

Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Influence of the structure component on the quality of Primary Health Care in the Federal District

Magda Duarte dos Anjos Scherer^{1,2}, Elaine Forte³, Brenda Ferreira de Abreu⁴, Ricardo Saraiva Aguiar^{1,4}, Elizel Monteiro dos Santos¹, Mayra Fernandes Xavier⁵, Katia Crestine Poças¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E28643P

RESUMO O objetivo deste estudo qualitativo descritivo foi analisar a influência do componente estrutura dos serviços de saúde na qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) na percepção de gestores locais, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária. Os dados foram produzidos em Grupos Focais com 77 gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2020. O conteúdo foi analisado por meio do Mapa de Associação de Ideias e codificados no *software* ATLAS.ti® à luz da Análise de Conteúdo Temática. A quantidade inadequada de profissionais nas equipes, em especial de agentes comunitários de saúde, a não padronização dos processos de trabalho, a não definição das áreas de cobertura, o déficit de manutenção de equipamentos, sistemas de informação que não se comunicam, a ausência de veículos e a estrutura precária de algumas UBS foram os principais achados que representam requisitos de estrutura que influenciam na qualidade da APS. Destaca-se a contribuição deste estudo para orientar estratégias de melhoria na estrutura dos serviços, requisito essencial para a prestação de cuidados mais seguros e de qualidade na APS do DF.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Gestão da qualidade total. Qualidade da assistência à saúde. Estrutura dos serviços.

ABSTRACT *The aim of this descriptive qualitative study was to analyze the influence of the structure component of health services on the quality of Primary Health Care (PHC) in the Federal District in the perception of local managers, within the scope of the Primary Care Qualification Program. The data was produced in Focus Groups with 77 managers of Basic Health Units (UBS) in 2020. The content was analyzed using the Idea Association Map and coded in the ATLAS.ti® software in the light of the Thematic Content Analysis. The inadequate number of professionals in the teams, especially community health agents, the non-standardization of work processes, the non-definition of coverage areas, the lack of equipment maintenance, information systems that do not communicate, the absence of vehicles and the precarious structure of some UBS were the main findings that represent structural requirements that influence the quality of PHC. The contribution of this study to guide strategies for improve the structure of services is highlighted, an essential step for the provision of safer and quality care in PHC in the Federal District.*

KEYWORDS Primary Health Care. National health strategies. Total quality management. Quality of health care. Structure of services.

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
magscherer@hotmail.com

²Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Conservatoire des Arts et Métiers (Cnam) - Paris, França.

³Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

⁴Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.

⁵Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por ser a base da organização da rede de atenção¹. Investimentos têm sido realizados na expansão das equipes, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), visando induzir melhorias nos modos de produção do cuidado². Contudo, lacunas acerca da qualidade estão presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais, sendo sua definição ainda uma tarefa complexa e primordial para a avaliação das políticas e intervenções na APS³.

A qualidade relaciona-se com os processos estruturais e organizacionais, que condicionam o cumprimento dos atributos da APS, essenciais para a garantia da qualidade. Abordagens e modelos de avaliação vêm sendo desenvolvidos para gerar conceitos e instrumentos que caracterizem a qualidade dos serviços^{1,4-7}. No Distrito Federal (DF), em 2019, foi implantado o Programa de Qualificação da APS (Qualis-APS) visando qualificar a gestão e os serviços de saúde locais a partir do desenvolvimento e da implantação de um sistema de avaliação participativo e em coconstrução entre gestores, trabalhadores assistenciais, pesquisadores e usuários. A iniciativa, fruto da cooperação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília) e com a Universidade de Brasília (UnB), articula ações de avaliação, de capacitação e de certificação das equipes⁸.

O Qualis-APS surgiu após a instituição da política de APS do DF que tornou a ESF modelo único nesse nível de atenção⁹. O Programa é uma oportunidade para enfrentar os desafios relativos à organização do trabalho, à sobrecarga e ao absenteísmo dos profissionais, à necessidade de qualificar a assistência e a gestão e de consolidar a ESF no DF⁸.

O componente estrutura é um dos eixos de avaliação do Qualis-APS, o qual corresponde aos aspectos físicos, técnicos e organizacionais considerados essenciais para a qualidade dos

serviços de saúde. Investimentos em estrutura foram expressivos nas últimas décadas, particularmente devido ao Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), mas permanecem problemas, tais como a inadequação da estrutura física das unidades, a insuficiência de profissionais, a falta ou deficiência de equipamentos e de materiais, podendo influenciar de forma negativa na qualidade da APS¹⁰.

Nesse contexto, a gestão no setor saúde tem sido reconhecida como fundamental, assim como um dos macroproblemas mais significativos para a efetivação das políticas públicas de saúde, sendo requerida do gestor alta responsabilidade. Gerir o déficit de recursos humanos, de insumos, de infraestrutura, de equipamentos e as dificuldades na oferta de acesso aos serviços constitui fator desafiador¹¹. Contudo, apresenta-se como um componente importante para que gestores direcionem suas ações, melhorando a eficácia de suas intervenções de modo que haja reestruturação da atividade e criação de métodos de organização do trabalho ou de políticas para a melhoria da qualidade¹⁰.

