

Avaliação da Capacidade Laboral da Rede da Atenção Primária a Saúde: desafios e perspectivas

Evaluation of the Workforce Capacity of the Primary Health Care Network: Challenges and Perspectives

Antonio Marcos Moreira Aguiar¹, Edézia Deanny Pires Guirra²

Artigo Original

RESUMO



Problema: Disposição laboral insuficiente dos profissionais alocados na Atenção Primária à Saúde. **Relevância:** O dimensionamento correto qualifica os processos e a gestão. **Objetivo:** Avaliar a capacidade laboral da rede da Atenção Primária à Saúde do município de Primavera do Leste/Mato Grosso, Brasil. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo exploratório, do tipo transversal, de análise secundária do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação, e-SUS AB e o e-Gestor. Foram utilizados indicadores de saúde e parâmetros para a estratificação do grau de vulnerabilidade territorial. A produção e o número de profissionais foram calculados por unidade de saúde. **Resultados:** A análise mostrou que a produtividade e o quantitativo ideal das categorias profissionais de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal estiveram abaixo do recomendado. Considerando que os dados compilados se referem ao ano de 2021, período de excepcionalidade da pandemia, a explicação para essa redução da produção ideal pode estar na diminuição dos procedimentos e consultas programadas em todas as unidades de saúde. Os desafios são complexos e envolvem fatores como crescimento populacional acelerado, profissionais sem vínculo efetivo e com alta rotatividade, bem como participação mais efetiva da gestão para a inclusão desse tema nas pautas estratégicas da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica. Dimensionamento da Equipe. Força de Trabalho.

ABSTRACT

Issue: Insufficient workforce allocation in Primary Health Care. **Relevance:** Accurate staffing enhances processes and management. **Objective:** To evaluate the workforce capacity of the Primary Health Care network in the municipality of Primavera do Leste/Mato Grosso, Brazil. **Methods:** An exploratory descriptive epidemiological study, of a cross-sectional type, with a secondary analysis of the Notifiable Disease Notification System (SINAN), e-SUS AB, and the e-Manager (e-Gestor). Health indicators and parameters for the stratification of territorial vulnerability levels were used. The output and number of professionals were calculated per health unit. **Results:** The analysis revealed that the productivity and ideal quantity of professional categories, including doctors, nurses, nursing technicians, community agents, dentists, dental technicians, and dental assistants, were below the recommended levels. Considering that the compiled data refer to the year 2021, a period of exceptional circumstances because of the pandemic, the explanation for this reduction in ideal production may be due to the decrease in procedures and scheduled appointments across all health units. The challenges are complex and involve factors such as rapid population growth, professionals without a formal contract and with high turnover, as well as a more effective management participation to include this issue in the strategic health agendas.

KEYWORDS: Primary Health Care. Basic Attention. Team Sizing. Workforce

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Primavera do Leste, MT  <https://orcid.org/0009-0003-2539-0498>  marcokiau@gmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde de Primavera do Leste, MT  <https://orcid.org/0009-0005-1962-415X>

INTRODUÇÃO

A história da saúde pública brasileira se traduz no processo democrático da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele emergiu historicamente com as grandes demandas e necessidades da nossa população. No período pré-SUS, as grandes massas estigmatizadas e à margem do sistema político-econômico sofriam de uma variedade de agravos e de problemas de ordem social, cultural e humanitária. A construção ideológica do SUS se deu por mecanismos plurais, com atores inseridos em todos os setores da sociedade, que possibilitaram a criação de um sistema de saúde integral e universal¹.

O SUS se estrutura em um grande arcabouço legal, fundamentado em leis, princípios, programas e valores constitucionais que devem ser seguidos e respeitados por todos os entes federativos. O sistema veio para quebrar um paradigma vigente e centralizador, fomentando novas metodologias de assistência à saúde voltadas à prevenção de agravos e promoção da saúde. Uma dessas estratégias foi a reorganização dos processos e estrutura de trabalho por meio da criação de programas de saúde direcionados à Atenção Primária à Saúde (APS)².

A APS se orienta por novos modelos reformistas de assistência, sendo a principal ordenadora das agendas técnicas de elevada complexidade e responsabilidade sanitária. Representa o primeiro nível de atendimento da população adscrita no território, com foco nas ações estratégicas de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Programa Saúde da Família (PSF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) simbolizam uma metodologia organizativa e proativa na percepção do processo saúde-doença. Eles consideram que os problemas de saúde das populações em seus territórios são complexos, dinâmicos e inter-relacionados com as suas características sociais, políticas, econômicas e culturais².

A operacionalização do SUS vincula-se diretamente com a principal força motriz do sistema, os profissionais de saúde. Para garantir uma assistência universal, equânime e integral em um país de grandes proporções como o Brasil, é fundamental haver um quantitativo minimamente adequado. Esse processo é chamado de “dimensionamento da força de trabalho” e tem como uma de suas principais premissas analisar se todos os setores dos serviços de saúde apresentam o número de profissionais recomendado pelo Ministério da Saúde (MS). Dimensionar faz parte do grande escopo e das responsabilidades dos gestores e coordenadores das redes de assistência³.

