acesse à Internet	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
		Recursos de mobilidade da equipe*	% UBSs com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)	
	Disponibilidade para o acesso	Existência de UBSs funcionando em horário noturno	Sim: BOM (7) Não: RUIM (0)	Ambas bom: BOM (7) Demais: REG (5) Ambas ruim: RUIM (0)	
		% de UBS que funcionam 40h/semana	≥0%: BOM (7) <90%: RUIM (0)		
Pessoal	Cobertura populacional**	% população com cobertura da equipe de AB	Até 10 mil habitantes = 100%: BOM (7) Entre 10 e 50 mil habitantes = 80%: BOM (7) Acima de 50 mil habitantes = 60%: BOM (7)		
	Adequação de pessoal	% equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo saúde bucal	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0)		

Quadro 1. (cont.)

CONDICÇÕES ESTRUTURAIS	Pessoal	Suporte especializado*	% equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)	
		Educação permanente*	% equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e/ou de troca de experiências	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)	
	Apoio tecnológico e logístico	Orientação de fluxo de encaminhamento*	% equipes em que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)	
		Normatização do cuidado	% equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: câncer do colo do útero, câncer da mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes <i>mellitus</i> , tuberculose, Saúde mental	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
CONDICÇÕES PROCUAIS	Vínculo e territorialização	Canais de comunicação	% equipes da AB que dispõem de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
		Participação popular nas decisões*	% equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular	3º quartil: BOM (7) INTERV: REG (5) 1º quartil: RUIM (0)	
		Identificação e vulnerabilidade	% equipes da AB com mapa inteligente, sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0)	
		Monitoramento	% equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
CONDICÇÕES PROCUAIS	Organização do trabalho	Foco na família	% equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
		Ações intersetoriais	% equipes da AB que atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
		Planejamento conjunto	% equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0)	
		Ações compartilhadas	% equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de seus profissionais	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	
Coordenação do cuidado	Acolhimento	% equipes da AB que realizam acolhimento em todo o período de funcionamento	100%: BOM (7) <100%: RUIM (0)	Ambas bom: BOM (7) Demais: REG (5) Ambas ruim: RUIM (0)	
		% equipes da AB nas quais o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada, nas situações em que não seja o caso de atender no mesmo dia	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)		

Quadro 1. (cont.)

CONDIÇÕES PROCUAIS	Coordenação do cuidado		
	Encaminhamento	% equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
	Acompanhamento	% equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)
Responsabilização	% equipes da AB que realizam busca ativa de exame citopatológico com atraso; pré-natal; com calendário vacinal atrasado; hipertensos e diabéticos	≥90%: BOM (7) 89% a 75%: REG (5) <75%: RUIM (0)	

REG = REGULAR; INTERV = INTERVALO.

* Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.

** Parâmetro definido conforme Portaria nº 1007/2010 (BRASIL, 2010), para classificação de incentivos financeiros.

O modelo avaliativo construído e validado na primeira etapa orientou a classificação dos municípios catarinenses quanto à gestão municipal para o processo de trabalho das equipes da AB. Foram utilizados os dados secundários do segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB, coletados no ano de 2013, e cujo acesso encontra-se à disposição das universidades para análise. Foram consultadas outras bases de dados de informação secundárias disponíveis no *site*

do Departamento de Informática do SUS (Datasus), de domínio público, conforme necessidade apontada na matriz avaliativa.

As informações obtidas sobre as equipes foram agregadas no nível municipal para emissão de juízo de valor. Os municípios foram analisados entre seus pares, segundo porte populacional, e a emissão de juízo de valor foi orientada pelos parâmetros definidos na matriz de análise e julgamento acordada nas oficinas de consenso (*quadros 1 e 2*).

