



FERRAMENTAS DE GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO PARANÁ

CARE MANAGEMENT TOOLS IN PRIMARY HEALTH CARE IN SMALL MUNICIPALITIES IN THE STATE OF PARANÁ

Lucélia Justino Borges¹, Silvano Coutinho da Silva², Mathias Roberto Loch³

RESUMO: Objetivo: Identificar o uso de ferramentas de gestão do cuidado por equipe da Atenção Primária à Saúde de municípios paranaenses de pequeno porte. **Metodologia:** Participaram 797 profissionais de saúde (703 mulheres), que responderam questionário *online* sobre caracterização sociodemográfica, atuação profissional e ferramentas de gestão do cuidado, analisadas descritivamente e pelo qui-quadrado. **Resultados:** Visita domiciliar (73,1%) e apoio matricial (63,2%) foram as ferramentas mais relatadas. Técnicas(os) de enfermagem, psicólogas (os) e cirurgiões dentistas faziam uso frequente do apoio matricial, enquanto a visita domiciliar foi frequente para agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, enfermeiras(os) e médicas(os). A consulta compartilhada foi frequente para técnicas(os) de saúde bucal e a discussão de casos foi para psicólogas (os) e enfermeiras(os). O maior tempo de atuação no estabelecimento de saúde foi associado com a realização de grupos de práticas corporais/atividades físicas ($p=0,03$), enquanto vínculo estável associou-se com consulta compartilhada ($p=0,01$). **Conclusões:** Em municípios paranaenses de pequeno porte, visita domiciliar e apoio matricial foram as ferramentas de gestão do cuidado mais utilizadas de forma conjunta pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, sendo que o maior tempo de atuação e o vínculo estável mostraram-se associados.

PALAVRAS-CHAVE: Ferramentas de Gestão do Cuidado. Atenção Primária à Saúde. Municípios de Pequeno Porte.

ABSTRACT: Aim: To identify the use of health care management tools by Primary Health Care teams in small municipalities in the State of Paraná. **Methodology:** Participants were 797 health professionals, predominantly women (703), who answered an online questionnaire on sociodemographic characteristics, professional performance, and care management tools, which were analyzed descriptively and using the Chi-square test. **Results:** Home visits (73.1%) and matrix support (63.2%) were the most frequently reported tools. Nursing technicians, psychologists, and dental surgeons make frequent use of matrix support. Home visits were frequent for agents fighting endemic diseases, community health agents, nurses, and physicians. Shared consultations were commonly conducted by oral health technicians, and case discussions were frequently held by psychologists and nurses. Longer experience within the health unit was associated with the implementation of body practice/physical activity groups ($p=0.03$), while stable employment was linked to a higher incidence of shared consultations ($p=0.01$). **Conclusions:** In small municipalities in Paraná, home visits and matrix support were the predominant care management tools utilized by Primary Health Care professionals. In addition, both longer experience and stable employment were important factors associated with their use.

KEYWORDS: Care Management Tools. Primary Health Care. Small Municipalities.

¹ Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ² Departamento de Educação Física, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati, Paraná, Brasil. ³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

*Autor correspondente: Lucélia Justino Borges. E-mail: lucelia.borges@ufpr.br.

Recebido: 30 ago. 2024

Aceito: 09 nov. 2024

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



INTRODUÇÃO

A abrangência e a integralidade oportunizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) auxiliam o enfrentamento dos problemas de saúde da população, a superação da fragmentação das ações e do próprio sistema¹. As equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família, prioritárias para expansão e consolidação da APS, e das e-Multi, que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes², contribuem para ampliação do acesso e da resolutividade, melhorando a qualidade da atenção à saúde e promovendo o cuidado integral. Contudo, isso requer, muitas vezes, uma reorientação do processo de trabalho, pois as equipes de saúde têm o desafio de operacionalizar o trabalho multi e interprofissional por meio do trabalho em equipe, da colaboração interprofissional e do trabalho em rede¹. O trabalho em equipe envolve integração das ações e o compartilhamento de objetivos e valores.

No trabalho em equipe, a implementação das ferramentas de gestão do cuidado pode contribuir para a promoção de um cuidado mais integral e resolutivo³, sendo que na APS existem algumas, como o apoio matricial, educação em saúde, Projeto de Saúde no Território^{4,5}, que foram potencializadas pela atuação das equipes NASF-AB³, atual e-Multi².