Nesse contexto, este artigo tem o objetivo de analisar a influência do componente estrutura na qualidade da APS no DF, na percepção de gestores locais de saúde.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, realizado no DF, no âmbito do Programa Qualis-APS. O DF possui 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em sete Regiões de Saúde. A APS é composta por 615 equipes de Saúde da Família (eSF), 322 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 57 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). No nível de gestão local, as Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP) são compostas por gerente e supervisor, que constituem os gestores locais, e técnicos administrativos, que são responsáveis pelo gerenciamento das UBS.

Este estudo é um recorte de uma macropesquisa⁸ que buscava conhecer o que caracterizaria um serviço de qualidade na APS do DF, por meio de Grupos Focais (GF)¹², realizados com gestores locais. Para este manuscrito, explorou-se a associação entre qualidade e estrutura dos serviços, segundo a experiência dos participantes.

Os sete GF, um de cada Região de Saúde do DF, foram realizados entre janeiro e fevereiro

de 2020, totalizando 77 participantes gestores, conforme a *tabela 1*. Os grupos ocorreram fora dos locais de trabalho, tiveram duração média de duas horas e foram coordenados por duplas de pesquisadores. O debate foi norteado pelas seguintes questões: ‘como deve ser um serviço de APS de qualidade?’ e ‘como deve ser a qualidade na atenção ao usuário, no trabalho da gestão e no trabalho da equipe?’.

Tabela 1. Número de participantes dos grupos focais segundo número de gestores locais (gerentes e supervisores) e região de saúde do Distrito Federal

Região de Saúde	Nº Gerentes e supervisores por região	Nº Gestores locais participantes do estudo
1	24	7
2	22	12
3	16	8
4	18	12
5	42	14
6	46	12
7	32	12
Total	200	77

Fonte: elaboração própria.

As narrativas dos GF foram gravadas, e o conteúdo, transcrito na íntegra, com autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na análise, utilizou-se o Mapa de Associação de Ideias (*quadro 1*), uma tabela que organiza o material discursivo em colunas temáticas, o que contribui para orientar o processo de interpretação e análise¹³. Os dados, na macropesquisa, foram sistematizados em estrutura,

processo e resultados (atenção ao usuário), componentes da avaliação de qualidade¹⁴, seguidos da vinculação às unidades analíticas de gestão e equipe (eSF e eSB). Os resultados foram codificados no *software* ATLAS.ti[®] à luz da análise de conteúdo temática. Cada GF foi denominado pela região em que atuam os gerentes locais, e as citações estão identificadas pelo número da região, garantindo o anonimato dos participantes⁸.

Quadro 1. Mapa de associação de ideias para codificação

Citação	Codificação			
	Código Primário	Código Secundário	Grupo	Categoria
<i>Falas dos participantes das oficinas</i>	<i>Padrão de Qualidade</i>	<i>Padrão de Qualidade - código de interpretação</i>	<i>Assertivas</i>	<i>Assertivas divididas em Dimensões e Subdimensões de Avaliação da Qualidade</i>
A demanda é grande, falta profissional médico, falta profissional enfermeiro...	Gestão/ Estrutura	Gestão/ Estrutura - Quantitativo de Profissionais	A gestão mantém equipe de SB e SF em quantitativo adequado às necessidades do território	Dimensão: Gestão do Trabalho Subdimensão: Força de Trabalho
Eu acho que a prioridade no DF seria a gente ter equipe constituída, completar as equipes mesmo.				
Uma oferta de serviço de qualidade, é claro que tem que ter o médico, o enfermeiro, o ACS, tudo em quantidade adequada. Mas eu sonho que uma dia a gente vai chegar lá...				

Fonte: Relatórios dos Grupos Focais.

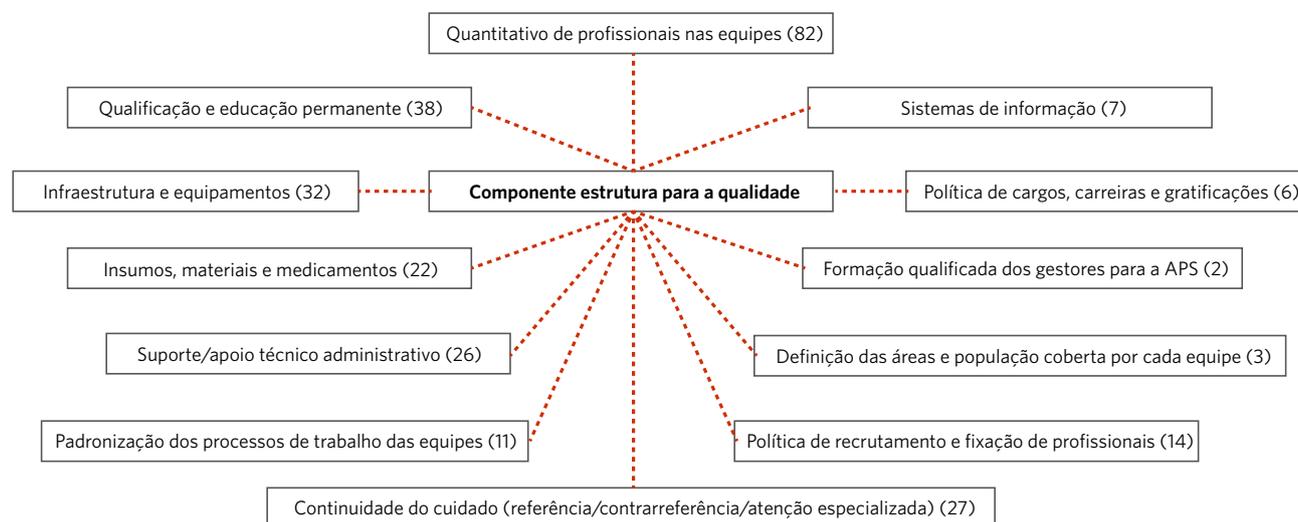
Para o presente estudo, foram identificadas, nos registros dos GF, as narrativas que indicavam associação entre qualidade e estrutura dos serviços, sendo selecionados os trechos que apontam aspectos da estrutura que influenciam na melhoria contínua da qualidade. Para melhor visualização da magnitude desses aspectos, a análise temática é apresentada, nos resultados, com a frequência absoluta em que os temas foram mencionados nos GF, os quais, ao final, geraram três categorias analíticas¹⁵. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde

da Universidade de Brasília (UnB), parecer sob nº 5.396.127 (CAAE 29640120.6.0000.0030).

Resultados

Os gestores locais sinalizaram 12 requisitos relativos à estrutura como componente dos serviços de saúde que influenciam na qualidade da APS. A *figura 1* mostra os resultados gerados com o número de citações de cada requisito.

Figura 1. Requisitos relativos ao componente estrutura influenciadores da qualidade na APS



Fonte: elaboração própria.

Os 12 requisitos, agrupados segundo proximidade temática, resultaram em 3 macrocategorias: gestão do trabalho; estrutura para organização do cuidado; e estrutura física das UBS.

Gestão do trabalho

Esta categoria agrupa requisitos relacionados com o quantitativo de profissionais e com as políticas de cargos, carreiras, gratificações, recrutamento e fixação de profissionais na APS. Traz aspectos sobre a qualificação dos profissionais e a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A quantidade adequada de profissionais nas eSF e eSB e, especialmente, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é essencial para ofertar serviços de qualidade, conforme evidenciado pela magnitude das citações durante os GF (82 citações).

Em primeiro lugar, para ofertar um serviço de qualidade, eu acho que nós não temos um quadro completo de recursos humanos. A partir do momento que isso é enxergado e isso é resolvido, nós passamos a gerenciar essa qualidade. (GF Região de Saúde 1).

Uma APS de qualidade não se faz sem agente comunitário. Eu sobrecarrego o agente comunitário, porque ele não dá conta de fazer o serviço dele, com isso, o técnico fica sobrecarregado, que sobrecarrega o enfermeiro, que sobrecarrega o médico, que sobra no gestor. (GF Região de Saúde 6).

Eu tenho uma UBS com dez equipes que têm territórios distintos, eu tenho equipes rurais, que estão há um ano sem médico com aproximadamente 10 mil habitantes. (GF Região de Saúde 4).

O quantitativo inadequado de profissionais faz com que muitos absorvam trabalho administrativo em excesso, especialmente pelo déficit ou pela ausência completa de um trabalhador que realiza essa função na UBS, ou pela diminuição do número de gestores, o que favorece a sobrecarga (suporte/apoio técnico administrativo: 26 citações).

Hoje eu não tenho um suporte, eu não tenho técnico administrativo, não tem uma figura que possa ajudar, então tem isso também, falta RH da Secretaria e se a gente fala, nada acontece. (GF Região de Saúde 6).

Dentro dessas equipes eu tenho desvio de função, ACS que faz o serviço administrativo porque não tenho RH. (GF Região de Saúde 2).

E antigamente existiam três pessoas na gerência, hoje em dia são só dois, é um absurdo, porque a gente fica extremamente sobrecarregada. Na hora que eu entro, por exemplo, eu entro 06:50, de 06:50 o meu horário seria até as seis, sempre fico até às sete, então eu sou a primeira a entrar e a última a sair da UBS. (GF Região de Saúde 7).

Políticas que incentivam a retenção dos profissionais são compreendidas como questões estruturais para a melhoria da qualidade. Essas políticas devem contemplar recrutamento e fixação de profissionais com perfil adequado, assim como gratificações que sejam orientadas não apenas pela lotação na UBS, mas também pelo desempenho do profissional.

Porque o servidor tem 25 anos, ele acha que já está plantado ali, ele é dono daquele setor, ele tem restrição; aí você pede para fazer algo também – como nós estamos falando em trabalho em equipe – [e ele se recusa a fazer]. Então é importantíssimo que realmente façamos uma reavaliação dos servidores que estão lotados na APS. (GF Região de Saúde 5).

A forma como a gratificação financeira para os profissionais da APS é praticada pela SES-DF, segundo os gestores locais, faz com que alguns se mantenham na função mesmo não tendo perfil em razão do incremento salarial que ela representa. Essa situação teria se agravado com a implantação da política de APS do DF, em 2017, que converteu todos os modelos de atenção existentes em ESF, passando a ser chamada oficialmente, pelos profissionais, de ‘Converte’ – como era denominada a política de APS que foi implementada no DF em 2017.

Eu fiz o Converte porque fui obrigado a fazer, porque senão iria perder a minha gratificação. Então eu acho que talvez a mudança na gratificação que os

servidores recebem por produtividade fosse uma forma de melhorar o perfil desses profissionais que estão na atenção primária, porque hoje a gratificação é por lotação, então eu posso estar lotada e afastada 120 dias, quinhentos mil dias, sei lá, e eu vou continuar recebendo a mesma gratificação. (GF Região de Saúde 3).

Outro aspecto mencionado é a pouca valorização da APS no sistema de saúde, o que faz com que muitos profissionais com dificuldades diversas sejam deslocados para atuar nas UBS ao mesmo tempo que, em outras situações, nem sempre se consideram a experiência, a formação e a trajetória deles para inseri-los em um local onde poderão utilizar melhor as suas capacidades.

Você dá problema no hospital, vai para a Atenção Primária. Você tem restrição? Vai para a Atenção Primária. Apresentou algum problema de saúde? Vai para a Atenção Primária. Conhece alguém? Vai para a Atenção Primária. Então, a Atenção Primária ficou muito tempo como um prêmio. (GF Região de Saúde 3).

Eles gastam muito qualificando o seu RH para estratificar como aquele ser humano, aquele que vem imbuído de uma história, de um contexto de trajetória profissional e pessoal, [que vai orientar] onde ele vai se encaixar naquela organização. E aqui não temos isso. Nós temos vários profissionais que entraram na atenção primária por vários motivos discrepantes, bem destoantes do que imaginávamos que era a perspectiva de atuar, conforme a experiência na qual foram formados. (GF Região de Saúde 3).

As narrativas dos gestores locais trazem fortemente a ideia de que ter profissionais com perfil adequado, comprometidos com a APS, é um aspecto central da estrutura dos serviços para a qualidade da atenção à saúde.

Mas o que eu sinto com maior gravidade é que eles descreditam no programa, descreditam na estratégia, descreditam nesse desafio. Então

assim, isso para mim é angustiante, ver que é uma geração que está aqui para levar isso à frente e, por todas essas circunstâncias que foram relatados aqui, desacreditam. E o nosso papel de chegar e dar injeção de ânimo, e levar a proposta à frente; e muitas vezes a gente se sente assim: de onde eu vou tirar força para dar força para esse pessoal. (GF Região de Saúde 5).

[...] é papel do gerente ou da gerência trabalhar desenvolvimento profissional e se um profissional não tem perfil a gente tem que sentar, conversar, pontuar, pactuar e dar a chance para ele, trazer o treinamento. Mas se ele não tiver perfil, a gente tem que tomar as medidas de chefe para isso e a gente, às vezes, não tem tempo, porque tem que fazer toda essa parte logística operacional para que o serviço funcione e falta tempo para desenvolvimento profissional. (GF Região de Saúde 7).

Nós pegamos pediatras que estavam há 25 anos fazendo pediatria, e depois de 40 horas de curso [...] fala [para ele] 'a partir de agora você vai atender tudo, você é um médico de família e comunidade' só que sem formação, fez um minicurso. (GF Região de Saúde 1).

A qualificação e a educação permanente para o trabalho na APS foram o segundo requisito mais citado pelos gestores locais, com destaque para as capacitações das equipes para o atendimento na APS (38 citações).

Depois que a gente fez a conversão para a clínica que dividiu cada um nas suas equipes, e aí até hoje eles [ACS] não conseguem entender que eles são membros integrantes de uma equipe, que eles não são só para fazer visita domiciliar, [...] que precisa ficar no acolhimento, que precisa ser treinado, que muitos estão fazendo com resistência para não aprender verificar pressão, verificar a glicemia que agora está na PNAB, que se o enfermeiro capacitar eles podem fazer a triagem. (GF Região de Saúde 6).

Se eu tenho os profissionais qualificados, profissionais que estão atualizados, que estão fazendo

curso, que estão vendo e revendo as portarias, as notas técnicas, que têm o suporte de alguém, que têm um matriciamento, que têm uma educação permanente, como ele passa a dominar mais, ele vai desempenhar muito melhor a sua função nisso. (GF Região de Saúde 2).

Estrutura para organização do cuidado

São descritos, nesta categoria temática, aspectos referidos pelos gestores locais sobre a necessidade de padronização dos processos de trabalho, de definição clara das áreas de atuação e da população coberta por cada equipe. Aborda também a importância da referência e da contrarreferência para a garantia da continuidade do cuidado pela APS, assim como dos sistemas de informação.

Os gestores locais sinalizaram a necessidade de possuírem uma orientação única para as suas atividades, para a melhor condução do trabalho na APS, seguindo fluxos bem estabelecidos.

Eu acredito que para ter um serviço de qualidade na APS também é necessária a padronização dos serviços. Porque o que eu percebo é que cada unidade trabalha de uma forma. O paciente, ele tem uma informação em uma unidade, quando ele chega em outra a informação é outra. E eu acho que precisa de uma padronização, eu acho que todos devemos falar a mesma língua. (GF Região de Saúde 1).

Uniformização de condutas clínicas, isso aí eu acho que é claro guardada a dificuldade de cada caso, a particularidade de cada caso, eu acho que isso é uma coisa interessante. (GF Região de Saúde 7).

A definição das áreas a serem cobertas pelas equipes também é destacada como um aspecto estrutural importante para a organização do trabalho e a qualidade dos serviços.

O que usou como base foi IBGE, e o IBGE totalmente desatualizado com seus dados e hoje temos

unidades grandes [...], então temos equipes com 7 mil habitantes, com 7 mil pessoas no território e equipes com quase 10 mil, então isso dificulta começarmos a ofertar serviços de qualidade. (GF Região de Saúde 4).

Eu não vou receber mais uma equipe, porque eu não tenho área de vulnerabilidade no meu território. Porque eu tenho um determinado território X que tem uma vulnerabilidade maior e aí me coloco hoje numa unidade que eu tenho uma cobertura baixíssima, que eu tenho agendas lotadas, porque, assim, eu já cheguei no limite de como gerenciar a minha agenda, a gente já tentou de tudo, porque a gente não dá conta de oferecer um serviço para a população. (GF Região de Saúde 3).

A estruturação inadequada da atenção secundária/especializada aparece nos discursos dos gerentes como um empecilho para prestar uma assistência de qualidade (27 citações), bem como a falta de sistemas de informação interligados (7 citações) dificulta que a rede de serviços funcione de forma a garantir a continuidade dos cuidados primários.

Muitas vezes a questão de ter essa retaguarda de qualidade, de ter essa referência e contrarreferência, eu encaminhar para um laboratório e ter a resposta de um exame, foi analisado em tempo hábil para que eu possa dar seguimento na minha conduta. (GF Região de Saúde 1).

Um serviço de contrarreferência, um serviço de APS de qualidade, é ter um serviço de contrarreferência onde eu sou enviada como usuária para outra unidade, eu tenho contrarreferência, mas você não tem nem o histórico no prontuário, porque lá no Hospital de Base registra no prontuário, na minha unidade que é offline registra noutro; na dela, que é do outro lado da rua, registra noutro. (GF Região de Saúde 2).

Os sistemas de informação são entendidos como facilitadores do processo de trabalho, no entanto, a ausência de manutenção e/ou falta de conexão entre os sistemas utilizados são

dificultadores. Três sistemas de informação e prontuário eletrônico são utilizados na rede de saúde do DF, o que limita o acesso aos dados de atendimento e de acompanhamento dos usuários nos diferentes níveis de atenção. O e-SUS é a estratégia utilizada no âmbito da APS; o Sistema MV é utilizado pelos serviços geridos pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF, que são o Hospital de Base, o Hospital Regional de Santa Maria e as Unidades de Pronto Atendimento; já o TrakCare é o sistema dos demais hospitais e dos pontos da rede.

A gente está passando agora por grandes dificuldades para quem utiliza a internet particular, porque a SES não tem a quantidade de internet necessária para todas as Unidades Básicas de Saúde, inclusive, a nossa a gente vem pagando. E aí quando o sistema cai fica todo sem e-SUS e sem acessar prontuário. (GF Região de Saúde 4).

Um serviço de prontuário e farmácia integrado. Hoje o usuário pega remédio onde ele quer, ele consulta onde ele quer. Porque tem lugar com e-SUS offline, o outro usa o TrakCare, o outro usa do MV, o outro usa o Online, então o usuário ele cadastra onde ele quer e ele é atendido onde ele quer, ele pega o endereço do vizinho, não temos um sistema integrado de farmácia, ele pega o remédio de tarja preta na farmácia, na dela e na dele, porque simplesmente não temos um serviço farmacêutico e de prontuário integrados. (GF Região de Saúde 2).

Além disso tudo, ainda tem vários sistemas que não correspondem um ao outro, você tem que entrar em um, entra no outro, entra em um que não falam um com o outro. (GF Região de Saúde 7).

Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde

Esta categoria agrupa os requisitos relativos à estrutura que dizem respeito a: infraestrutura das UBS, equipamentos, insumos, materiais e medicamentos.

Os gestores locais sinalizaram problemas relacionados com a infraestrutura mínima necessária para a atuação na APS, especialmente o déficit ou a falta de manutenção de equipamentos, a ausência de veículos para realizar atenção domiciliar e as estruturas precárias de UBS (32 citações).