Quadro 2. Matriz de julgamento da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde

Matriz avaliativa		Valor máximo esperado			
		Indicadores	Subdimensão	Dimensão	Gestão
CONDIÇÕES ESTRUTURAIS	Infraestrutura	Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações	10		
		Existência de suporte tecnológico*	10	40	
		Recursos de mobilidade da equipe*	10		
		Disponibilidade para o acesso	10		
	Cobertura populacional**	10		100	340
	Pessoal	Adequação de pessoal	10	40	
		Suporte especializado*	10		
Educação permanente*		10			

Quadro 2. (cont.)

CONDIÇÕES PROCESSUAIS	Apoio tecnológico e logístico	Orientação de fluxo de encaminhamento*	10		
		Normatização do cuidado	10	20	
	Vínculo e territorialização	Canais de comunicação	20		
		Participação popular nas decisões*	20	80	
		Identificação e vulnerabilidade	20		
		Monitoramento	20		
	Organização do trabalho	Foco na família	20		
		Ações intersetoriais	20	80	240
		Planejamento conjunto	20		
		Ações compartilhadas	20		
	Coordenação do cuidado	Acolhimento	20		
		Encaminhamento	20	80	
		Acompanhamento	20		
		Responsabilização	20		

* Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.

** Parâmetro definido conforme Portaria nº 1007/2010 (BRASIL, 2010), para classificação de incentivos financeiros.

A MAJ possibilitou a análise da gestão municipal nos diferentes elementos avaliativos, de modo a identificar pontos de fragilidade e potencialidades. Para o julgamento das subdimensões, dimensões e da gestão, adotou-se o somatório dos pontos observados, confrontados com o potencial esperado (somatório do valor observado multiplicado por cem e dividido pelo somatório do valor esperado). O município foi classificado como ‘bom’ quando atingiu, pelo menos, 80% do valor esperado; como ‘ruim’ quando alcançou, no máximo, 50%; e como ‘regular’ nas demais situações. Em função da dimensão ‘Condições Processuais’ ser fundamental para o objeto avaliado, os valores atribuídos aos seus elementos de análise foram superiores aos da dimensão ‘Condições Estruturais’.

Na apresentação do resultado dos municípios, foi utilizado o *software* TabWin

32.0®, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a construção dos mapas de distribuição espacial, com a classificação dos municípios catarinenses, segundo as dimensões ‘Condições Estruturais’ e ‘Condições Processuais’, além do julgamento de valor da gestão municipal para o processo de trabalho na AB.

Os dados foram processados em planilha no Microsoft Office Excel®, realizando-se análises conforme distribuição de frequências absolutas e relativas. Para os testes de associação, foi realizada análise bivariada por meio do teste exato de Fisher, considerando como nível de significância estatística o valor de 5% ($p < 0,05$).

A base de informações deste estudo é composta por dados secundários que já se encontram em domínio público, dispensando a aprovação pelo Comitê de Ética.

Resultados

Os municípios participantes desta pesquisa representam 91,9% do total de municípios do estado de Santa Catarina. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são, em sua maioria, de pequeno porte (IBGE, 2014).

A classificação dos municípios está exposta na *tabela 1*. A gestão municipal do processo de trabalho na AB foi

classificada como ‘boa’ em 10,7% dos municípios catarinenses. Entre as duas dimensões analisadas, destacam-se as ‘Condições Estruturais’, que tratam de elementos de suporte e de apoio fornecidos pela gestão para que o processo de trabalho ocorra de acordo com o preconizado e esperado na AB. Nesta dimensão, 23,3% dos municípios foram avaliados como ‘bom’, quase o dobro da outra dimensão, que analisa ‘Condições Processuais’.