Dentre os desafios da operacionalização do trabalho em equipe pode-se elencar a comunicação; colaboração; articulação e integração das estratégias; envolvimento e interação das equipes; interação com outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde e outros setores; elaboração de ações de forma compartilhada; responsabilidade compartilhada; dentre outros^{1,6}. Somado a estes desafios, em municípios de pequeno porte outros aspectos podem dificultar a operacionalização do trabalho interprofissional voltado à promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação ou tratamento. Por exemplo, a composição das equipes multiprofissionais em municípios pequenos, que é algo anterior à atuação interprofissional, torna-se um desafio devido à dificuldade de captação de profissionais, fixação de residência dos profissionais nestes locais, dificuldade de gestão de equipes multiprofissionais e de captação de recursos.

Os municípios de pequeno porte são maioria no Brasil. Segundo o censo de 2010, dos 399 municípios paranaenses, 312 (78,2%) possuíam menos de 20 mil habitantes, sendo que 204 tinham menos que 10 mil habitantes e, ainda, 98 destes tinham população menor que 5 mil habitantes⁷. Entretanto, apesar de serem a maioria e terem importantes especificidades e particularidades, a produção do conhecimento concentra-se nos grandes e médios centros urbanos⁸. Assim, torna-se importante avaliar as características e o cotidiano do processo de trabalho, identificando se as ferramentas de gestão do cuidado são desenvolvidas em equipe, explorando a sua atuação junto às equipes multiprofissionais da APS em municípios de pequeno porte.

A identificação das ferramentas de gestão, a partir de profissionais de saúde atuantes no contexto de municípios de pequeno porte, auxilia a lançar luz para a discussão de uma formação que esteja atenta aos possíveis futuros contextos de atuação profissional, que podem ser diferentes dos contextos que os profissionais são formados, via de regra, em municípios de médio e grande porte. Ademais, as ferramentas de gestão do cuidado podem potencializar a promoção da saúde nos municípios de pequeno porte, especificamente, na promoção da integralidade, da equidade, do conhecimento do território, respeitando as peculiaridades culturais e pautando-se no apoio às necessidades individuais e comunitárias, conforme preconiza a Carta de Ottawa e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

O objetivo deste estudo foi identificar o uso de ferramentas de gestão do cuidado em saúde por equipe da APS de municípios paranaenses de pequeno porte.

MÉTODOS

Este estudo transversal faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”, que foi desenvolvido em três etapas (1- Censo dos profissionais de saúde que atuavam na APS dos municípios paranaenses de pequeno porte; 2 - avaliação do cotidiano do trabalho em equipe dos profissionais de saúde; e 3 - avaliação da percepção dos usuários sobre o estado de saúde e acesso ao serviço). A etapa 2 é o foco da presente investigação, a qual envolveu a avaliação do cotidiano do trabalho em equipe dos profissionais de saúde de municípios de pequeno porte (< 20mil habitantes) vinculados a cinco Regionais de Saúde (RS) do Paraná (2ª RS – Metropolitana/Curitiba, 4ª RS - Irati, 6ª RS – União da Vitória, 17ª RS – Londrina e 22ª RS - Ivaiporã), o que totaliza 58 municípios.

Dentre os procedimentos de coleta de dados, inicialmente foi realizado contato com apoiadores regionais de Saúde e/ou Consórcios Intermunicipais de Saúde, além de secretários de saúde de cada município, explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Estes encaminharam convite da pesquisa aos trabalhadores da APS ou repassaram contatos de coordenadores, para que estes pudessem ser os multiplicadores do convite aos profissionais. Os coordenadores foram contatados e repassadas as informações sobre a pesquisa. Todos os contatos foram realizados por três pesquisadores via correio eletrônico, ligação telefônica ou mensagem de *WhatsApp*. O convite constava informações da pesquisa e os procedimentos, bem como link do *Google Forms*[®] do instrumento de coleta de dados com texto inicial do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No TCLE constava a indicação da participação de forma voluntária após concordância e aceite, e que o(a) profissional de saúde poderia recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isto acarretasse qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Caso o(a) profissional de saúde aceitasse participar, assinalava concordância com a participação e indicava que havia lido e concordado com o TCLE, acessando o instrumento na próxima página do formulário eletrônico. Semanalmente eram realizados contatos com os responsáveis pela divulgação da pesquisa em cada município, para repassar informações do número de respostas, tirar dúvidas e solicitar que o convite fosse reforçado entre os(as) profissionais de saúde. A coleta de dados foi realizada de maio a setembro de 2022.