Visando contribuir com a operacionalização e uniformidade do planejamento estratégico, o Ministério da Saúde (MS), mediante o Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTE), construiu um material orientador denominado Planejamento e Dimensionamento da Força de trabalho em Saúde, elaborado por uma equipe de especialistas com expertise no tema para contribuir com os gestores em todos os níveis de atenção à saúde,

na qualificação dos seus processos de trabalho. Essa ferramenta é importante para subsidiar os gestores e profissionais em suas tomadas de decisão, com foco na produtividade e recursos disponíveis. As decisões estratégicas pautadas no uso dos instrumentos de gestão maximizam os potenciais humanos e reduzem os vieses presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Ademais, a orientação técnica guiada por dispositivos governamentais consegue ampliar as percepções das reais necessidades dos usuários, bem como qualificar os processos de trabalhos de maneira mais coerente e homogênea^{3,4}.

Dimensionar o potencial laboral em saúde é uma das responsabilidades da gerência dos serviços e do SUS. Essas atribuições devem ser delegadas para todos os níveis federativos. Por conseguinte, projetar um ideal de recursos humanos a fim de desenvolver as atribuições profissionais de cada categoria é criar uma metodologia operacional que objetiva responder prontamente às demandas oriundas da população em seus territórios. É salutar para os profissionais, gestão, conselhos e sociedade civil que os municípios consigam acompanhar o progresso da sua localidade, sempre projetando o futuro com uma visão de planejamento estratégico^{5,6}.

Quando se trata de equipes, profissionais de saúde e gestão, se pensa em ações integradas em rede. Um olhar mais acurado sobre a importância de se manter um número de profissionais de saúde adequado de acordo com a capacidade operacional será benéfico para que as equipes conheçam os seus contextos, sua topografia; e consigam realizar os mapeamentos locais com um conhecimento mais aprofundado do sistema e da população vinculada à sua unidade. Consolidar a Rede de Assistência à Saúde (RAS) faz-se necessário para consolidar os conceitos atuais e dinâmicos que o sistema exige⁷.

Diante da relevância do tema proposto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a capacidade laboral da rede da Atenção Primária à Saúde do município de Primavera do Leste, estado do Mato Grosso (MT), e fornecer informações atuais aos gestores, profissionais de saúde e ao chefe do executivo sobre o panorama atual e condições ideais para se atingir um nível de cobertura adequado às ações voltadas ao fortalecimento da atenção básica.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Estudo de caráter quantitativo, descritivo exploratório, do tipo transversal, realizado com base na análise secundária das bases de dados oficiais do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), do e-SUS AB e do e-Gestor. Este projeto iniciou-se com o convite feito pela Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) do Escritório Regional de Saúde para designar servidores de carreira alocados nos serviços da Atenção Primária à Saúde, visando

realizar o curso de forma presencial no município de Rondonópolis/MT. Este, por sua vez, foi ofertado pela Escola de Saúde Pública do Mato Grosso (ESPMT).

De acordo com a metodologia do curso, foi proposto que a Coordenação da Atenção Básica do município mensurasse a disposição atual e ideal da capacidade laboral dos profissionais de saúde inseridos na rede da atenção básica à saúde. A coleta e a análise dos dados foram realizadas na sede da Secretaria de Saúde do município de Primavera do Leste/MT, entre os meses de agosto a outubro de 2022. A adequação final e a apresentação dos resultados ocorreram na sede do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis/MT, no mês de novembro de 2022.

O dimensionamento contou com as seguintes etapas: seleção dos indicadores de saúde e dos parâmetros selecionados (QUADRO 1), cálculo das médias por unidade de saúde, estratificação do grau de vulnerabilidade por território de acordo com a população adscrita, força de trabalho atual e ideal da equipe médica e potencial de produtividade por unidade de saúde, força de trabalho atual e ideal da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) por unidade de saúde e seus potenciais de produtividade, força de trabalho atual e ideal dos agentes comunitários de saúde, força de trabalho atual e ideal da equipe dos cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal (THD/ACD), bem como seus potenciais de produtividade.

As análises foram realizadas em uma planilha do programa Excel 2016, em sua forma absoluta e relativa, e apresentadas no texto sob a forma de tabelas. O ano de referência dos dados foi 2021. A posteriori, os cálculos foram feitos separadamente por unidade de saúde e sua respectiva população adscrita. A estratificação de risco foi efetuada em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017), que orienta valores entre 2.000 a 3.500 usuários. Sendo assim, foi definido que as unidades de Estratégia Saúde da Família seriam classificadas em vulnerabilidade baixa (3.500 usuários), vulnerabilidade média (3.000 usuários) e vulnerabilidade alta (2.500 usuários)⁸.

O potencial de produtividade foi calculado de acordo com as seguintes parâmetros e referências por categoria profissional³.