Tabela 1. Número e percentual de municípios, segundo a classificação na avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde, para indicadores, subdimensões, dimensões e gestão

Dimensão	Classificação					
	RUIM		REGULAR		BOM	
SUBDIMENSÃO	N	%	N	%	N	%
Indicadores						
Condições estruturais	70	25,8	138	50,9	63	23,3
INFRAESTRUTURA	85	31,4	100	36,9	86	31,7
Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações	23	8,5	150	55,3	98	36,9
Existência de suporte tecnológico	60	22,1	16	5,9	195	72
Recursos de mobilidade da equipe	46	17	17	6,3	208	76,7
Disponibilidade para o acesso	39	14,4	198	73,1	34	12,5
PESSOAL	79	29,2	115	42,4	77	28,4
Cobertura populacional	106	39,1	-	-	165	60,9
Adequação de pessoal	116	42,8	4	1,5	151	55,7
Suporte especializado	40	14,8	-	-	231	85,2
Educação permanente	43	15,9	6	2,2	222	81,9
APOIO TECNOLÓGICO E LOGÍSTICO	223	82,3	8	2,9	40	14,8
Orientação de fluxo de encaminhamento	66	24,3	33	12,2	172	63,5
Normatização do cuidado	204	75,3	11	4	56	20,7
Condições processuais	101	37,3	135	49,8	35	12,9
VÍNCULO E TERRITORIALIZAÇÃO	41	15,1	95	35,1	135	49,8
Canais de comunicação	30	11,1	10	3,7	231	85,2
Participação popular nas decisões	59	21,8	77	28,4	135	49,8
Identificação de vulnerabilidade	34	12,5	-	-	237	87,5

Tabela 1. (cont.)

Monitoramento	48	17,7	27	10	196	72,3
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	195	72	57	21	19	7
Foco na família	43	15,9	9	3,3	219	80,8
Ações intersetoriais	236	87,1	3	1,1	32	11,8
Planejamento conjunto	82	30,3	-	-	189	69,7
Ações compartilhadas	189	69,7	20	7,4	62	22,9
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	196	72,3	56	20,7	19	7
Acolhimento	5	1,9	77	28,4	189	69,7
Encaminhamento	79	29,1	26	9,6	166	61,3
Acompanhamento	214	79	10	3,7	47	17,3
Responsabilização	204	75,3	19	7	48	17,7
Gestão do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde	86	31,7	156	57,6	29	10,7

Uma análise detalhada das ‘Condições Estruturais’ permite observar melhor resultado na subdimensão ‘Infraestrutura’ (31,7%), com destaque para ‘Recursos de Mobilidade da Equipe’ e ‘Existência de Suporte Tecnológico’, que apresentaram mais de 70% dos municípios avaliados como ‘bom’. Na ‘Disponibilidade para o Acesso’, que considerou o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) por, no mínimo, 40 horas semanais e a disponibilidade de, pelo menos, uma UBS no município atuar com horário estendido, não foi observado comportamento tão satisfatório.

‘Suporte Especializado’ e ‘Educação Permanente’ foram destaques na análise de ‘Pessoal’, com mais de 80% dos municípios avaliados como ‘bom’. Em contrapartida, no indicador ‘Adequação de Pessoal’, uma parcela significativa de municípios (42,8%) ainda não possui profissionais da saúde bucal (dentista e auxiliar de saúde bucal) em todas as EqAB.

O pior desempenho na análise estrutural foi no ‘Apoio Tecnológico e Logístico’, com menos de 14,8% dos municípios classificados como ‘bom’. Nesta subdimensão, destaca-se o resultado alcançado no indicador ‘Normatização do Cuidado’, que se refere à utilização de protocolos para a estratificação de riscos em agravos elencados como prioritários na AB, com 75,3% dos municípios classificados como ‘ruim’.

A segunda dimensão do estudo analisa aspectos da organização do processo de trabalho, com foco no indivíduo/família, reconhecendo seu ambiente físico e social de forma integral e contínua, e em conformidade com os princípios do SUS, expressando ‘Condições Processuais’ com apenas 12,9% dos municípios classificados como ‘bom’. Nesta, chamam a atenção a ‘Organização do Trabalho’ e a ‘Coordenação do Cuidado’, com aproximadamente 90% dos municípios classificados como ‘ruim’ e ‘regular’.