Os critérios de inclusão adotados foram ter 18 anos ou mais e atuar na assistência em saúde. Foram excluídos trabalhadores que atuavam em funções administrativas ou de apoio (motoristas, atendentes, profissionais da limpeza). Portanto, 797 profissionais de saúde, com idade entre 18 e 66 anos, compuseram a amostra do presente estudo.

O instrumento continha 76 questões divididas em cinco seções (caracterização; aspectos gerais do trabalho em equipe; cotidiano do trabalho em equipe; barreiras e facilitadores para a prática interprofissional colaborativa; e informações gerais), sendo que somente as duas primeiras seções (19 questões) foram utilizadas neste estudo.

A variável dependente foi a frequência com que trabalha em equipe utilizando as ferramentas de gestão do cuidado (apoio matricial, consulta compartilhada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território), que são previstas em 2010 nas diretrizes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF-AB (Brasil, 2010), além das demais atividades previstas para as equipes NASF-AB como educação em saúde, visita domiciliar, discussão de casos e grupos de práticas corporais/atividade física⁴. Vale destacar que o instrumento aplicado contemplou as diretrizes e ferramentas do cotidiano de trabalho do NASF-AB^{4,5} que à época da coleta de dados ainda existia e atualmente foi substituído pela e-Multi². Portanto, a pergunta utilizada para o desfecho foi “*Considerando o seu cotidiano de trabalho, assinale a frequência com que você realiza as atividades de maneira conjunta (“trabalho em equipe”*

com outros profissionais” para: apoio matricial, consulta compartilhada, discussão de casos, educação em saúde, grupos de práticas corporais/atividade física, projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e visita domiciliar. As quatro opções de resposta eram: não realizo, poucas vezes, algumas vezes e frequentemente, sendo reorganizadas em duas ou três categorias agrupando, respectivamente, “poucas/algumas vezes” ou “não realizo/poucas vezes/algumas vezes” na mesma categoria.

As demais variáveis utilizadas foram as sociodemográficas e de atuação profissional: idade (18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 anos ou mais); sexo (masculino e feminino); escolaridade (ensino médio completo, cursando ensino superior, ensino superior completo, cursando especialização, especialização completa, mestrado completo, cursando doutorado, doutorado completo); raça/cor (amarelo(a), branco(a), indígena, pardo(a), preto(a)); situação conjugal (casado(a)/união estável/vivendo junto com companheiro(a), divorciado(a), solteiro(a), viúvo(a)); tempo de atuação neste estabelecimento de saúde (menos de um ano; de um a três anos; de quatro a cinco anos, de seis a nove anos, 10 anos ou mais); tempo de atuação na APS (menos de um ano; de um a três anos; de quatro a cinco anos, de seis a nove anos, 10 anos ou mais); função desempenhada (agente comunitário de saúde, agente de combate às endemias, arte educador(a), assistente social, dentista/odontólogo(a), técnico(a) de saúde bucal, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, farmacêutico(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), médico(a), médico(a) veterinário(a), nutricionista, profissional de educação física, profissional sanitaria, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, outro); tipo de vínculo (efetivo/concursado/estatutário, contrato temporário/celetista, outro). Para análise dos dados, algumas categorias de resposta das variáveis foram agrupadas e reorganizadas: tempo de atuação no estabelecimento atual de saúde e na APS (até 3 anos; 4 anos ou mais); tipo de vínculo (estável [efetivo, estatutário]; temporário [contrato temporário, celetista, cargo comissionado, empresa terceirizada e pessoa jurídica]).

Os dados foram analisados descritivamente utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 15.0. Ainda, o teste qui-quadrado foi utilizado para verificar diferenças entre as variáveis, adotando-se nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa atendeu preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE - 39012820.8.0000.5231, Parecer nº 4.414.235 de 23/11/2020).

