

Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte

Integrity, conditions of service delivery and work process of Family Health Teams in Belo Horizonte

João Leite Ferreira Neto¹, Graziella Lage Oliveira², Natália de Oliveira Viana³, Luiz Guilherme Mafle Ferreira Duarte⁴

RESUMO Busca-se analisar a relação entre ações de integralidade e as condições de oferta dos serviços, além do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, em centros de saúde de um distrito de Belo Horizonte (MG). É um estudo transversal com questionário autoaplicável. Ao todo, 538 profissionais participaram do estudo. Foram realizadas análises descritivas e comparativas, por meio do qui-quadrado de Pearson, e de um valor $-p=0,05$ para verificação da significância estatística. Tanto as condições de oferta dos serviços quanto o processo de trabalho se mostraram associados à realização de ações de integralidade, sendo que o planejamento se mostrou a ferramenta mais importante para a realização de tais atividades.

PALAVRAS-CHAVE Integralidade em saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde. Condições de trabalho.

ABSTRACT *The aim was to analyze the relation between integrality interventions and conditions of service delivery, in addition to the work process of Family Health Teams, in health centers in a district of the city of Belo Horizonte (MG). It is a cross-sectional study with self-administered questionnaire. Descriptive and comparative analyses were carried out through Pearson's chi-square, using $p=0.05$ value to verify the statistical significance. Both service delivery conditions and the work process showed association with the accomplishment of integrality interventions, and planning proved to be the most important tool for the accomplishment of such activities.*

KEYWORDS *Integrality in health. Family Health Strategy. Health promotion. Primary Health Care. Working conditions.*

¹Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Belo Horizonte (MG), Brasil.
jleite.bhe@terra.com.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.
grazilage.oliveira@gmail.com

³Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
natalia.oliveiraviana@yahoo.com.br

⁴Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Mateus Leme (MG), Brasil.
lgmafle@yahoo.com.br

Introdução

A saúde da família, modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) escolhido pelo Brasil, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Na literatura internacional, considera-se que uma APS forte aumenta a capacidade do país de alcançar uma alta qualidade na assistência à saúde, aliada a bom custo-benefício (KRINGOS ET AL., 2013). A Estratégia Saúde da Família (ESF), presente em mais de 90% dos municípios brasileiros (HARZHEIM, 2011), foi implantada em 1994, com o estatuto de ser inicialmente um programa pensado para municípios menores. Desde o final da década de 1990, abandonou seu estatuto inicial para se tornar uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Sua ação intervém sobre o cenário das práticas de saúde desenvolvidas no território, na medida em que estabelece laços de compromisso e corresponsabilização entre a equipe da ESF e um conjunto específico de cerca de 3 mil a 4,5 mil pessoas de uma determinada área. Cada equipe, constituída por um profissional médico, um profissional enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assume responsabilidade pelo cuidado integral à saúde da população a ela vinculada, através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, bem como de intervenções nos fatores de risco vividos por essa comunidade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012, P. 19), em sua revisão de 2012, o objetivo da Atenção Básica (AB) é “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”, mediante um conjunto de “práticas de cuidado e gestão”. Essas práticas, aqui chamadas de ações de integralidade, foram alvo de investigação desta pesquisa.

A integralidade é entendida como uma

atenção em saúde que congrega tanto as ações de tratamento e reabilitação quanto às de prevenção e promoção, nos diversos níveis de complexidade, sendo um dos princípios fundamentais do SUS (DOMINGOS ET AL., 2016). Mattos (2009) considera que este é o princípio onde menos se avançou na reforma sanitária. Se o objetivo da APS é oferecer uma atenção primária qualificada, que responda por 85% a 90% dos problemas de saúde da população, nem sempre se obtém êxito nessa direção. Não é raro, por um lado, encontrar equipes da ESF que funcionam como prontos atendimentos, assoladas pela demanda espontânea da região, e, por outro, equipes que defendem que o trabalho deve ser apenas de prevenção/promoção, se desresponsabilizando pela atenção ao doente e praticando uma clínica do encaminhamento (HARZHEIM, 2011). O equilíbrio proposto pela atenção integral entre ações promocionais e curativas é requisito vital para o sucesso da APS. Mesmo que haja certo consenso discursivo sobre a importância da promoção, sua efetivação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não ocorre de modo automático.

A literatura confirma que a associação entre integralidade e APS constitui-se como tema de pesquisa central em saúde coletiva (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009). Entretanto, Norman e Tesser (2015) apontam que, apesar de se discutir muito sobre prevenção/promoção e cuidado na organização dos serviços, é escassa a produção no que tange à operacionalização dessas ações nas rotinas assistenciais, na ESF.