- Dias de funcionamento: de segunda a sexta feira
- Horário de funcionamento: das 7h às 11h e das 13h às 17h (40 horas)
- Médico(a) – 60% para atendimento individual e 40% para outras atividades
- Enfermeiro(a) – 60% para atendimento individual, 20% atividades administrativas e 20% atividades educativas
- Técnico(a) de enfermagem – 60% para atendimento individual, 20% atividades administrativas e 20% atividades educativas

- Agente comunitário de saúde (ACS) – 75% para atividades de visitas domiciliares e 25% para atividades coletivas
- Dentista – 85% para atendimento individual e 15% para outras atividades
- Técnico(a) de saúde bucal/auxiliar de saúde bucal – 85% para assistência individual e 15% para outros compromissos

Quadro 1 – Indicadores de saúde e parâmetros escolhidos para realizar o dimensionamento da força de trabalho da Atenção Primária em Saúde

INDICADOR DE SAÚDE	PARÂMETRO SELECIONADO	BASE DE DADOS
Taxa de mortalidade infantil (%)	População total adscrita por unidade de saúde	SINAN
Agravos crônicos não transmissíveis em maiores de 18 anos (%)	Horário de funcionamento e carga horária dos profissionais por semana	E-SUS AB
Auxílio Brasil (%)	Classificação do grau de vulnerabilidade do território por unidade de saúde	E-GESTOR
Taxa de incidência de hanseníase (%)	Identificação do potencial de produtividade de cada categoria profissional	SINAN
Taxa de incidência de tuberculose (%)	Capacidade física instalada das equipes de Estratégia Saúde da Família	SINAN
Gravidez na adolescência (%)	-	E-SUS AB

Fonte: e-SUS AB/ e-Gestor/SINAN

Com relação aos aspectos éticos, por se tratar de um estudo de análise secundária, não foi necessária a submissão deste projeto para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Na ocasião do estudo, o município tinha 16 unidades de ESF, apresentando uma cobertura de 100% do território, diante de uma população residente de 63.876 hab⁹. Contudo, para uma estimativa mais acurada, foram considerados todos os indivíduos devidamente cadastrados na base do e-SUS AB, totalizando uma população de 79.165 hab. Após as apurações das médias, verificou-se que, das 16 unidades de Estratégia Saúde da Família, 8 (50%) foram vistas como baixo risco; 5 (31,25%), médio risco; e 3, alto risco (18,75%).

Tendo em conta a população cadastrada, a adscrição e o número de equipes, seriam necessárias mais 10 unidades de saúde para ajustar a cobertura populacional de acordo com a PNAB (2017). O município de Primavera do Leste segue a tendência de outras cidades do estado do Mato Grosso, que apresentam um crescimento demográfico e uma economia ligada a diferentes setores produtivos. O setor da saúde, assim como outras secretarias, acompanha essas mudanças e entende que novas demandas surgem mediante o aporte e afluxo populacional. O dimensionamento da força de trabalho da equipe médica, dos enfermeiros e dos dentistas foi calculado em relação à população adscrita, número de equipes e número ideal de profissionais, considerando que ambas as categorias possuem vínculo de 40 horas semanais, de acordo com a legislação vigente do município (TABELA 1).

Tabela 1 – Dimensionamento ideal da força de trabalho das categorias profissionais de médico, enfermeiro e cirurgião-dentista, por unidade de saúde, população adscrita e número de equipes

Unidade	População cadastrada	Nº de equipes	Nº atual de profissionais	Nº ideal de profissionais	Nº de horas
ESF I	5.359	1,78	01	1,78	71,2
ESF II	4.530	1,29	01	1,29	51,6
ESF III	5.263	1,50	01	1,50	60
ESF IV	5.824	1,94	01	1,94	77,6
ESF V	6.215	2,07	01	2,07	82,8
ESF VI	4.212	1,68	01	1,68	67,2
ESF VII	4.862	1,39	01	1,39	55,6
ESF VIII	4.157	1,39	01	1,39	55,6
ESF IX	6.614	1,89	01	1,89	75,6
ESF X	4.244	1,21	01	1,21	48,4
ESF XI	7.052	2,01	01	2,01	80,4
ESF XII	3.917	1,57	01	1,57	62,8
ESF XIII	4.513	1,29	01	1,29	51,6
ESF XIV	2.698	0,77	01	0,77	30,8
ESF XV	2.731	1,09	01	1,09	43,6
ESF XVI	6.974	2,32	01	2,32	92,8
TOTAL	79.165	26,39	16	26,39	1.007,6

Fonte: SMS/e-SUS AB/Coordenação da Atenção Primária a Saúde

Observa-se que nove unidades (56,25%) já necessitam de pelo menos mais um profissional de saúde de cada categoria. Entende-se que são áreas com populações vinculadas ao território com o número superior a 3.500 habitantes, e essa realidade impacta diretamente a quantidade e qualidade das consultas e procedimentos pactuados pelo gestor e setores de coordenação. Apresentar e discutir essas informações em pautas estratégicas é necessário, já que as demandas em saúde na APS são contínuas e complexas.