RESULTADOS

A caracterização da amostra indica que a maioria eram mulheres (88,2%), auto declaradas(os) brancas(os) (74,3%), casadas(os) (69,5%) e com ensino superior (52,3%), sendo que 24% possuíam especialização. A média de idade foi de 38,5 anos ($\pm 9,1$) e 68,1% tinha entre 30 e 49 anos de idade. As categorias profissionais mais frequentes foram agentes comunitários de saúde (38,3%), enfermeiras(os) (17,7%) e técnicas(os) em enfermagem (16,7%). O maior tempo de atuação (10 anos ou mais) foi o mais frequente tanto para o atual estabelecimento de saúde (30,0%) quanto para a atuação na APS (39,5%). Vínculo profissional estável foi indicado pela maioria (73,8%) (Tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas e de atuação dos profissionais de saúde de municípios de pequeno porte do Paraná, 2022.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	703	88,2
Masculino	94	11,8
Idade		
18 a 29 anos	155	19,4
30 a 39 anos	302	37,9
40 a 49 anos	241	30,2
50 a 59 anos	92	11,5
60 anos ou mais	07	9,0
Raça/Cor da pele		
Amarela	09	1,1
Branca	592	74,3
Indígena	01	0,1
Parda	174	21,8
Preta	21	2,6
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	339	42,5
Cursando Ensino Superior	41	5,1
Ensino Superior Completo	172	21,6
Cursando Especialização	45	5,6
Especialização Completa	192	24,1
Mestrado Completo	05	0,6
Doutorado Completo	03	0,4
Estado civil		
Casada(o) / União Estável / Vivendo junto com companheiro	554	69,5
Divorciada(o)	54	6,8
Solteira(o)	180	22,6
Viúva(o)	09	1,1
Tempo de atuação no atual estabelecimento de saúde		
Menos de 1 ano	141	17,7
1 a 3 anos	178	22,3
4 a 5 anos	91	11,4
6 a 9 anos	148	18,6
10 anos ou mais	239	30,0
Categoria profissional		
Agente Comunitário de Saúde	305	38,3
Agente de Combate às Endemias	43	5,4
Cirurgião dentista	33	4,1
Técnica(o) de Saúde Bucal	24	3,0
Enfermeira(o)	141	17,7
Técnica(o) de enfermagem	133	16,7
Farmacêutica(o)	24	3,0
Fisioterapeuta	25	3,1
Médica(o)	19	2,4
Psicóloga(o)	19	2,4
Outros*	31	3,9
Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde		
Menos de 1 ano	96	12,0
1 a 3 anos	145	18,2
4 a 5 anos	80	10,0
6 a 9 anos	161	20,2
10 anos ou mais	315	39,5
Tipo de vínculo		
Efetivo / Estatutário	588	73,8
Contrato temporário / Celetista	197	24,7
Outro	12	1,5

* Assistente Social (n=11); Fonoaudiólogo(a) (n=03); Médico(a) Veterinário(a) (n=01); Nutricionista (n=08); Profissional de Educação Física (n=05); Profissional Sanitarista (n=03).

Dentre as ferramentas de cuidado utilizadas de forma frequente com outros profissionais, a visita domiciliar (73,1%) e apoio matricial (63,2%) foram as mais citadas (Tabela 2).

Tabela 2. Utilização de ferramentas de cuidado junto a outros profissionais de saúde de municípios de pequeno porte do Paraná. 2022.

Variáveis	n	%
Apoio matricial		
Não realiza	31	3,9
Poucas vezes	83	10,4
Algumas vezes	179	22,5
Frequentemente	504	63,2
Consulta compartilhada		
Não realiza	137	17,2
Poucas vezes	130	16,3
Algumas vezes	289	36,3
Frequentemente	241	30,2
Discussão de casos		
Não realiza	47	5,9
Poucas vezes	136	17,1
Algumas vezes	270	33,9
Frequentemente	344	43,2
Educação em saúde		
Não realiza	158	19,8
Poucas vezes	126	15,8
Algumas vezes	250	31,4
Frequentemente	263	33,0
Grupos de atividade física/práticas corporais		
Não realiza	488	61,2
Poucas vezes	143	17,9
Algumas vezes	95	11,9
Frequentemente	71	8,9
Projeto terapêutico singular		
Não realiza	584	73,3
Poucas vezes	98	12,3
Algumas vezes	83	10,4
Frequentemente	32	4,0
Projeto de saúde no território		
Não realiza	212	26,6
Poucas vezes	183	23,0
Algumas vezes	258	32,4
Frequentemente	144	18,1
Visita domiciliar		
Não realiza	62	7,8
Poucas vezes	57	7,2
Algumas vezes	95	11,9
Frequentemente	583	73,1

Na tabela 3 verifica-se que o apoio matricial foi a ferramenta mais frequente para técnicas(os) de enfermagem, psicólogas (os) e cirurgião dentista. Já a visita domiciliar teve uso frequente indicado por agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias, enfermeiras(os) e médicas(os). A consulta compartilhada foi a mais frequente para técnicas(os) de saúde bucal, enquanto a discussão de casos foi mais frequente para psicólogas (os) e enfermeiras(os).