É importante, para o avanço da reforma sanitária, entender como os processos de trabalho nas UBS e as condições de oferta dos serviços se relacionam com as ações de integralidade realizadas pelas ESF. Este artigo tem como objetivo analisar a relação entre as ações de integralidade e as condições de oferta dos serviços e o processo de trabalho das Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF), em 20 UBS de um distrito sanitário, no município de Belo Horizonte (MG).

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, no qual a coleta de dados se deu entre abril e dezembro de 2014. Foram aplicados questionários, respondidos individualmente por cada um dos profissionais das 88 EqSF, que atuam nas 20 UBS do distrito escolhido. Nesse distrito, há um universo de 752 vagas autorizadas para a composição das equipes. Deste total, 703 são as vagas efetivamente ocupadas, segundo dados fornecidos pela gestão municipal.

Buscou-se aplicar os questionários a todos os profissionais das EqSF, utilizando como critério de exclusão aqueles que estivessem na unidade há menos de três meses, considerando que estes possuiriam escasso conhecimento das rotinas da unidade. O instrumento foi construído de maneira a contemplar os objetivos da pesquisa, dividindo-se em quatro seções: 1) caracterização do servidor; 2) cotidiano da Unidade Básica de Saúde; 3) gestão do trabalho; e 4) trabalho no território.

Para este estudo foram selecionadas algumas variáveis divididas entre as seguintes categorias de análise: Ações de Integralidade em Saúde Desenvolvidas pelas ESF (20 variáveis); Condições de Oferta dos Serviços (3 variáveis); e Processos de Trabalho (3 variáveis). Vale ressaltar que, entre as variáveis da categoria Condições de Oferta dos Serviços, estão: classificação de risco do território onde as UBS se localizam, fornecida pela Prefeitura de Belo Horizonte (MG); Unidade Básica de Saúde que possui oferta diferenciada (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, residência médica); e relação entre o número de EqSF e a população. Já a categoria Processos de Trabalho inclui: avaliação do trabalho em equipe nas reuniões; avaliação de ações realizadas sobre a população; e planejamento. A variável ‘planejamento’ foi construída a partir de quatro perguntas: ‘Com que frequência você participa das reuniões?’; ‘Com

que frequência se discutem, nas reuniões, assuntos sobre planejamento de ações na unidade?’; ‘Com que frequência se discutem, nas reuniões, assuntos sobre planejamento de ações fora da unidade?’; e ‘Qual é a autonomia da sua equipe para planejar ações sobre o território?’. Para as três primeiras perguntas, foram atribuídos: 2 pontos para respostas ‘sempre’; 1 ponto para respostas ‘quase sempre’ e ‘às vezes’; e 0 (zero) para respostas negativas (‘nunca’ ou ‘quase nunca’). A última pergunta foi pontuada com 1 (sim) e 0 (não). A soma dos pontos poderia variar entre 0 e 7. A partir desse modelo de pontuação, a variável ‘planejamento’ foi dividida em: ‘Planejamento Satisfatório’ para pontuação (decrecente) entre 7 e 5 pontos; ‘Algum Planejamento’ para pontuação entre 4 e 2 pontos; e ‘Pouco Planejamento’ para pontuação entre 1 e 0.

Foram realizadas análises descritivas (distribuição de frequência, e medidas de tendência central e dispersão) e comparativas (análises univariadas, utilizando qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, quando apropriado). Foi considerado o valor $p \leq 0,05$ para verificação da significância estatística. Foram obtidas as razões de chances Odds Ratio (OR), para cada variável, utilizando um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram armazenados e analisados, utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19.0.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte (MG), de acordo com as normas éticas de pesquisas que envolvem seres humanos (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 14928213.9.0000.5137).

Resultados

No total, 538 profissionais responderam ao questionário. As perdas variaram entre 16% e

30%, sendo menores entre os profissionais de nível superior. Apesar de 30% dos técnicos de enfermagem não terem participado da pesquisa, considera-se que a amostra foi representativa, pois 76,5% dos profissionais de todas as categorias profissionais participaram.

Ao se analisar o total de profissionais, percebe-se que: a maioria é de mulheres (89,7%), com idade média de 42 anos (desvio-padrão=9,7), variando entre 22 e 67 anos; trabalham nas UBS há mais de 6 anos (46,6%). Quando se analisa o tempo de trabalho do médico, especificamente, este tempo cai para menos de um ano (48,4%). Profissionais com nível superior (médico e enfermeiro) também trabalham há menos de um ano no serviço (33,1%), sendo que 58% deles estão no serviço entre um e três anos, e 21,3% há mais de seis anos. As UBS onde estes profissionais trabalham estão situadas em locais classificados como de médio/baixo risco (69,1%), de acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH-MG), e atendem, em média, 33 usuários por dia, sendo que 41,3%

dessas UBS têm uma relação de 2,8 mil a 3,4 mil pessoas atendidas por EqSF. Quanto à oferta diferenciada nas unidades (residência médica e PET-Saúde), 60,8% delas possuem estas atividades.