Com relação ao potencial de produtividade da equipe médica e dos enfermeiros, existem diferenças metodológicas na forma dos cálculos. Embora a jornada semanal de referência seja a mesma para ambas as categorias (40 horas semanais), a média de consultas para os médicos deve ser de 3 consultas/hora, 72 consultas/semana, 312 consultas/mês e 3.429 consultas/ano. Para os enfermeiros são 2 consultas/hora, 48 consultas/semana, 208/mês e 2.288 consultas/ano (TABELA 2)³.

Tabela 2 – Comparação entre a produção realizada e o potencial ideal de produtividade da categoria de médico e de enfermeiro

Unidade	Produção Médica 2021	Potencial de Produtividade Médica (consultas/ano)	Produção de Enfermeiro 2021	Potencial de Produtividade de Enfermeiro (consultas/ano)
ESF I	3.171	3.429	1.576	2.288
ESF II	4.077	3.429	1.293	2.288
ESF III	3.842	3.429	1.686	2.288
ESF IV	4.410	3.429	1.660	2.288
ESF V	4.579	3.429	4.483	2.288
ESF VI	3.998	3.429	1.117	2.288
ESF VII	4.191	3.429	2.649	2.288
ESF VIII	3.200	3.429	1.430	2.288
ESF IX	5.079	3.429	1.826	2.288
ESF X	2.708	3.429	1.576	2.288
ESF XI	4.206	3.429	3.843	2.288
ESF XII	3.872	3.429	1.656	2.288
ESF XIII	4.477	3.429	2.204	2.288
ESF XIV	3.626	3.429	1.376	2.288
ESF XV	3.257	3.429	1.982	2.288
ESF XVI	1.058	3.429	1.656	2.288
TOTAL	59.751	54.864	32.013	36.608

Fonte: SMS/e-SUS AB/Coordenação da Atenção Primária a Saúde

Na média, a produção da equipe médica no ano de 2021 superou as expectativas ideais. Porém, observa-se que quatro equipes (25%) não atingiram o número desejado. Em contraponto, essa categoria não utilizou as 16 horas para dedicação a atividades coletivas no município, pois, ao se buscarem informações de registros dessa modalidade nos relatórios públicos do SISAB, foram identificadas apenas 13 atividades relacionadas à prática médica¹⁰.

A produção dos enfermeiros se mostrou abaixo da expectativa ideal. Algumas questões podem estar influenciando esses resultados. Do ponto de vista operacional, os(as) enfermeiros(as) dedicam, predominantemente, uma maior carga horária para as atividades administrativas, reuniões de equipe e educação em saúde. Esse argumento é válido, visto que o profissional de enfermagem de nível superior pode desempenhar funções mistas no ambiente de trabalho, consumindo uma agenda que deveria atingir as metas propostas no âmbito da assistência e gestão¹¹.

A classe da enfermagem representa a maior massa de trabalhadores do SUS. No contexto global, é necessário unir esforços para equilibrar a balança entre as demandas ascendentes em saúde com o número de profissionais executores das políticas de saúde. Em países subdesenvolvidos, com baixo poderio econômico e estrutural, essas diferenças são mais palpáveis. A garantia da qualidade das políticas se materializa mediante as análises de metas e indicadores de saúde. Dimensionar remete à distribuição igual de atribuições e permite condições laborais melhores e saudáveis¹².

De fato, há de se aprofundar nas análises de toda a produção coletiva dessa categoria para identificar de maneira fidedigna a etiologia desses números. Além disso, ambos os resultados não devem ser analisados em sua totalidade, e sim individualmente. O cálculo para determinar o número de consultas por ano tem como referência 11 meses. Deve-se ponderar que, no período de um ano, ocorrem situações como férias, atestados, folgas e outros imprevistos, o que pode diminuir a capacidade produtiva das equipes de saúde.

Quanto à categoria dos técnicos de enfermagem, dimensioná-los é um grande desafio. Eles representam um amplo quantitativo; e, a depender da capacidade operacional e de RH do município, pode haver um déficit dessa mão de obra. Desde modo, a avaliação da produção dos(as) técnico(a)s de enfermagem não ocorreu de forma individual, e sim por categoria profissional, devido à alta rotatividade de profissionais no ano avaliado, tendo a sua média sido calculada posteriormente.

Nesse aspecto, seu potencial de produtividade oscilou conforme a quantidade de profissionais disponíveis na equipe. As informações acerca da produção realizada nos mostram que, em 2021, na média final, seis equipes (37,5%) não atingiram o seu potencial de produtividade.

Contudo, vale ressaltar que, para a produção do relatório, foram considerados os procedimentos individualizados no e-SUS; e, neste documento, não constam os procedimentos de imunização. Desde modo, deve-se buscar extrair todos os serviços ofertados pelos técnicos de enfermagem nas unidades para melhor avaliação (TABELA 3).