Quatro equipes tomando conta de um território de doze mil pessoas e eu não tenho impressora, eu não tenho um impresso, eu não tenho receituário impresso, a quantidade é mínima e a gente tem que tirar cópias. (GF Região de Saúde 6).

Porque as estruturas são muito antigas, a rede elétrica é muito antiga, a parte hidráulica toda hora estraga, é uma coisa que ficamos tentando arrumar e se trocasse tudo, eu ficaria aí uns dez anos sem ter que arrumar, por exemplo. (GF Região de Saúde 2).

Nós precisamos de transporte. Como eu consigo levar a equipe para ofertar o atendimento, por exemplo, domiciliar? Primeiro as questões básicas estruturais para nós pensarmos em ofertar um serviço de qualidade. (GF Região de Saúde 5).

A falta de insumos, de materiais e de medicamentos, associada a dificuldades na programação das compras e na aquisição, compromete as práticas na APS dependentes desses recursos, com consequências para o alcance de bons resultados no trabalho. Isso aparece reiteradamente em 22 citações e é colocado como fator que compromete a continuidade da assistência à saúde.

Eu precisei comprar algodão, porque senão a vacina parava e eu tinha na minha cabeça: a ADMC [administração central], o secretário de saúde e o governador, eles sabem que o gerente está comprando algodão para a vacina não parar? (GF Região de Saúde 6).

Às vezes outra unidade precisa mais daquele medicamento e não tem acesso e eu às vezes tenho ali e a minha população quase não utiliza aquele

medicamento. Mas não tem planejamento para isso. (GF Região de Saúde 4).

Outra coisa, a administração pública direta e a forma de compra no DF hoje, prejudica muito, então, a gente tem em plena epidemia de dengue muitas UBS sem estoque de soro, a tenda muitas vezes de soro de reidratação oral, a gente tem monitorado na nossa gerência luvas estéreis a gente tem um desabastecimento crônico com o monitoramento dos pedidos. Não é raro a gente ter que ceder as nossas luvas para os hospitais. (GF Região de Saúde 7).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam fragilidades importantes relativas à estrutura como componente que influencia diretamente na qualidade da APS no DF, especialmente na gestão do trabalho, na estrutura física das UBS e na organização do cuidado, segundo a percepção dos gestores locais.

Em relação à gestão do trabalho, a preocupação com o desenvolvimento de recursos humanos adequados, disponíveis e qualificados para atender às necessidades de saúde da população, tem sido parte central das agendas mundiais, regionais e nacionais nas últimas décadas, porém, observa-se a persistência da subvalorização do papel dos recursos humanos para a saúde como um fator de mudança social, com a percepção de que constituem um gasto crescente, e não um investimento para melhorar a saúde e gerar desenvolvimento¹⁶.

As iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos profissionais persistem entre os países e, internamente, entre os níveis de atenção, e entre os setores público e privado. No DF, a situação não é diferente. Os profissionais nem sempre têm o perfil e as competências adequadas ou o enfoque intercultural, tampouco se encontram sempre no lugar e no momento adequados para melhorar a saúde das comunidades a que servem¹⁶.

O quantitativo insuficiente de profissionais, que no DF está relacionado, sobretudo, aos médicos e ACS, parece ser influenciado por vários aspectos: o número de vagas para a categoria médica não é preenchido nos concursos realizados; a redução do número de ACS por equipe na nova Política Nacional da Atenção Básica; a dificuldade do setor de recursos humanos da SES/DF de estruturar o dimensionamento de pessoal de acordo com o perfil de formação e experiência.

O não incentivo à presença dos ACS nas equipes foi expresso na Política Nacional de Atenção Básica¹⁷ e na Política Distrital¹⁸, as quais admitem a composição de equipes com número reduzido de ACS (ou mesmo sem eles), indicando um movimento regressivo em relação ao horizonte de transformação do modelo de atenção. O compromisso de uma atenção à saúde orientada pela conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo, responsabilidade sanitária e cuidado centrado na pessoa se fragiliza com essa possibilidade.

O aumento de atividades administrativas pela ausência de trabalhadores para essa função é associado à sobrecarga dos demais, que passam a incluir na rotina o que o estudo de Scherer et al.¹⁹⁽²²⁶⁵⁾ chamou de “atividades cronofágicas”, que reduzem o tempo que deveria ser destinado à atenção à saúde dos usuários. A sobrecarga tem sido relatada na literatura, sendo associada a adoecimento, desmotivação para o trabalho, insatisfação; devendo ser levados em consideração também o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de serviço, os afazeres domésticos depois do trabalho formal e o tempo que os trabalhadores pensam no trabalho fora do ambiente laboral²⁰.

Políticas que assegurem o recrutamento e a fixação de profissionais com perfil adequado na APS são um desafio global, sobretudo em áreas remotas ou com populações em condições de grande vulnerabilidade. Os participantes desta pesquisa sugerem gratificações vinculadas ao desempenho profissional como uma alternativa ao pagamento pelo simples fato de o profissional

estar lotado na UBS, conforme Política de APS do DF, conhecida como ‘Converte’⁹.