No que se refere à atuação dos profissionais (*tabela 1*), percebe-se que a escuta ao usuário é o que mais frequentemente ocorre durante o acolhimento (97,6%), seguida do seu encaminhamento (86,2%). A maioria dos usuários (87,3%) tem suas demandas atendidas ainda no acolhimento.

Quanto às consultas com médicos ou enfermeiros, percebe-se que as atividades que ocorrem com maior frequência são o fornecimento de orientações em geral (99,3%) e de orientações sobre como utilizar os medicamentos (84,7%), seguidas do levantamento do histórico de tratamento de saúde do usuário (87%). Encaminhamentos externos ocorrem com menor frequência (27,4%). As demais informações sobre encaminhamento a atividades de prevenção/promoção podem ser vistas na *tabela 1*.

Tabela 1. Características de trabalho dos 538 profissionais de saúde, em Belo Horizonte (MG). Brasil, 2015

Variáveis	n	%
Quando acontece o acolhimento na unidade?		
Durante todo o horário de funcionamento	279	53,3
Em horários estabelecidos pela equipe	184	35,2
Varia conforme a equipe	60	11,5
Quais os profissionais que participam do acolhimento?		
Enfermeiros	495	92,2
Auxiliares de enfermagem	517	96,3
Médicos	193	36
ACS	76	14,2
Qual o tempo médio gasto em cada acolhimento?		
Em até 5 minutos	64	17
Mais de 5 minutos	313	83
O que acontece durante o acolhimento?		
Escuta das necessidades do usuário	525	97,6
Encaminhamento do usuário	463	86,2
Fornecimento de informações/orientações	448	83,3
Classificação de risco	255	47,4

Tabela 1. (cont.)

Entrega de resultados de exames	188	34,9
Quanto pacientes têm sua demanda atendida no acolhimento?		
Poucos ou nenhum	24	6
Metade	28	6,7
Majoria	365	87,3
O que acontece durante a consulta (apenas médicos e enfermeiros: n=138)?		
Orientações	137	99,3
Levantamento do histórico de tratamento de saúde do usuário	120	87
Levantamento de outras práticas de saúde do usuário	93	67,4
Prescrição de medicamentos	94	69,6
Orientações sobre o modo de usar os medicamentos	116	84,7
Prescrição de dieta/orientação alimentar	82	60,3
Prescrição de atividade física	81	59,6
Outras orientações sobre hábitos de vida	102	74,5
Escuta do usuário quanto à resistência às prescrições	87	64,4
Encaminhamentos internos – médicos de apoio, saúde mental, Nasf	56	41,5
Encaminhamentos externos – especialidades, internação hospitalar, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Referência de Assistência Social (Cras)	37	27,4
Atividades de grupo com usuários na unidade	31	23
Encaminhamento para atividades de prevenção/promoção	94	68,6
Atividades de prevenção/promoção que os usuários são encaminhados:		
Atividades de lazer	75	54
Atividades comunitárias	70	50,4
Caminhadas	95	68,3
<i>Lian Gong</i>	120	87
Academia da cidade	114	82
Grupos de saúde	77	55,4
Nasf	113	81,3
Quanto tempo depois de ser encaminhado, o usuário consegue acesso a serviços de urgência/emergência?		
No mesmo dia	124	97,6
Mais de 1 dia	5	2,4
O profissional recebeu educação permanente nos últimos 12 meses?		
Sim	333	62,8
Não	197	37,2
Ferramentas utilizadas pela ESF para análise do território:		
Cadastramento familiar	406	83,2
Projeto Saúde no Território	66	13,5
Programa Saúde na Escola	234	48
Índice de vulnerabilidade	200	41
Dados epidemiológicos	252	51,6
Relatos profissionais	371	76
Características do território	137	28,1

Fonte: Elaboração própria.

Na *tabela 2*, encontram-se descritos os resultados das análises univariadas, entre variáveis relacionadas às Condições de Oferta dos Serviços e Ações de Integralidade. Percebe-se que a variável ‘classificação de risco’ se relacionou apenas com duas ações de integralidade. A variável ‘oferta diferenciada’ se mostrou importante para quatro ações de integralidade. E a variável ‘relação entre nº de EqSF e população’ se mostrou

significativa para três ações de integralidade.