Na ‘Organização do Trabalho’, as ‘Ações

Intersetoriais' e as 'Ações Compartilhadas' não ocorrem como o preconizado em 87,1% e 69,7% dos elementos analisados, respectivamente. A situação agrava-se na análise da 'Coordenação do Cuidado', com destaque para o 'Acompanhamento' e a 'Responsabilização'. Apenas 17% dos municípios cumprem os requisitos de contrarreferência com outros níveis de atenção e realização de busca ativa para as situações hipertensos e diabéticos, pré-natal, exames citopatológico e vacinas em atraso.

Na *tabela 2*, observa-se que municípios menores apresentaram melhor

classificação, tanto na análise das dimensões quanto na avaliação geral da gestão municipal. Aproximadamente metade dos municípios de até 5 mil habitantes destacaram-se com resultado 'bom' na dimensão 'Condições Estruturais', observando-se um declínio na classificação à medida que aumenta o porte populacional. Nas 'Condições Processuais', pouco mais de 25% dos municípios de menor porte populacional foram classificados como 'bom', enquanto 7% dos municípios com população acima de 25 mil obtiveram classificação semelhante (*tabela 2*).

Tabela 2. Avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde, segundo o porte populacional

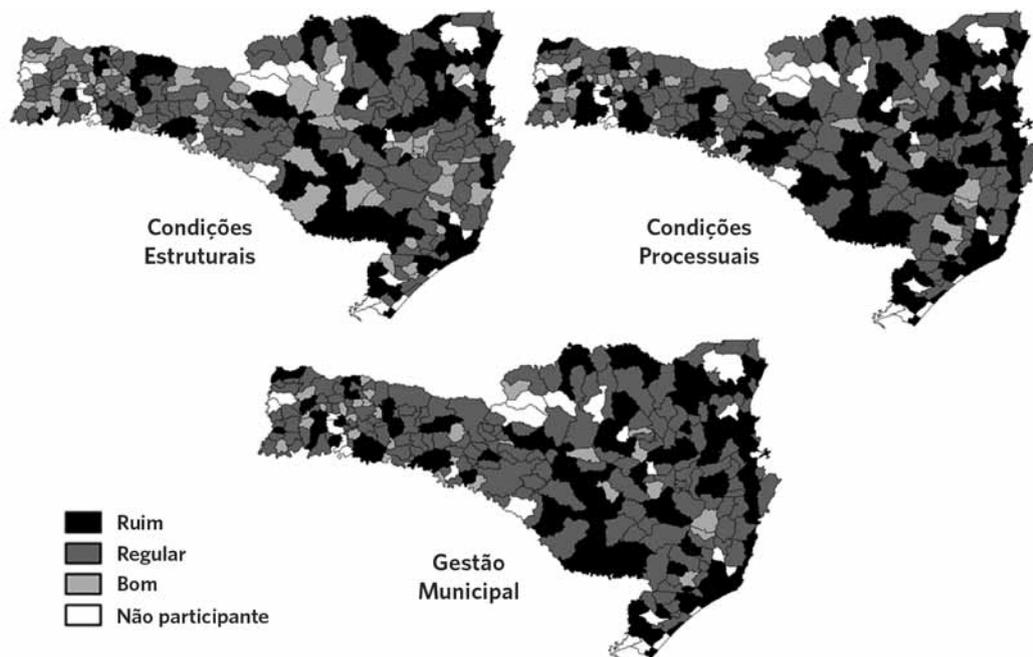
Classificação	RUIM		REGULAR		BOM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gestão municipal	<0,001*							
Até 5 mil habitantes	6	6,8	60	68,2	22	25	88	100
De 5 a 10 mil habitantes	16	31,4	33	64,7	2	3,9	51	100
De 10 a 25 mil habitantes	29	38,7	45	60	1	1,36	75	100
Acima de 25 mil habitantes	35	61,4	18	31,6	4	7	57	100
Condições estruturais	<0,001*							
Até 5 mil habitantes	5	5,7	40	45,4	43	48,9	88	100
De 5 a 10 mil habitantes	11	21,6	28	54,9	12	23,5	51	100
De 10 a 25 mil habitantes	18	24	51	68	6	8	75	100
Acima de 25 mil habitantes	36	63,2	19	33,3	2	3,5	57	100
Condições processuais	<0,001*							
Até 5 mil habitantes	13	14,8	50	56,8	25	28,4	88	100
De 5 a 10 mil habitantes	21	41,2	26	51	4	7,8	51	100
De 10 a 25 mil habitantes	33	44	40	53,3	2	2,7	75	100
Acima de 25 mil habitantes	34	59,7	19	33,3	4	7	57	100