O ‘Converte’ estabeleceu as novas regras de funcionamento e implantação da APS e determinou que, para permanecerem lotados compondo equipes e fazendo jus às gratificações financeiras, os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuavam no modelo tradicional deveriam manifestar seu interesse, passar por processo simplificado de capacitação e, no caso dos médicos, por uma avaliação escrita dos conhecimentos adquiridos⁹.

A avaliação de desempenho dos profissionais, conforme sugerido pelos gestores locais, é tema presente nos debates, bastante polêmicos, que vem associado a uma determinada padronização de condutas ou procedimentos de forma a alcançar determinados objetivos traçados²¹. A padronização é importante, mas tem seus limites, tendo sido sinalizados nos resultados. Padronizar horários e informações aos usuários é diferente de uniformizar condutas clínicas, que variam conforme as singularidades das situações.

A forma como a nova política foi implantada sofreu críticas dos participantes deste estudo no que diz respeito à manutenção de profissionais sem o perfil adequado, trazendo problemas no campo das competências. Entretanto, a pouca valorização da APS no sistema de saúde também é um elemento explicativo trazido pelos gestores locais para o fato de permanecer um contingente de pessoas com baixa capacidade de qualificar o cuidado prestado. Para agir com competência, o trabalhador precisa acionar os saberes conceituais e os saberes da experiência para responder ao que a situação de trabalho exige, que, associados aos valores que ele porta, orientarão as escolhas de como produzir um cuidado eficaz.

A formação e a educação permanente de profissionais da assistência e de gestores locais, direcionadas para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, são uma questão estratégica. Há fragilidades na realização da EPS, a exemplo da sobrecarga de trabalho e do quadro de pessoal aquém do necessário, da falta de planejamento, da não valorização e inadequação das iniciativas desenvolvidas^{1,22}.

Há de se refletir sobre como esses processos educacionais podem ser incorporados no cotidiano dos serviços como aprendizagem na e pelas situações de trabalho, voltados para as reais necessidades, fazendo sentido para os trabalhadores.

Ademais, foram destacadas pelos gestores locais, para a garantia da qualidade da APS, condições de trabalho adequadas, com disponibilidade de insumos, materiais e medicamentos, e estrutura física apropriada, o que contribui para práticas de cuidado seguras²².

Em relação à estrutura física das UBS, é consenso que no DF há necessidade de mais investimentos. De acordo com a tipologia de estrutura das UBS do DF, das 157 avaliadas, apenas 3 (1,9%) foram classificadas como Tipo A, ou seja, uma unidade que atende 80% ou mais dos critérios de qualidade de estrutura estabelecidos e que dispõe de condições próximas ou ideais para o funcionamento e fornecimento de ações e serviços de qualidade. Por outro lado, 31,2% das UBS foram classificadas como Tipos D ou E, que atendem menos de 60% dos critérios de qualidade de estrutura²³.

Adequar a infraestrutura das UBS não é um desafio apenas no DF, é um dos desafios da APS no Brasil. Estruturas físicas adequadas indicam melhores desempenhos em todo o processo de trabalho e, por consequência, nos resultados, sendo que UBS com estrutura precária se tornam uma barreira arquitetônica para o acesso do usuário, sobretudo para as pessoas idosas e com deficiência²⁴.

As questões mais fortemente associadas às deficiências estruturais se referem ao número de consultórios, ao estado de conservação, à falta de manutenção e reposição de recursos e à acessibilidade^{1,22}.

Segundo diagnóstico de estrutura realizado no DF em 2021, corroborando os achados deste estudo, mais de 40% das UBS possuíam quantidade insuficiente de aparelhos de telefone, rede de telefonia e computadores. Identificou-se baixa disponibilidade de equipamentos e/ou insumos, tais como: aspirador de secreções elétrico móvel (40,9%); desfibrilador externo semiautomático

(23,9%); espaçador para inalador dosimetrado pressurizado (44%); espaçador valvulado adulto (20,8%); incubadora para teste biológico (25,8%); lanterna clínica (34,6%); lavadora ultrassônica (1,9%); reanimador pulmonar adulto (27%); reanimador pulmonar pediátrico (18,9%); seladora automática (28,3%); e termômetro digital infravermelho (40,3%)²⁵.

Melhorias na construção, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias na APS, mas também uma política complexa e integrada em âmbito nacional e local para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia da informação e comunicação. Contudo, as restrições no financiamento ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos¹.

A territorialização, com definição adequada das áreas de cobertura das equipes, que se apresenta como uma lacuna no DF, é outro aspecto relevante para a organização do cuidado, que possibilita o conhecimento das condições de saúde da população e dos recursos existentes no território, contribui para o planejamento e monitoramento das ações e favorece a intersetorialidade²⁶.