Nenhuma ação de integralidade se relacionou com as três variáveis selecionadas para representar as condições de oferta das UBS. No máximo, houve relação com duas dessas variáveis, sendo que a ‘oferta diferenciada’ pareceu ser o que mais importa para a realização de atividades de integralidade, enquanto a ‘classificação de risco’ pareceu ser o que menos importa.

Tabela 2. Associação entre ações de integralidade e as condições de oferta dos serviços de saúde – análise univariada, Belo Horizonte (MG). Brasil, 2015

Variáveis relacionadas à integralidade	Variáveis relacionadas às condições de oferta dos serviços (n=538)									
	Classificação de risco (%)			Oferta diferenciada (%)			Relação entre nº de ESF e população (%)			
	Elevado	Médio	Valor p	Sim	Não	Valor p	2400-2800	2800-3400	> 3400	Valor p
Oferecimento de informações durante acolhimento:			0,548			0,015				0,211
Sim	161 (97)	364 (97,8)		262 (80)	186 (88,2)		106 (78,5)	190 (85,6)	152 (84)	
Não	5 (3)	8 (2,2)		65 (20)	25 (11,8)		29 (21,5)	32 (14,4)	29 (16)	
Encaminhamento para atividades de promoção/prevenção/ durante a consulta:			0,006			0,448				0,191
Sim	22 (52,4)	72 (75,8)		61 (71)	33 (64,7)		19 (57,6)	44 (75,9)	31 (67,4)	
Não	20 (47,6)	23 (24,2)		25 (29)	18 (35,3)		14 (42,4)	14 (24,1)	15 (32,6)	
Prescrição de atividades físicas durante a consulta:			0,083			0,024				0,281
Sim	21 (48,8)	60 (64,5)		58 (66,7)	23 (46,9)		20 (58,8)	38 (66,7)	23 (51)	
Não	22 (51,2)	33 (35,5)		29 (33,3)	26 (53,1)		14 (41,2)	19 (33,3)	22 (49)	
Orientações sobre hábitos de vida durante a consulta:			0,203			0,003				0,025
Sim	29 (67,4)	73 (77,7)		72 (82,8)	30 (60)		24 (70,6)	49 (86)	29 (63)	
Não	14 (32,6)	21 (22,3)		15 (17,2)	20 (40)		10 (29,4)	8 (14)	17 (37)	
Encaminhamento para atividades de grupo durante a consulta:			0,037			0,676				0,125
Sim	5 (12,2)	26 (27,7)		19 (21,8)	12 (25)		4 (11,8)	17 (30,4)	10 (22,2)	
Não	36 (87,8)	68 (72,3)		68 (78,2)	36 (75)		30 (88,2)	39 (69,6)	35 (77,8)	

Tabela 2. (cont.)

Convite para atividades na Unidade Básica de Saúde durante visita domiciliar:		0,608		0,039		0,015	
Sim	100 (64,5)	236 (66,9)	197 (62,7)	139 (71,6)	70 (55,6)	149 (69,6)	117 (69,6)
Não	55 (35,5)	117 (33,1)	117 (37,3)	55 (28,4)	56 (44,4)	65 (30,4)	51 (30,4)

Fonte: Elaboração própria.

Na *tabela 3*, encontram-se descritos os resultados da análise univariada entre as variáveis selecionadas para representar o processo de trabalho nas UBS e ações de integralidade. Diferentemente das variáveis relacionadas às condições de oferta, as três variáveis relacionadas ao processo de trabalho foram mais significativas para as ações de integralidade. As variáveis ‘avaliação do trabalho em equipe nas reuniões’ e ‘avaliação

de ações sobre a população’ se mostraram importantes para cinco ações de integralidade, sendo que apenas três delas foram ações de integralidade em comum. A variável ‘planejamento’ foi a mais significativa para as ações de integralidade selecionadas, tendo se relacionado com oito delas. Neste sentido, percebe-se que o planejamento parece ser a ferramenta mais importante para a realização de atividades de integralidade.

Tabela 3. Associação entre ações de integralidade e o processo de trabalho nos serviços de saúde – análise univariada, Belo Horizonte (MG). Brasil, 2015

Variáveis relacionadas à integralidade	Variáveis relacionadas ao Processo de Trabalho nos serviços (n=538)										
	Avaliação do trabalho em equipe nas reuniões %			Avaliação de ações sobre a população %			Planejamento %*				
	Sempre	Pouco/nunca	Valor p	Sim	Não	Valor p	1	2	3	Valor p	
Oferecimento de informações no acolhimento:			0,008			0,917					0,258
Sim	81,7	92,4		84,1	84,6		81,2	82	879,3		
Não	18,3	7,6		15,9	15,4		18,8	18	12,7		
Prescrição de dieta/consulta:			0,003			0,213					0,210
Sim	61,1	33,3		61,8	50		54,1	55,1	70		
Não	33,9	66,7		38,2	50		45,9	44,9	30		
Encaminhamento interno para consulta:			0,984			0,718					0,004
Sim	41,4	41,7		41,3	45,5		31,4	30	60		
Não	58,6	58,3		58,7	54,5		68,6	70	40		
Encaminhamento externo para consulta:			0,771			0,546					0,028
Sim	27,9	25		27,3	28,6		17,1	21,6	40,8		

Tabela 3. (cont.)