Foi observada diferença estatística significativa do uso frequente de todas as ferramentas de gestão entre as categorias profissionais. O apoio matricial e a visita domiciliar foram as ferramentas indicadas com maior frequência (> que 50%) para sete e cinco categorias profissionais, respectivamente. Para as categorias de nível técnico, a frequência de uso das diferentes ferramentas variou de 2,6% a 97,7%, enquanto para aquelas de nível superior foi verificada variação de 1,5% a 77,3% (Tabela 3).

Tabela 3. Uso frequente de ferramentas de gestão do cuidado em equipe, segundo categorias profissionais de municípios de pequeno porte do Paraná. 2022.

	ACS (n=305)	Téc. Enfermag em (n=133)	ACE (n=43)	Téc. Saúde Bucal (n=24)	Enfermeir o(a) (n=141)	Den- tista (n=33)	Fisiotera- peuta (n=25)	Farmacêu- tico(a) (n=24)	Médico(a) (n=19)	Psicólogo (a) (n=19)	Outros* (n=31)	p-valor
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Apoio matricial	62,6	78,9	41,9	62,5	71,6	54,5	24,0	45,8	57,9	63,2	51,6	<0,001
Consulta compartilhada	21,3	45,1	20,9	66,7	48,9	39,4	12,0	8,3	26,3	15,8	9,7	<0,001
Discussão de casos	43,9	45,1	32,6	37,5	53,9	12,1	32,0	12,5	36,8	57,9	45,2	0,003
Educação em saúde	41,0	30,1	7,0	33,3	33,3	48,5	8,0	12,5	26,3	31,6	25,8	<0,001
Grupos de PC/AF	8,9	7,5	0	8,3	8,5	3,0	40,0	0	5,3	5,3	22,6	<0,001
Proj. Ter. Singular	2,6	3,8	0	0	4,3	3,0	16,0	0	15,8	15,8	6,5	0,001
Proj. S. Território	13,1	7,5	41,9	45,8	24,8	1,5	8,0	0	5,3	15,8	22,6	<0,001
Visita domiciliar	96,1	63,9	97,7	4,2	77,3	18,2	44,0	0	68,4	42,1	48,4	<0,001

Grupos de PC/AF = Grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas; Proj.Ter. Singular = Projeto Terapêutico Singular; Proj. S. Território= Projeto Saúde no Território.

ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente Combate a Endemias; Téc. = Técnico(a).

* Assistente Social (n=11); Fonoaudiólogo(a) (n=03); Médico(a) Veterinário(a) (n=01); Nutricionista (n=08); Profissional de Educação Física (n=05); Profissional Sanitarista (n=03)

O maior tempo de atuação no atual estabelecimento de saúde foi associado com a realização frequente de grupos de práticas corporais/atividades físicas ($p=0,03$) de forma conjunta com outros profissionais de saúde (Tabela 4). Os profissionais que apresentaram um maior tempo de atuação no estabelecimento de saúde referiram realizar de forma frequente grupos de práticas corporais/atividade física (10,7%) quando comparados aos que tinham menor tempo de atuação (6,3%).

Tabela 4. Utilização de ferramentas de cuidado junto a outros profissionais, segundo o tempo de atuação no atual estabelecimento de saúde em municípios de pequeno porte do Paraná. 2022.

Variáveis	Até 3 anos n (%)	4 anos ou mais n (%)	p-valor
Apoio matricial			0,31
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	124 (38,9)	169 (35,4)	
Frequentemente	195 (61,1)	309 (64,6)	
Consulta compartilhada			0,07
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	234 (73,4)	322 (67,4)	
Frequentemente	85 (26,6)	156 (32,6)	
Discussão de casos			0,26
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	189 (59,2)	264 (55,2)	
Frequentemente	130 (40,8)	214 (44,8)	
Educação em saúde			0,73
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	216 (67,7)	318 (66,5)	
Frequentemente	103 (32,3)	160 (33,5)	
Grupos de atividade física/práticas corporais			0,03
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	299 (93,7)	427 (89,3)	
Frequentemente	20 (6,3)	51 (10,7)	
Projeto Terapêutico Singular			0,77
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	307 (96,2)	458 (95,8)	
Frequentemente	12 (3,8)	20 (4,2)	
Projeto de Saúde no Território			0,76
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	263 (82,4)	390 (81,6)	
Frequentemente	56 (17,6)	88 (18,4)	
Visita domiciliar			0,09
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	96 (30,1)	118 (24,7)	
Frequentemente	223 (69,9)	360 (75,3)	

O tipo de vínculo estável foi associado com a realização frequente de consulta compartilhada ($p=0,01$) de forma conjunta com outros profissionais de saúde (Tabela 5).

Tabela 5. Utilização de ferramentas de cuidado junto a outros profissionais, segundo o vínculo de trabalho no atual estabelecimento de saúde, em municípios de pequeno porte do Paraná. 2022.

Variáveis	Vínculo estável n (%)	Vínculo temporário n (%)	p-valor
Apoio matricial			0,62
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	205 (34,9)	88 (42,1)	
Frequentemente	383 (65,1)	121 (57,9)	
Consulta compartilhada			0,01
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	396 (67,3)	160 (76,6)	
Frequentemente	192 (32,7)	49 (23,4)	
Discussão de casos			0,18
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	326 (55,4)	127 (60,8)	
Frequentemente	262 (44,6)	82 (39,2)	
Educação em saúde			0,86
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	395 (67,2)	139 (66,5)	
Frequentemente	193 (32,8)	70 (33,5)	
Grupos de atividade física/práticas corporais		0,30	
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	532 (90,5)	194 (92,8)	
Frequentemente	56 (9,5)	15 (7,2)	
Projeto Terapêutico Singular			0,80
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	565 (96,1)	200 (95,7)	
Frequentemente	23 (3,9)	09 (4,3)	
Projeto de Saúde no Território			0,71
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	480 (81,6)	173 (82,8)	
Frequentemente	108 (18,4)	36 (17,2)	
Visita domiciliar			0,48
Não realiza/Realiza poucas - algumas vezes	154 (26,2)	60 (28,7)	
Frequentemente	434 (73,8)	149 (71,3)	

Na tabela 5 foi observado que os profissionais de saúde que referiram vínculo estável apresentaram maior frequência de realização de consultas compartilhadas (32,7%) quando comparados àqueles com vínculo temporário (23,4%)

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar o uso das ferramentas de gestão do cuidado em saúde por equipe da APS de municípios paranaenses de pequeno porte. O perfil sociodemográfico retrata a feminização do serviço, jovens, com vínculo profissional estável e 10 anos ou mais de atuação. Os resultados indicam que as ferramentas utilizadas de forma conjunta mais frequentes foram visita domiciliar e apoio matricial. Quando analisadas por categorias profissionais, foi verificado que técnicas(os) de enfermagem, psicólogas (os) e cirurgiões dentistas fazem uso mais frequente do apoio matricial, enquanto para agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, enfermeiras(os) e médicas(os) foi a visita domiciliar. Técnicas(os) de saúde bucal referiram uso mais frequente da consulta compartilhada e a discussão de casos foi mais frequente para psicólogas (os) e enfermeiras(os). O maior tempo de atuação no atual estabelecimento de saúde foi associado com a realização de grupos de práticas corporais/atividades físicas (PCAF), enquanto o tipo de vínculo associou-se com a realização de consulta compartilhada.

A visita domiciliar, uma das ferramentas mais utilizadas em equipe pelos profissionais de saúde na APS dos municípios paranaenses de pequeno porte, é pautada no cuidado em domicílio, o que possibilita a oportunidade de entender o contexto de vida das pessoas, adequar e coordenar os cuidados baseando nas possibilidades reais das pessoas e seus cuidadores e familiares⁹, promovendo a equidade, a autonomia e o empoderamento dos usuários.

Segundo Cunha e Sá¹⁰ esta atividade parece ainda estar concentrada nos agentes comunitários de saúde e verifica-se dificuldade de inserção dos demais profissionais. Contudo, foi observado na presente investigação que tanto profissionais de nível técnico (agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde) quanto de nível superior (enfermeiras(os) e médicas(os)) referiram fazer uso frequente desta ferramenta em conjunto com outros profissionais de saúde. Reconhece-se as potencialidades da visita domiciliar para o planejamento das ações de saúde e a reorientação das práticas adequadas às condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os desafios de como lidar com as demandas do território num contexto inesperado e diverso¹⁰.

Já o apoio matricial, que também foi relatado como uma das ferramentas de uso frequente, em especial para técnicas(os) de enfermagem, psicólogas (os) e cirurgiões dentistas, visa o compartilhamento de saberes por meio da relação interdisciplinar¹¹, e mostra-se, apesar da necessidade de superação de problemas cotidianos do SUS, uma importante ferramenta articuladora para produzir mudanças nas relações interprofissionais¹¹. Contudo, as disparidades entre a forma de trabalho das equipes podem inviabilizar o diálogo entre as mesmas, resultando na produção do cuidado em saúde individualizada e fragmentada¹².

Conforme destaca Peduzzi e Agreli¹, constituir-se como uma equipe requer trabalho e é um processo dinâmico que envolve conhecer e aprender a atuar juntos, conhecer os papéis de cada profissão, as demandas e necessidades da população e do território, reconhecendo suas singularidades e especificidades, bem como atuar de forma compartilhada e colaborativa na definição de objetivos, planejamento e construção das ações, dentre outros.

Assim, o trabalho multi e interprofissional mostra-se relevante na APS por ter como núcleo as equipes e focar a atenção centrada no paciente¹. Portanto, a retomada das equipes multiprofissionais é estratégica para promover o cuidado integral da população, contribuindo para ampliar o escopo de práticas e a resolubilidade da APS¹³, considerando que a interprofissionalidade é uma das diretrizes da eMulti¹³. Vale ressaltar a importância da educação interprofissional na formação profissional em saúde, contribuindo para o atendimento integral e humanizado, proporcionando experiências do trabalho em equipe e troca de saberes compartilhados, entretanto, há desafios a serem superados¹⁴.

Foi verificado que o maior tempo de atuação no estabelecimento de saúde e o tipo de vínculo demonstraram ser variáveis que interferem positivamente no uso de forma conjunta com outros profissionais de algumas ferramentas de gestão do cuidado.

Profissionais com maior tempo de atuação (4 anos ou mais) no atual estabelecimento de saúde referiram utilizar de forma frequente (junto a outros profissionais) os grupos de PCAF. Entende-se que o trabalho em equipe requer arranjos relacionais e interacionais entre os profissionais, além da comunicação efetiva e frequente⁶, os quais podem ser melhorados com o maior tempo de atuação juntos, fortalecendo o vínculo da equipe. Além disso, a realização de grupos de PCAF de forma conjunta com outros profissionais (dentre aqueles com maior tempo de atuação) sinaliza um aspecto importante, que é a responsabilidade compartilhada pelos diferentes profissionais da saúde pela promoção das PCAF na APS, não sendo essa exclusiva dos profissionais de Educação Física (PEF). Vale ressaltar que somente cinco PEF participaram desse estudo, e que apesar do aumento do número destes profissionais na APS ao longo dos últimos anos, a distribuição dos mesmos ainda é desigual entre as diferentes regiões do

país¹⁵. Em 2024, aproximadamente 11.400 PEF atuam no SUS, e além das desigualdades regionais, vale considerar ainda as diferenças na contratação desse profissional nos grandes centros urbanos e em municípios de pequeno porte.

Já o vínculo estável também foi associado a maior frequência de realização de consultas compartilhadas quando comparados àqueles com vínculo temporário. Essa é uma ferramenta frequente na rotina de trabalho da equipe multiprofissional (atual e-Multi) que ao ser solicitada a apoiar, compartilha o atendimento com a equipe da Estratégia de Saúde da Família⁵. O vínculo estável favorece a manutenção do(a) trabalhador(a) na APS, oportunizando a criação de vínculo (com a equipe; com os usuários, famílias e comunidade), fortalecimento das relações de trabalho, corresponsabilidade, oportunidade de melhoria da comunicação para atuação compartilhada e colaborativa, visando a integralidade do cuidado.