*Valor-p utilizando teste exato de Fisher.

Na distribuição espacial, observa-se que municípios do oeste catarinense obtiveram melhores classificações do que os municípios das regiões Central e Litorânea. Menos de 20% dos municípios do Oeste foram avaliados como ‘ruins’ na dimensão ‘Condições Estruturais’, enquanto nas regiões Central

e Litorânea esse percentual aumentou para 35,7% e 45,7%, respectivamente. Nas ‘Condições Processuais’, a região Litorânea manteve comportamento idêntico ao da dimensão estrutural, diferente das regiões Oeste e Central, que sofreram pequenas oscilações (figura 1).

Figura 1. Avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde



Discussão

A aplicação em Santa Catarina justifica-se por ser este um dos estados de maior adesão dos municípios e equipes ao PMAQ, nos dois ciclos de análise do Programa. No ciclo 2, base de dados deste estudo, a adesão municipal foi de 99,3%, incluindo 91,6% das equipes existentes no estado. Isso permitiu a agregação dos resultados das equipes por município e uma análise regional. Sua aplicação mostrou-se viável e independente do porte populacional. Os melhores resultados, em municípios de menor porte populacional,

também foram encontrados nos estudos de Colussi e Calvo (2011) e Lacerda *et al.* (2012), além da maior proporção destes municípios na região do oeste catarinense.

Melhores resultados das ‘Condições Estruturais’ podem indicar um comprometimento da gestão municipal com a superação de problemas estruturais evidenciados ao longo da consolidação da AB. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que analisou condições estruturais da AB em municípios de pequeno porte, majoritários no universo aqui analisado (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

‘Recursos de Mobilidade das Equipes’ e ‘Existência de Suporte Tecnológico’ foram os aspectos assegurados pelo maior número de gestores municipais, aferidos pela disponibilidade de veículo que atenda às necessidades das equipes e de computador com acesso à Internet em, pelo menos, um consultório. Na literatura, foram encontrados achados contraditórios, em especial, nas regiões Sudeste e Nordeste. Identificaram-se problemas como a falta de computadores conectados à Internet para a transmissão de informações, e carência na oferta de veículos para a realização de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde nas comunidades (PROTÁSIO *ET AL.*, 2014; GARCIA *ET AL.*, 2014). Estudo mais recente identificou acentuadas desigualdades regionais, com as regiões Norte e Nordeste apresentando os piores resultados e as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com os maiores percentuais de adequação da estrutura das unidades de saúde (TOMASI *ET AL.*, 2015).

O ponto crítico nesse bloco de avaliação foi ‘Disponibilidade para o Acesso’, ao demonstrar que a AB, como entrada preferencial do sistema, possui barreiras decorrentes dos horários de funcionamento das unidades. Observou-se que os municípios não asseguram o cumprimento das 40 horas semanais nem possuem, pelo menos, uma unidade no município com horário estendido para atender às necessidades da população, com vistas a diminuir barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços (BRASIL, 2011B). A dificuldade de acesso identificada impacta de forma negativa sobre os fundamentos e diretrizes propostos para a AB, e contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências, o que aponta o horário de funcionamento adequado da unidade como item mais crítico (REIS *ET AL.*, 2013; MOREIRA *ET AL.*, 2015). Em Minas Gerais, a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários noturnos e finais de semana resultou em baixa

resolubilidade, principalmente, quando relacionada a eventos agudos (CHOMATAS *ET AL.*, 2013).