Não	72,1	75	72,7	71,4	82,9	78,4	59,2
Convite para atividades em UBS, na visita domiciliar:		0,294			0,001		0
Sim	65,4	71	69	45,8	51,4	74,7	73,5
Não	34,6	29	31	54,2	46,6	25,3	26,5
Avaliação da situação de saúde, na visita domiciliar:		0,455			0,744		0
Sim	72,3	76	73	70,8	56,4	79,3	80,5
Não	27,7	24	27	29,2	43,6	20,7	19,5
A ESF usa cadastramento familiar?		0,014			0		0
Sim	85,3	74,7	85,9	61,5	74	86,3	90
Não	14,7	25,3	14,1	38,5	26	13,7	10
A ESF usa o índice de vulnerabilidade?		0,001			0,031		0
Sim	45,4	27,4	43,4	25,6	33,1	35,1	56,3
Não	54,6	72,6	56,6	74,7	66,9	64,9	43,7
A ESF usa relatos profissionais?		0,855			0,113		0,001
Sim	77	79,9	77,8	66,7	65,7	81,5	85,5
Não	23	22,1	22,2	33,3	34,3	18,5	18,5
Existem atividades de grupo fora da Unidade Básica de Saúde?		0,776			0		0,024
Sim	77,4	76	79	21	68,2	79,6	78,8
Não	22,6	24	42	58	31,8	20,4	21,2

Fonte: Elaboração própria.

*Planejamento: 1=pouco; 2=algum; 3=satisfatório.

As tabelas 4 e 5 descrevem as estimativas de força da associação – Odds Ratio (OR) – para cada variável que se mostrou associada às ações de integralidade. Quanto às condições de oferta dos serviços (tabela 4), percebe-se que as UBS que possuem oferta diferenciada têm menos chances de oferecer informações durante o acolhimento (OR=0,54) e de convidar para atividades na Unidade Básica de Saúde durante visita domiciliar (OR=0,67), quando comparada àquelas unidades que não possuem oferta

diferenciada. No entanto, possuem o dobro de chances de prescrever atividades físicas durante a consulta (OR=2,26) e três vezes mais chances de realizar orientações sobre hábitos de vida durante a consulta (OR=3,2). Ao se analisar a classificação de risco, percebe-se que as UBS cuja classificação de risco é elevada têm menor chance de encaminhar os usuários para ações de prevenção/promoção durante a consulta (OR=0,35), quando comparadas àquelas UBS com classificação de risco médio/baixo.

No que se refere à relação entre o número de EqSF e a população, percebe-se um gradiente dose-resposta: quanto maior o número de usuários por equipe, menor a chance de se efetuar atividades de integralidade. Apesar disto, não se pode dizer que houve diferença

significativa, já que o intervalo de confiança da estimativa do OR contém o número 1, indicando que, em algum momento, os grupos são iguais. Provavelmente, a diferença observada pelo valor $-p(<0,05)$ se deva ao tamanho da amostra.

Tabela 4. Estimativas da força da associação entre ações de integralidade e as condições de oferta dos serviços de saúde – análise univariada, Belo Horizonte (MG). Brasil, 2015

Variáveis relacionadas à integralidade	Variáveis relacionadas às condições de oferta dos serviços (n=538)						
	Classificação de risco (elevado)		Oferta diferenciada		Relação entre nº de ESF e população		
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR [IC 95%] 2400-2800	OR [IC 95%] 2800-3400	OR [IC 95%] >3400
Oferecimento de informações durante o acolhimento:			0,54	[0,33-0,89]			
Encaminhamento para atividades de promoção/prevenção durante a consulta:	0,35	[0,16-0,76]					
Prescrição de atividades físicas durante a consulta:			2,26	[1,10-4,63]			
Orientações sobre hábitos de vida durante a consulta:			3,20	[1,45-7,07]	1	2,55 [0,89-7,29]*	0,71 [0,27-1,84]*
Convite para atividades na Unidade Básica de Saúde durante visita domiciliar:			0,67	[0,45-0,98]	1	1,83 [1,16-2,89]	1,83 [1,13-2,97]

Fonte: Elaboração própria.

*Apesar de o valor p ter sido $<0,05$, os intervalos de confiança (IC 95%) não se mostraram significativos.

A *tabela 5* descreve as estimativas de força da associação (OR) para cada variável relacionada ao processo de trabalho que se mostrou associada às ações de integralidade. O ‘planejamento’ foi a variável que mais se associou a ações de integralidade, sendo importante para oito delas. Para a maioria das ações de integralidade, quanto maior o planejamento, maiores as chances de a Unidade Básica de Saúde as realizar. A Unidade Básica de Saúde que possui planejamento satisfatório tem três vezes mais chances de realizar encaminhamentos internos (OR=3,27) e externos (OR=3,33), e realizar avaliação da situação de saúde durante a visita domiciliar (OR=3,19), quando comparada a UBS com pouco planejamento. A variável ‘avaliação

de ações sobre a população’ se mostrou importante para cinco ações de integralidade, sendo que UBS que possuem este hábito têm cinco vezes mais chances, por exemplo, de realizar atividades de grupo fora das UBS, quando comparadas a UBS que não fazem avaliação de ações sobre a população.

A variável ‘avaliação do trabalho em equipe nas reuniões’ também se mostrou importante para cinco ações de integralidade, sendo que UBS cujas equipes têm a prática de realizar tais avaliações têm menos chances de oferecer informações durante o acolhimento (OR=0,37). Ao mesmo tempo, têm três vezes mais chances de prescrever dieta durante a consulta (OR=3,89) e quase duas vezes mais chances de utilizar, como ferramentas de

análise do território, o cadastramento familiar (OR=1,96) e o índice de vulnerabilidade (OR=2,61), quando comparadas à Unidade

Básica de Saúde cujos profissionais não fazem avaliação do trabalho em equipe, em reuniões.

Tabela 5. Estimativas da OR entre ações de integralidade e o processo de trabalho nos serviços de saúde – análise univariada, Belo Horizonte (MG). Brasil, 2015

Variáveis relacionadas à integralidade	Variáveis relacionadas ao processo de trabalho nos serviços (n=538)						
	Avaliação do trabalho em equipe nas reuniões		Avaliação de ações sobre a população		Planejamento		
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR [IC 95%]	OR [IC 95%]	
					Pouco	Algun	Muito
Oferecimento de informações durante o acolhimento:	0,37	[0,17-0,79]					
Prescrição de dieta durante a consulta:	3,89	[1,53-9,91]					
Encaminhamento interno durante a consulta:					1	0,93 [0,37-2,40]*	3,27 [1,32-8,14]
Encaminhamento externo durante a consulta:					1	1,33 [0,44-4,01]*	3,33 [1,17-9,50]
Convite para atividades na Unidade Básica de Saúde durante a visita domiciliar:			2,62	[1,44-4,80]	1	2,79 [1,78-4,38]	2,63 [1,66-4,17]
Avaliação da situação de saúde durante a visita domiciliar:					1	2,96 [1,85-4,74]	3,19 [1,94-5,24]
ESF usa cadastramento familiar para análise do território:	1,96	[1,14-3,39]	3,81	[1,89-7,67]	1	2,22 [1,27-3,88]	3,19 [1,69-6,02]
ESF usa índice de vulnerabilidade para análise do território:	2,61	[1,58-4,30]	2,22	[1,06-4,68]	1	1,09 [0,69-1,71]*	2,60 [1,65-4,09]
ESF usa relatos profissionais para análise do território:					1	2,31 [1,40-3,82]	2,29 [1,37-3,86]
Realização de atividades de grupo fora da Unidade Básica de Saúde:			5,20	[2,83-9,55]	1	1,82 [1,12-2,98]	1,73 [1,05-2,87]

Fonte: Elaboração própria.

*Apesar de o valor p ter sido <0,05, os intervalos de confiança (IC 95%) não se mostraram significativos.

Discussão

Esta pesquisa encontrou associações estatisticamente significativas entre as ações de integralidade e as condições de oferta dos serviços, e entre os processos de trabalho envolvendo as variáveis de avaliação e planejamento, com destaque para esta última.

Os dados da pesquisa confirmam a forte tendência de feminilização da força de

trabalho na APS, com um percentual de 89,7% de mulheres respondentes aos questionários, o que é confirmado em várias pesquisas (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; SEIDL ET AL., 2014).

O periódico 'Saúde em Debate' publicou, em 2014, um número dedicado à análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujas informações nortearam o presente estudo. Nos artigos, foram

trabalhados dados de 2012, em todo o território nacional, trazendo análises descritivas que se relacionam em variados aspectos com os dados aqui apresentados.

Em termos de tempo de atuação nas EqSF, os dados extraídos no PMAQ-AB 2012 indicam que, em municípios com mais de 500 mil habitantes, entre os profissionais de nível superior, 21,1% têm menos de um ano e 27,3% tem mais de seis anos de fixação no trabalho (SEIDL *ET AL.*, 2014), média nacional bem acima da encontrada no distrito pesquisado, periférico em relação à região Centro-Sul do município. A dificuldade na fixação de médicos, confirmada pela grande presença de profissionais do Programa Mais Médicos compondo temporariamente as equipes, evidencia a extensão do problema. Como a integralidade pressupõe a continuidade do cuidado, a dificuldade de fixar profissionais nessa região pode comprometer a efetividade da assistência (SEIDL *ET AL.*, 2014).

Ressalta-se a dificuldade de fixação de médicos no distrito, que, segundo informações da gerência distrital, foi aquele que mais necessitou de médicos do Programa Mais Médicos. Levando-se em conta que dez médicos foram excluídos da amostra por terem menos de três meses de trabalho na unidade, o percentual de médicos com menos de um ano de trabalho se eleva para 61,8%. Vários estudos apontam que, entre os fatores críticos que concorrem para essa situação, estão as condições de trabalho inadequadas (MAGNANO; PIERANTONI, 2015). Ney e Rodrigues (2012, p. 1305) destacam que, entre as categorias da saúde, os médicos possuem mais ofertas de trabalho no mercado privado, o que beneficia a rotatividade no SUS. Apontam, também, que a falta de uma oferta de carreira médica no sistema retira dos profissionais ‘uma perspectiva de futuro’, dificultando a fixação nos cargos. Do ponto de vista do cuidado integral, essa rotatividade compromete o trabalho com vínculo e continuidade junto à população adscrita.

Em relação às condições de oferta dos

serviços e à integralidade, faz-se necessário salientar o número excessivo de população adscrita, no Brasil, em relação a outros países (TESSER; NORMAN, 2014). Enquanto o País apresenta um limite de 4,5 mil usuários por EqSF, outros países com população menos vulnerável têm limites bem menores, como a Espanha, com 2,5 mil; o Reino Unido, com 2 mil; e Portugal, com 1,5 mil (GIOVANELLA *ET AL.*, 2008). Evidentemente, uma redução no tamanho da população adscrita poderia ocasionar ganhos na melhoria do cuidado integral, como o indicado na *tabela 3*.

O artigo de Cruz *et al.* (2014) buscou caracterizar o uso das ferramentas de gestão do planejamento e da autoavaliação pelas EqSF, a partir dos dados do PMAQ-AB. Os autores entendem que o planejamento e a autoavaliação são ferramentas estratégicas de gestão para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Reconhecem que a institucionalização da avaliação tem contribuído para a incorporação de uma ‘prática reflexiva e pedagógica’ no apoio à gestão e a mudanças na cultura institucional.

Os resultados no artigo citado indicam que a frequência das respostas, quanto ao planejamento das atividades, é menor em municípios com até 50 mil habitantes, e maior naqueles com mais de 100 mil. Já no construto autoavaliação, sua ocorrência foi mencionada por mais de 80% das EqSF avaliadas, à exceção da região Centro-Oeste.

A presente pesquisa, na análise comparativa, indicou forte relação entre as ferramentas de gestão e as práticas de atenção integral, com destaque para a variável ‘planejamento’, no município de grande porte estudado. A literatura ainda aponta a importância de se compreender a relação entre trabalho em equipe e interação entre seus membros (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI *ET AL.*, 2011), salientando a importância da comunicação, competência ainda negligenciada na formação em saúde (ELLERY; PONTES; LOYOLA, 2013). Assim, as reuniões de equipe constituem-se como espaços nevrálgicos para a garantia da persistência

de uma gestão participativa e engajada, por parte dos membros das EqSF. O presente trabalho encontrou essa relação entre as ferramentas de avaliação e planejamento, com a atenção integral, destacando-se a segunda. Encontrou-se também, a institucionalização de reuniões entre as EqSF, bem como entre estas e as do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e as equipes de saúde mental, havendo uma frequência mensal nas reuniões intequipes. Contudo, não é frequente no contato com os outros profissionais de apoio.