Os achados do presente estudo apontam para a necessidade constante de se repensar a formação dos profissionais de saúde para que os mesmos tenham a oportunidade de vivenciarem experiências na graduação que os prepare para os contextos diversos que encontrarão na atuação em municípios de pequeno porte, além das características dos municípios em que geralmente são formados (municípios de médio e grande porte).

Além disso, uma educação permanente que seja entendida como política e não como programa de governo¹⁶, e que se preocupe também com as ferramentas de gestão que foram indicadas como pouco utilizadas pelos profissionais neste estudo, pode auxiliar na ampliação e efetividade da prática profissional, a partir de colaboração entre os diferentes profissionais no seu próprio contexto de atuação.

Como limitação, o trabalho em equipe avaliado restringiu-se à colaboração com profissionais das equipes que atuavam diretamente na assistência daquele estabelecimento de saúde, não incluindo demais serviços da Rede de Atenção à Saúde nem outros setores. A não localização de outras pesquisas com objetivo semelhante, além do número restrito de estudos conduzidos em municípios de pequeno porte, especificamente sobre essa temática, impossibilitou a comparação dos resultados. Todavia, reforça a originalidade da presente investigação.

CONCLUSÃO

Em municípios paranaenses de pequeno porte, as ferramentas de gestão do cuidado utilizadas de forma conjunta mais frequentes na APS foram a visita domiciliar e apoio matricial. Técnicas(os) de enfermagem, psicólogas (os) e cirurgiões dentistas fazem uso mais frequente do apoio matricial, enquanto para agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, enfermeiras(os) e médicas(os) foi a visita domiciliar. A consulta compartilhada foi a mais frequente para técnicas(os) de saúde bucal e a discussão de casos foi mais frequente para psicólogas (os) e enfermeiras(os). Observou-se diferença estatística significativa do uso frequente de todas as ferramentas de gestão entre as categorias profissionais. Maior tempo de atuação e vínculo estável foram associados, respectivamente, com grupos de práticas corporais/atividades físicas e consulta compartilhada, sendo ambas realizadas de forma conjunta com outros profissionais de saúde.

Sugere-se que novos estudos realizados em municípios de pequeno porte avaliem o uso de ferramentas de gestão do cuidado considerando o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional de forma ampla, bem como a rede de atenção à saúde e outros setores, além de envolver os gestores, usuários, família e comunidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS Edição 2020/2021 Fundação Araucária – PR / SESA-PR / CNPq / Decit / SCTIE / MS (Convênio nº 076/2021) pelo financiamento concedido, viabilizando o desenvolvimento do Projeto “Acesso ao tratamento multi e interprofissional e adesão ao tratamento em pessoas com DCNT em municípios de pequeno porte do estado do Paraná”.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores indicam não haver conflito de interesse

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2018;22(Supl. 2):1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.
3. Silva WRS et al. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Trab. educ. saúde (Rio de Janeiro). 2021;19, e00330161. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
6. Guimarães BEB, Branco ABC. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. Rev. Psicol. Saude (Campo Grande). 2020;12(1):143-155. <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: < <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=0&uf=41>>. Acesso em 08 dez. 2023.
8. Doring IR et al. Utilização de um parque público para atividade física: estudo prospectivo em uma cidade de pequeno porte do Sul do Brasil. Saud Pesq (Maringá). 2021;14(Supl.1):e-8334. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14Supl.1.e8334>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.

10. Cunha MS, Sá MC. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2013;17(44):61-73. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
11. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 2016;26(2):455-481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007>.
12. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Concepções, Implicações e Desafios para o Apoio Matricial. *Trab. Educ. Saúde (Rio de Janeiro)*. 2018;16(2):683-702. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00122>.
13. Bispo Júnior JP, Almeida E. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2023;39(10), e00120123. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>.
14. Marti GF et al. Collaboration of Interprofessional Education to the PET-Health program for student training. *Saud Pesq (Maringá)*. 2024;17(1):e-12113. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n1.e12113>.
15. Vieira LA et al. A Educação Física como força de trabalho do SUS: análise dos tipos de vínculos profissionais. *Trab. educ. saúde (Rio de Janeiro)*. 2023;21, e01991210. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs01991>.
16. Nicoletto SCS et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade (São Paulo)*. 2013;22:1094-1105. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>