Tabela 3 – Dimensionamento, produção e potencial de produtividade dos técnicos de enfermagem por unidade de saúde

Unidade	População	Nº equipes	Nº profissionais	Nº ideal	Nº horas	Produção em 2021	Média de atendimentos	Potencial de produtividade por ano
ESF I	5.359	1,78	02	3,56	142,4	5.240	2.620	2.288
ESF II	4.530	1,29	02	2,58	103,2	5.544	2.772	2.288
ESF III	5.263	1,50	02	3	120	6.850	3.425	2.288
ESF IV	5.824	1,94	02	3,88	155,2	5.943	2.971	2.288
ESF V	6.215	2,07	02	4,14	165,6	7.475	3.737	2.288
ESF VI	4.212	1,68	02	3,36	133,4	4.411	2.205	2.288
ESF VII	4.862	1,39	02	2,78	111,2	7.286	3.643	2.288
ESF VIII	4.157	1,39	02	2,78	111,2	4.702	2.351	2.288
ESF IX	6.614	1,89	03	5,67	226,8	8.156	2.718	2.288
ESF X	4.244	1,21	02	2,42	96,8	3.672	1.836	2.288
ESF XI	7.052	2,01	02	4,02	160,8	7.057	3.528	2.288
ESF XII	3.917	1,57	02	3,14	125,6	4.168	2.084	2.288
ESF XIII	4.513	1,29	02	2,58	103,2	3.599	1.799	2.288
ESF XIV	2.698	0,77	02	1,54	61,6	6.292	3.146	2.288
ESF XV	2.731	1,09	02	3,27	130,8	3.767	1.883	2.288
ESF XVI	6.974	2,32	03	6,96	278,4	4.064	1.354	2.288
TOTAL	79.165	26,39	34	52,78	2.111,2	88.226	2.594	77.792

Fonte: SMS/e-SUS AB/Coordenação da Atenção Primária a Saúde

Para o enquadramento do agente comunitário de saúde (ACS), considerou-se a última PNAB (2017), que propôs uma abrangência de 100% dos residentes com número máximo de 750 indivíduos por ACS em áreas de extensa dispersão territorial e de risco de vulnerabilidade social. Assim, a população total por equipe foi dividida por 750 indivíduos, para se obter a quantidade de ACS necessárias. Outro ponto que merece destaque foi que a informação real de que a quantidade de visitas por família não pode ser compilada pelo sistema e-SUS AB,

porquanto não se pode afirmar que essa informação tenha sido registrada corretamente de acordo com o manual do e-SUS AB, do Ministério da Saúde (MS) (TABELA 4).

Recomenda-se também que o MS busque atualizar o e-SUS com informações que contabilizem diretamente a quantidade de visitas por família. Apesar do dilema apresentado, manteve-se o critério de 75% da carga horária do ACS (30 horas) ser aplicada no território para visitas, enquanto 25% da jornada semanal (10 horas) ser destinada às ações de educação em saúde do profissional.

Como adendo, espera-se que seja discutida com a equipe técnica e gestão uma definição sobre a visita domiciliar individualmente por ACS, a fim de padronizar o potencial de produção dessa categoria, visto que, atualmente, o sistema de informação do MS e-SUS contabiliza diretamente as visitas por identificação de cada indivíduo.

Tabela 4 – Capacidade da força laboral dos agentes comunitários de saúde da Atenção Primária a Saúde

Unidade	População cadastrada	Nº equipes	Nº ideal de profissionais	Nº horas	Nº atual de profissionais
ESF I	5.359	1,78	07	285,81	06
ESF II	4.530	1,29	06	241,60	10
ESF III	5.263	1,50	07	280,69	09
ESF IV	5.824	1,94	08	310,61	12
ESF V	6.215	2,07	08	331,47	10
ESF VI	4.212	1,68	06	224,64	10
ESF VII	4.862	1,39	07	259,31	08
ESF VIII	4.157	1,39	06	221,71	08
ESF IX	6.614	1,89	09	352,75	10
ESF X	4.244	1,21	06	226,35	09
ESF XI	7.052	2,01	09	376,11	10
ESF XII	3.917	1,57	05	208,91	06
ESF XIII	4.513	1,29	06	240,69	10
ESF XIV	2.698	0,77	04	143,89	06
ESF XV	2.731	1,09	04	145,65	03
ESF XVI	6.974	2,32	09	371,95	13
TOTAL	79.165	26,39	107	4.222,1	140

Fonte: SMS/e-SUS AB/Coordenação da Atenção Primária a Saúde, ano de referência 2022

No que diz respeito à categoria da saúde bucal, apenas 26,6% dos profissionais vinculados à ESF alcançaram o potencial de procedimentos no ano de 2021. Até o momento da análise dos dados, cinco equipes estavam cadastradas na modalidade I. Isso significa que elas contavam apenas com o auxiliar de saúde bucal e cirurgião-dentista. Sendo assim, as outras dez unidades que compõem a rede da APS são classificadas como de modalidade II. Esse tipo já inclui o técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e o cirurgião-dentista, o que contribui para melhorar a qualidade e a quantidade de consultas e procedimentos.