Medina *et al.* (2014) buscaram descrever as ações de promoção e prevenção das EqSF, apreendidas no PMAQ-AB. Segundo os autores, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam 70% da morbidade no Brasil. Contudo, poucos estudos avaliam a efetividade das ações de promoção na APS. Essas ações exigem um compromisso sustentado ao longo do tempo. Consideram importante haver um foco em intervenções com objetivo de mudança no estilo de vida coletivo, direcionadas para cenários como escolas e as próprias comunidades. Atividades nas escolas são referidas por 75% das EqSF naquela pesquisa (MEDINA *ET AL.*, 2014). Mesmo assim, avaliaram haver uma baixa institucionalização de ações de promoção na ESF. Sabendo ser a promoção da saúde um tema altamente controverso na saúde pública, no Brasil (FERREIRA NETO *ET AL.*, 2013), e que a compreensão dos gestores ainda é muito centrada nas ações preventivas, voltadas para mudanças no modo de vida (FRACOLLI; GOMES; GRYSHECK, 2014), entende-se que esta é uma área que demanda maiores avanços. Esta pesquisa focalizou a promoção da saúde no escopo das ações das EqSF, associando-a com a integralidade, princípio central do SUS. Tanto as condições de trabalho quanto os processos de trabalho, consubstanciados nas ferramentas de avaliação e planejamento, mostraram-se variáveis com significativa correlação com as ações de cuidado integral na APS.

Conclusão

A avaliação externa do PMAQ-AB, diferentemente do presente estudo, buscou documentos que comprovassem tais atividades, constatando uma defasagem entre as respostas e a comprovação documental (CRUZ *ET AL.*, 2014). Esta pesquisa contou apenas com as respostas ao questionário, sem ter havido busca de documentos comprobatórios de tais atividades, o que se constitui como uma limitação do estudo.

Em suma, as ações de cuidado integral possuem uma dupla associação, tanto com as condições de oferta dos serviços quanto na gestão dos processos de trabalho das EqSF, na APS. Portanto, avanços nessa direção devem envolver tanto a melhora na condição de oferta dos serviços, com o necessário investimento, quanto a educação permanente das equipes, visando ao uso de ferramentas de gestão. No Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido na comparação com os países que têm um financiamento de serviços de saúde com escopo efetivamente universal, como é o caso da Inglaterra (DUNCAM *ET AL.*, 2015).

No distrito pesquisado, destacam-se os dados relativos à dificuldade de fixação de médicos nas EqSF, associada à precariedade das condições de trabalho. Este é um aspecto de caráter não secundário a ser equacionado, visando fortalecer o cuidado integral na ESF. Em paralelo a isto, é importante diminuir progressivamente o número de famílias por EqSF, no Brasil, que possui mais do que o dobro das existentes nos países europeus, lembrando que, além de possuírem populações menos pobres, esses países têm as questões de saneamento básico mais bem resolvidas. Portanto, o problema da fixação de médicos não será resolvido isoladamente, sem uma melhoria geral nas condições de trabalho na APS.

Por outro lado, confirmou-se a relação entre processos de trabalho e ações de cuidado integral (CRUZ *ET AL.*, 2014). Nesse

aspecto, o planejamento revelou-se como uma ferramenta essencial para qualificar o trabalho na atenção básica, devendo ser incentivado através de estratégias de formação continuada, apoio institucional, e o aumento do cuidado na atenção aos riscos de foco na demanda espontânea, que restringe o tempo necessário para reuniões de equipe que superem o modelo de ‘repasso de casos’. Em suma, tanto as condições de trabalho quanto os processos de trabalho constituem-se como fatores que podem favorecer ou dificultar as ações de integralidade na APS.

Colaboradores

Os autores João Leite Ferreira Neto e Graziella Lage Oliveira contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; na elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo; e na aprovação da versão final do manuscrito. Natália de Oliveira Viana e Luiz Guilherme Mafle Ferreira Duarte contribuíram substancialmente para a análise e a interpretação dos dados; na revisão crítica do conteúdo; e na aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 124-139, 2014.
- DOMINGOS, C. M. *et al.* Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016.
- DUNCAM, P. *et al.* “Health for All” in England and Brazil? *International Journal of Health Services*, Rockville Pike, v. 45, n. 3, p. 545-563, 2015.
- ELLERY, A. E.; PONTES, R. J.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família: um cenário em construção. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.
- FERREIRA NETO, J. L. *et al.* Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, 2013.
- FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F.; GRYSCHKEK, A. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 919-927, jul./set. 2014.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção

- Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008. p. 575-625.
- GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008.
- HARZHEIM, E. Atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 45-54.
- KRINGOS, D. *et al.* The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, Londres, v. 63, n. 616, p. 742-750, nov. 2013.
- MAGNANO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.
- MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 69-82, out. 2014.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- NORMAN, A.; TESSER, C. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: o equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n.1, p. 165-179, 2015.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.
- SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014.
- TESSER, C.; NORMAN, A. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

Recebido para publicação em junho de 2016
Versão final em outubro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 470509/2013-9 e Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig), processo CHE - PPM-00244-13