Os sistemas de informação utilizados também se mostraram neste estudo como uma questão estrutural que impacta a qualidade dos serviços. Além de os profissionais se depararem com sistemas que não estão conectados entre si, a falta de capacitação para a sua utilização pode influenciar de forma negativa a prestação dos cuidados. Tecnologias da Informação são um mundo de oportunidades que visam melhorar o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. No entanto, a sua eficaz utilização vai muito além da disponibilização e da estrutura, as equipes necessitam de capacitação para operá-las para que percebam essas tecnologias como aliadas da qualidade na APS²⁷.

A falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, o desconhecimento sobre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

e a carência de EPS geram um trabalho caracterizado como solitário devido à ausência de retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado e à baixa responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que compromete a efetividade dos processos de referência e contrarreferência²⁸.

Um dos aspectos para o fortalecimento da APS diz respeito à criação de estratégias para incentivar o trabalho colaborativo, integrando-o com os demais níveis do sistema de saúde, com disponibilização de informações clínicas, tanto do sistema público como privado, o que permitiria o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais. A regulação centrada na APS, utilizando protocolos clínicos que permitam a qualificação do processo de referência e contrarreferência, o estabelecimento de apoio matricial – de forma presencial ou a distância –, favorece a integração da APS com o sistema de saúde por dinamizar a comunicação entre equipes, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva na APS²¹.

Mesmo considerando os limites deste estudo, tendo em vista a participação restrita aos gestores locais, destaca-se a sua validade para orientar estratégias de melhoria na estrutura das UBS, requisito essencial para a consolidação do modelo de ESF.

Considerações finais

Os resultados evidenciaram a existência de estrutura fragilizada na APS do DF influenciando na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade à população.

Como caminhos possíveis para a melhoria do componente estrutura, consideram-se: a lotação nas UBS, tanto nas equipes assistenciais quanto de gestão, de profissionais com perfil alinhado à APS; as mudanças na forma de gratificação; uma política de EPS adequada às necessidades do trabalho; a integração dos sistemas de informação entre os níveis de atenção; a melhoria da prática de referência e contrarreferência; maior investimento na manutenção e reforma da estrutura física das UBS; e maior organização e eficiência na aquisição e distribuição de materiais e insumos. Tais medidas, que convergem com a literatura existente, poderiam influenciar na melhoria da qualidade dos serviços prestados na APS do DF.

Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)* contribuiu para concepção, planejamento, coleta, interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Forte E (0000-0002-6042-5006)* e Abreu BF (0009-0005-3596-9158)* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Aguiar RS (0000-0003-0335-2194)*, Santos EM (0000-0003-1474-9111)* e Xavier MF (0000-0002-1885-9513)* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final. Poças KC (0000-0002-1254-8001)* contribuiu para coleta e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
2. Gomes MFP, Fraccolli LA, Reticena KO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad saúde colet*. 2021;29(2):179-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>
3. Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):272. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1472-6963-11-272>
4. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na APS. *APS*. 2021;3(2):131-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
5. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
6. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc*. 2011;20(4):935-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>
7. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):406-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>
8. Scherer MDA, Freitas MABF, organizadoras. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2024 jan 10]. 47 p. (Cadernos QualisAPS). Disponível em: <https://qualis-saps.unb.br/files/CadernosQualisAPS-Metodologia-daavaliacaodaAPSDoDistritoFederal2022.pdf>
9. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2031-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
10. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
11. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180216. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>
12. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília, DF: Liber Livro; 2012. 82 p.
13. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [acesso em 2024 jan 30]. p. 38-59. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>
14. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Vol I. Ann Arbor: Health Administration Press.; 1980.
15. Scherer MDA, Soratto J, Trindade LL, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais em hospital universitário. *Saúde debate*. 2021;45(130):603-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113004>
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde: 29ª Conferência Sanitária Pan-americana 69º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas [Internet]. Washington, D.C: OPAS; OMS; 2017. [acesso em 2023 março]

- 20]. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf
17. Ministério da Saúde (BR). 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). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
18. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 15 fev 2017.
19. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. *Ciência saúde coletiva*. 2018;23(7):2265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>
20. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e2500016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
21. Pierantoni CR, França T, Ney MS, et al. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm*. 2011;45(esp):1627-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>
22. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, et al. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2020.4>
23. Fundação Oswaldo Cruz. Tipologia de estrutura das unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2021.
24. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):275-84. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200005>
25. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Diagnóstico de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à COVID-19: resultados. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2021.
26. Souza GJ, Gomes C, Zanetti VR. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. *Barbarói*. 2020;56:141-63. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643>
27. Santos TP, Silva M, Oliveira GS, et al. Tecnologia da informação na Atenção Primária à Saúde: desafios e possibilidades. *Temas em Saúde*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.29327/216797.1.1-14>
28. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 março 20];21(1):1-8 Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174716-1-pb.pdf>
-
- Recebido em 15/06/2023
Aprovado em 25/10/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal através do financiamento do Programa Qualis-APS.
- Editor responsável:** Sandro Rogerio Rodrigues Batista