Tabela 5 – Produção de atendimentos do cirurgião-dentista, técnicos e auxiliares de saúde bucal, potenciais de produtividade e médias de atendimento

Unidade	Produção do dentista/THD/ACD	Potencial de produtividade do dentista/THD/ACD	Média de procedimentos do dentista	Média de procedimentos do THD/ACD
ESF I	5.240	4.862	3.268	0
ESF II	5.544	4.862	6.022	0
ESF III	6.850	4.862	1.519	529
ESF IV	5.943	4.862	7.634	0
ESF V	7.475	4.862	1.821	406
ESF VI	4.411	4.862	317	0
ESF VII	7.286	4.862	7.140	1
ESF VIII	4.702	4.862	3.769	1.193
ESF IX	8.156	4.862	4.773	0
ESF X	3.672	4.862	5.955	0
ESF XI	7.057	4.862	3.573	0
ESF XII	4.168	4.862	1.014	189
ESF XIII	3.599	4.862	2.293	788
ESF XIV	6.292	4.862	2.983	0
ESF XV	3.767	4.862	4.145	0
ESF XVI	4.064	-	-	0
TOTAL	88.226	72.930	56.226	3.106

Fonte: SMS/e-SUS AB/Coordenação da Atenção Primária a Saúde

Nesse cenário relacionado às equipes de saúde bucal, é importante que as equipes técnicas e da gestão articulem-se estrategicamente na busca por soluções práticas e planejadas. Implementar instrumentos de planejamento contribuirá para organizar a agenda

de serviços das metas pactuadas. Haja vista que mais de 80% da agenda da equipe de saúde bucal deve ser comprovada por meio de consultas e procedimentos, é fundamental garantir que as equipes estejam operando de maneira organizada e estruturada. Além disso, como ponto positivo de integração multiprofissional, é salutar a participação da equipe bucal nas atividades coletivas e nas reuniões¹³.

DISCUSSÃO

O SUS atua como um grande sistema social operacional vinculado a todos os níveis de assistência e gestão no Brasil. Ele é dinâmico e multifacetado, sendo executado por uma grande gama de atores centrais e periféricos. A capacidade ocupacional na saúde se orienta por categorias e aptidões específicas. Responder adequadamente às demandas desse grande sistema exige profissionais devidamente habilitados. Apesar disso, essa qualidade técnica não se sobrepõe ao quantitativo adequado de profissionais inseridos em determinado serviço de saúde¹⁴.

Diante dos resultados apresentados, observou-se que, pela população adscrita na ocasião do estudo, o município de Primavera do Leste já apresenta um déficit na maioria das categorias profissionais analisadas. É preciso que a gestão municipal e os entes federativos superiores planejem em conjunto a alocação de mais profissionais e a implantação de mais unidades básicas de saúde para os próximos anos. A gênese dessa realidade é multifatorial e dinâmica, como o aumento populacional, entraves burocráticos e de gestão, demora na liberação de recursos, alta rotatividade por profissionais não efetivos da rede e divergências^{11,15}.

Com relação ao potencial de produtividade, verificou-se também que a maioria das categorias profissionais não conseguiu atingir o ideal recomendado. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que as informações analisadas no e-SUS AB foram referentes ao ano de 2021, período de pandemia, quando o município teve de tomar medidas de redução da doença, como consultas eletivas e realização de exames e procedimentos, de modo que a assistência restringiu-se aos casos crônicos mais graves, bem como ao programa de imunização, pré-natal e puericultura.

A excepcionalidade da COVID-19 demandou mudanças nas agendas dos serviços de saúde, reduzindo o número de atendimentos eletivos. Esse panorama exigiu mudanças nos processos de trabalho, ambiência e dimensionamento de pessoal. Os fluxos de trabalho foram readaptados, o que comprometeu a integralidade da assistência de alguns programas como aqueles ligados à hipertensão, diabetes, imunização e dispensação de fármacos de controle de comorbidades^{16,17}.

Os autores de uma pesquisa de revisão integrativa sobre os impactos da pandemia no acesso dos usuários da atenção primária nos dizem que o cancelamento de procedimentos, consultas médicas eletivas e redução de serviços diagnósticos foram necessários e contribuíram para a redução dos atendimentos clínicos. Essa realidade também foi demonstrada em um relatório nacional de pesquisa da ABRASCO realizado entre os meses de julho e dezembro de 2021, que evidenciou redução em alguns estados nos atendimentos odontológicos, na saúde materno-infantil, nas visitas domiciliares e no atendimento aos portadores de condições crônicas^{18,19}.

O potencial de produção reflete a capacidade produtiva da unidade de saúde em responder prontamente às suas demandas de trabalho. A APS se apresenta como um ponto focal de suporte e de referência para a população vinculada; e o usuário tem o seu direito constitucional de ter as suas necessidades acolhidas pela equipe de saúde. Paradoxalmente, a organização do trabalho e a gestão dos serviços dependem de uma boa disponibilidade da sua força produtiva^{12,15}.

Os desafios encontrados neste estudo sobre disposição da força laboral na APS também foram evidenciados em pesquisas realizadas em um município do médio norte mato-grossense e no estado do Ceará. Nestas, foram destacados alguns desafios na classificação de risco das famílias e na adequação do dimensionamento das equipes de saúde. De forma prospectiva, os autores discorreram sobre as consequências de uma força de trabalho reduzida e sobre as novas relações de vínculo laboral, que podem contribuir para a precarização da assistência e queda no desempenho da qualidade das atividades ofertadas. É preciso organizar os processos de trabalho por meio de diálogos permanentes com a gestão^{20,21}.

Seguindo essa abordagem estratégica, o MS publicou no ano de 2023 o Modelo Referencial de Dimensionamento da Força de Trabalho em Regiões de Saúde no Brasil, que busca contribuir para a definição de estratégias de recrutamento, capacitação, remanejamento e alocação/relocação dos colaboradores. Por conseguinte, deve-se reconhecer a relevância da APS enquanto política constitucional central do MS, provendo condições dignas aos colaboradores e à população^{22,23}.

A APS representa o pilar das ações estratégicas do MS na oferta de inúmeros programas e políticas públicas de saúde. Os desafios são plurais, pois envolvem as iniquidades regionais, a qualificação, o dimensionamento técnico adequado e a baixa resolutividade em alguns territórios. Um olhar ampliado sobre a saúde da população passa pelo crivo de um novo processo de reestruturação com foco na ESF, modelo, este, reconhecido internacionalmente como o mais adequado e humanitário. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é o instrumento norteador dessas ações, ao passo que os óbices serão superados por meio de uma gestão interfederativa sensível ao tema^{24,25}.

A magnitude da APS transcende fronteiras e é descrita na literatura internacional por especialistas como fundamental nos cuidados primários, na prevenção e promoção da saúde. O novo cenário epidemiológico global exige que os sistemas de saúde sejam redesenhados e reestruturados. Uma análise aprofundada sobre a reforma organizacional na APS nos moldes dos sistemas de saúde europeus reforça a necessidade de consolidação dos serviços de saúde voltados à comunidade. Ofertar um serviço público de saúde de qualidade é desafiador, mas é necessário reafirmar que os investimentos em saúde, principalmente nos programas comunitários, são basilares para o equilíbrio de toda a Rede de Atenção à Saúde^{26,27,28}

Uma pesquisa comparativa sobre os sistemas de atenção básica entre Brasil e Portugal evidenciou que o país luso também compartilha da mesma visão social, democrática e do poder transformador das políticas públicas voltadas às populações em seus territórios. Não obstante, a organização dos serviços perpassa pela qualificação e quantitativo adequado dos profissionais de saúde, pela construção coletiva dos saberes por parte dos gestores e pela disposição dos recursos econômicos para atestar a autonomia dos entes federativos^{29,30}.

CONCLUSÃO

O dimensionamento da força de trabalho na APS é parte integrante das ações de mapeamento, planejamento e implementação das ações e condutas que objetivam garantir que os recursos humanos disponíveis estejam sendo satisfatórios para o exercício das atividades laborais dentro das equipes de saúde. A realização deste estudo permitiu a análise aprofundada do quadro atual da força de trabalho e da realidade das unidades de saúde.

Por conseguinte, foi demonstrado que a mão de obra atual precisa ser ampliada na maioria das categorias profissionais vinculadas à APS. Os autores entendem que isso não se resolverá da forma desejada, já que as ampliações, construções de novas unidades e contratação de profissionais devem seguir os padrões técnicos e operacionais adequados.

Independentemente desse contexto, o panorama traçado pelo presente trabalho, por ser inédito no município, já permite ampliar o olhar sobre essa problemática. Espera-se uma sensibilização das equipes técnicas e dos gestores a fim de que não meçam esforços para propor ações visando qualificar a força de trabalho na APS e minimizar os impactos do crescimento acelerado do município.

Uma das ressalvas deste trabalho, haja vista as características do município, é de que ele seja continuamente revisado, modificado e que faça parte dos instrumentos de planejamento de gestão. Além disso, embora sua realização tenha sido, em parte, cansativa, os autores sentem-se satisfeitos e revigorados com os resultados encontrados. A temática

proposta é certamente salutar para as ações de prevenção e promoção da saúde da população.

É importante reforçar que o município vem se expandindo nos últimos anos: as suas capacidades econômicas e políticas colocam a cidade em uma rota de prosperidade. Entretanto, proporcionalmente, as demandas em áreas vitais como a saúde aumentaram, por isso os serviços de saúde precisam ser reavaliados continuamente.

REFERÊNCIAS

1. Guidini C. Abordagem Histórica da Evolução do Sistema de Saúde Brasileiro: conquistas e desafios [Monografia de Conclusão de Curso]. Tio Hugo (RS): UFSM/CESNORS; 2012.
2. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007 [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>
3. Nascimento EPL, Carvalho DS, Carmona SAMLD, Barthmann VMC. Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde: Material Didático para Secretarias de Saúde [internet]. Brasília: IBICT; 2020 [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129618/planejamento-e-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude.pdf>
4. Ramos L, Possa LB. Dimensionamento da Força de Trabalho no SUS: O Trabalho (e Trabalhador) Vivo no Planejamento do Cuidado em Saúde. Saúde em Redes [internet]. 2016 [acesso em 2023 jan 10]; 2(1): 43 – 52. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/653>
5. Possa LB, Gosch CS, Ferla AA. Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho: Uma Ferramenta-Dispositivo para a Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Dimensionamento da força de trabalho em gestão em ato e territórios em diálogo [internet]. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2021/04/15/livro-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo.pdf.
6. Nascimento EPL, Carmona SAMLD. Experiência da Elaboração do Dimensionamento na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Dimensionamento da força de trabalho em gestão em ato e territórios em diálogo [internet]. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2021/04/15/livro-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo.pdf
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011 [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
8. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. 2017 [acesso em 2022 out 05]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [internet]. 2021 [acesso em 2022 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/primavera-do-leste.html>
10. Ministério da Saúde (BR). SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. [internet]. 2022 [acesso em set 2023]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>

11. Zopi FC. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem na Atenção Básica em uma Região de Saúde [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016.
12. Mendes M, Martins MS, Acordi I, Ramos FRS, Brehmer LCF, Pires DEP. Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. *Rev. Enferm. UFSM* [internet]. 2022 [acesso em 2023 maio 10]; 12(11): 1 – 13. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67928/46239>
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
14. Possa LB, Trepte RF, Plentz LM, Ferla AA. Planejamento da Força de Trabalho como Tradução de Imagens sobre o Trabalho. Dimensionamento da força de trabalho em gestão em ato e territórios em diálogo [internet]. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020 [acesso em 2023 jun 15]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2021/04/15/livro-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo.pdf
15. Avila ABO, Carvalho DS, Mascarenhas LVR, Campos MJB, Lopes MHP, Silva TP. O Processo de Planejar e Dimensionar a Força de Trabalho em Hospitais do SUS: A experiência de uma Formação-Intervenção na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Dimensionamento da força de trabalho em gestão em ato e territórios em diálogo [internet]. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2020 [acesso em 2023 jun 16]. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/media/ckeditor_files/2021/04/15/livro-dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo.pdf
16. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganização do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à COVID-19. *Cogitare Enferm* [internet]. 2023 [acesso em 2024 jan 15]; 28: 1 – 11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>
17. Oliveira BVS, Alencar Neta RL, Nascimento IMG, Oliveira GS, Medeiros RLSFM, Feitosa A. Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. *Saúde Coletiva* [internet]. 2021 [acesso em 2024 jan 16]; 11(COVID): 7057 – 72. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7057-7072>
18. Silva SG, Bulgareli JV. Acesso à APS no contexto da pandemia COVID-19: uma revisão de literatura sobre as ações de saúde no mundo. *J Manag Prim Health Care* [internet]. 2023 [acesso em 2024 jan 20]; 15(spec): e021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1364>
19. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Cury GC, Nedel F. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS - 2021. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2021.
20. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chaves LDP. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. *Escola anna nEry* [internet]. 2021 [acesso em 2024 jan 17]; 25(1): 1 – 8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093>
21. Dorneles JA, Cunha CG, Queiroz AP, Silva BO, Gomes FRF, Carvalho FF, et al. Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica Sobral - Ceará [internet]. Sobral: Prefeitura de Sobral; 2016 [acesso em 2023 jun 16]. Disponível em: <https://rhsus.ufrn.br/storage/uploads/2018/03/d1c03f8719d7dc76d29a602d863e854a1520877141.pdf>
22. Ministério da Saúde (BR). Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde. [internet]. 2023 [acesso em 2024 jan 15]. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf
23. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet]. 2020 [acesso em 2024 jan 18]; 15(42): 2455. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
24. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Albert Einstein. A necessária reafirmação da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os possíveis impactos do Programa Previne Brasil como mecanismo de financiamento [internet]. [acesso em 2024 jan 22]. Disponível em: <https://www.einstein.br/SiteAssets/Lists/PortalContent/AllItems/Texto1-EinsteinImpulso.pdf>

25. Prado RF, Prado JFM. Introdução à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Desafios e Possibilidades no Cenário Contemporâneo. Campina Grande: Editora Amplla; 2021.
26. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012 [acesso em 2024 jan 22]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>
27. Organização Mundial de Saúde (OMS). Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia. 2006.
28. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate [internet]. 2018 [acesso em 2024 jan 21] 42(spec): 18 – 37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
29. Rodrigues MR, Sousa MF. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. Saúde Debate [internet]. 2023 [acesso em 2024 jan 20]; 47(136): 242 – 252. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS. Brasília: OMS; 2011.

Artigo recebido em julho de 2023

Versão final aprovada em fevereiro de 2024