A avaliação satisfatória do ‘Suporte Especializado’, seguido pela ‘Educação Permanente’ na análise da subdimensão ‘Pessoal’, demonstra a preocupação da gestão em estruturar suas equipes com profissionais especializados e qualificados, nos municípios estudados. Também no cenário nacional, as ações de educação permanente vêm se destacando no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes da AB (CARNUT; SILVA, 2011). A oferta de ações de educação permanente, com destaque para a participação no Telessaúde e nos cursos presenciais, foi também encontrada em estudo que analisou a gestão do trabalho na AB, a partir das entrevistas realizadas pelo PMAQ no primeiro ciclo, mantendo aparentemente, a tendência no segundo ciclo (SEIDL *ET AL.*, 2014).

Destaca-se a insuficiência de profissionais de saúde bucal nas equipes, embora a atenção nesta área seja indissociável dos demais serviços de saúde ofertados pela AB. Uma análise comparativa entre as coberturas populacionais da Equipe de Saúde Bucal (EqSB) e da EqAB, em municípios pernambucanos, permitiu observar baixa cobertura populacional da EqSB, variando entre 30% e 19,5% (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Nessa mesma perspectiva, Collussi e Calvo (2011), ao estudar municípios catarinenses, constataram relação desfavorável entre o número de profissionais auxiliares e cirurgiões-dentistas.

O resultado do indicador ‘Normatização do Cuidado’ apresentou baixo desempenho entre os municípios estudados, sendo que o uso de protocolos clínicos para o atendimento previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe uma alternativa para a complexidade das tecnologias de cuidado produtoras de saúde (BRASIL, 2011B). Dados semelhantes foram encontrados em estudo baseado nos dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, com 75% das unidades respondendo negativamente para a existência de protocolos (PROTÁSIO *ET AL.*, 2014).

Na dimensão ‘Condições Processuais’, o resultado alcançado pelos municípios foi insatisfatório, o que sugere um distanciamento, por parte da gestão e das equipes, das recomendações do processo de trabalho organizado com foco no indivíduo/família. Na subdimensão ‘Vínculo e Territorialização’, o resultado indica precariedade nas relações gestão-profissionais-usuários, principalmente, na ‘Participação Popular nas Decisões’. Resultados semelhantes foram encontrados por Cruz *et al.* (2012), com indicação de que os profissionais desvalorizavam o espaço de diálogo como oportunidade de aprender com o saber popular, e a população utilizava o espaço de participação popular apenas como ‘balcão de reclamações’ sobre os atendimentos de saúde.

‘Organização do Trabalho’ e ‘Coordenação do Cuidado’ foram as subdimensões com os piores resultados, agravando a avaliação da gestão do processo de trabalho na AB, em municípios catarinenses. Na ‘Organização do Trabalho’, destaque para indicadores de ‘Ações Intersetoriais’ e ‘Ações Compartilhadas’. A intersectorialidade é um dos princípios organizativos da AB, e compreende a articulação e o envolvimento da saúde com outros setores, seja no planejamento de ações ou no alcance de metas comuns. As ações compartilhadas buscam respeitar o princípio da integralidade, além de possibilitar que todos os profissionais se mantenham responsáveis pelo cuidado e de qualificar o processo organizativo. Essa prática deve ser orientada pela gestão municipal, pois possibilita a troca de saberes entre os profissionais, evitando a fragmentação da assistência. Além das condições estruturais, é preciso garantir articulação entre os setores externos ao setor saúde, principalmente, os setores educação, planejamento urbano e segurança (SANTOS; RIGOTTO, 2010; PEREIRA, 2010).

A ‘Coordenação do Cuidado’ compreende a sincronicidade de ações de ‘Acolhimento’, ‘Encaminhamento’, ‘Monitoramento’ e ‘Responsabilização’, independentemente

do ponto de atenção no qual o indivíduo esteja no sistema. A gestão deve dar condições para a equipe da AB ser capaz de coordenar as ações de saúde e prestar atenção à pessoa/família, mesmo em outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados que compõem a rede de saúde. No presente estudo, menos de 20% dos municípios foram classificados como ‘bom’ na análise do ‘Acompanhamento’ e da ‘Responsabilização’ do cuidado. Achados nacionais corroboram esse resultado mostrando que ações da coordenação do cuidado ainda são incipientes, com menos de 1/3 das equipes declarando contatar o especialista para trocar informações e discutir casos relativos aos pacientes encaminhados (SEIDL *ET AL.*, 2014).

Entre os desafios do SUS, estão a qualificação da AB para exercer a coordenação do cuidado e a reorganização dos pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades (BARATIERI; MARCON, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Identifica-se que os aspectos estruturais, isoladamente, não garantem o desenvolvimento de um processo de trabalho com qualidade na AB. Os profissionais e gestores municipais de saúde precisam retomar o entendimento do processo de trabalho como um objeto contínuo do trabalho em equipe. Atualmente, ele é executado por meio de instrumentos fragmentados, que diminuem a qualidade dos serviços e comprometem o potencial de resolubilidade da AB (CORDEIRO; SOARES, 2015).

Conclusão

O estudo identificou alguns avanços da gestão municipal do processo de trabalho na AB, principalmente, nas condições estruturais proporcionadas às EqAB. Foi possível identificar que a maior parte das EqAB

estudadas possuem acesso ao aporte tecnológico, condição de mobilidade para a equipe, suporte especializado e educação permanente. Porém, importantes desafios foram identificados nas condições processuais.

Segundo os dados encontrados, instrumentos de participação popular na gestão local, desenvolvimento de ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do cuidado, em todos os pontos de atenção, na perspectiva de um trabalho articulado, ainda são elementos a serem efetivados no estado de Santa Catarina, e a coincidência com achados da literatura nos permitem afirmar que, também, no País. Isto remete à reflexão de que os problemas não se concentram apenas na disponibilidade de recursos, mas também na formação profissional, que, apesar dos recentes esforços de mudança, com ajustes curriculares, ainda não atendem às necessidades do SUS.

O PMAQ-AB, inserido no escopo de políticas indutoras do Ministério da Saúde e aliado a outras fontes de financiamento, pode ter produzido melhorias estruturais na AB e contribuído com os resultados encontrados. Ações que possam tornar a AB ordenadora do cuidado em saúde, proporcionando acesso equânime e processo de trabalho consoante com os pressupostos da atenção primária em saúde, são prementes em municípios com distintas realidades populacionais e de organização dos serviços.

Colaboradores

Karine Cardoso Fontana e Patrícia Maria de Oliveira Machado desenvolveram a pesquisa, a análise de dados e a elaboração do manuscrito. Josimari Telino de Lacerda orientou a pesquisa, a concepção do manuscrito e fez a revisão crítica do mesmo. ■

Referências

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância

em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado

- Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 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). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- CARNUT, L.; SILVA, J. L. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. *J. Manag. Prim. Health Care*, Londres, v. 3, n. 2, p. 186-196, 2011.
- CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.
- COLUSSI, C.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 27, p. 1731-1745, 2011.
- CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015.
- CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.
- FERREIRA, V. L. *As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai*. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.
- GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 221-236, out. 2014.
- GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estados@*: Santa Catarina. Brasília, DF: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- LACERDA, J. T. *et al.* Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.
- MOREIRA, R. N. *et al.* Qualidade de serviços: análise de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Gestão Saúde*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 1267-1288, 2015.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.
- PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.
- PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- PEREIRA, R. R. Plano diretor como instrumento para promoção da saúde: um estudo de caso em Nova Friburgo (RJ). *Rev. Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 612-622, 2010.
- PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por

porte populacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, out. 2014.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. *J. Manag. Prim. Health Care*, Londres, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*, Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

Recebido para publicação em abril de 2016
Versão final em agosto de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve