



PROCESSO DE TRABALHO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
WORK PROCESS: PERCEPTION OF THE FAMILY HEALTH TEAM
PROCESO DE TRABAJO: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR

Josué Souza Gleriano¹, Priscila Corrêa da Luz Zaiáz², Angélica Pereira Borges³, Grasiela Cristina Lucietto⁴, Priscila Balderrama⁵, Verônica Modolo Teixeira⁶, Camila Galiano⁷, Lucieli Dias Pedreschi Chaves⁸

RESUMO









Objetivo: descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a organização do processo de trabalho na sua unidade. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido numa unidade de saúde com 11 profissionais, utilizando a técnica de grupo focal, norteada pela Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica na dimensão de organização do processo de trabalho. Submeteu-se os dados à técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** aponta-se que, na organização dos dados, emergiram duas categorias: Aspectos organizacionais e Aspectos relacionais. Enfatizam-se a importância do enfermeiro para a coordenação das ações e a necessidade de se fomentar o trabalho colaborativo para a integralidade das ações. **Conclusão:** constata-se a necessidade de se instituir, no âmbito da equipe de saúde, a reflexão rotineira sobre a organização dos processos de trabalho pautada nos atributos da atenção primária à saúde, além da prática de avaliação como ferramenta para melhorar a qualidade da atenção. **Descritores:** Organização e Administração; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços Básicos de Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the perception of a multiprofessional Family Health Strategy team about the organization of the work process in their unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, developed in a health unit with 11 professionals, using the focus group technique, guided by the Self-Assessment for Improving Access and Quality of Primary Care in the dimension of work process organization. The data was submitted to the technique of Content Analysis. **Results:** it is pointed out that, in the data organization, two categories emerged: Organizational Aspects and Relational Aspects. Emphasize the importance of nurses for the coordination of actions and the need to encourage collaborative work for the integrality of actions. **Conclusion:** there is a need to establish, within the health team, routine reflection on the organization of work processes based on the attributes of primary health care, in addition to the practice of evaluation as a tool to improve the quality of care. **Descritores:** Organization and Administration; Primary Health Care; Family Health; Patient Care Team; Basic Health Services; Health Services.

RESUMEN

Objetivo: describir la percepción de un equipo multiprofesional de Estrategia de Salud Familiar sobre la organización del proceso de trabajo en su unidad. **Método:** este es un estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado en una unidad de salud con 11 profesionales, utilizando la técnica de grupo de enfoque, guiado por la Autoevaluación para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria en la dimensión de la organización del proceso de trabajo. Los datos fueron sometidos a la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** se señala que, en la organización de datos, surgieron dos categorías: Aspectos organizacionales y Aspectos relacionales. Se enfatiza la importancia de las enfermeras para la coordinación de las acciones y la necesidad de fomentar el trabajo colaborativo para la integralidad de las acciones. **Conclusión:** es necesario establecer, dentro del equipo de salud, una reflexión rutinaria sobre la organización de los procesos de trabajo basados en los atributos de la atención primaria de salud, además de la práctica de la evaluación como una herramienta para mejorar la calidad de la atención. **Descritores:** Organización y Administración; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Grupo de Atención al Paciente; Servicios Básicos de Salud; Servicios de Salud.

^{1,2,3,4}Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Tangará da Serra (MT), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4945>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7457-0792>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6707-6718>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6097-2600> ⁵Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/UFMS. Três Lagoas (MS), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1979-611X> ^{6,8}Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9758-816X>  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815> ⁷Secretaria Municipal de Saúde de Sertãozinho. Ribeirão Preto (SP), Brasil.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6729-9401>

Como citar este artigo

Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Teixeira VM, et al. Processo de trabalho: percepção da equipe de saúde da família. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e240566 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240566>

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << Avaliação do Processo de Trabalho a partir da atenção integral >>. Universidade do Estado de Mato Grosso. 2016.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma referência, no cenário mundial, para reduzir iniquidades em saúde, além de ser considerada uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e a resolutividade dos serviços de saúde. Sabe-se que o avanço da APS nos últimos anos tem evidenciado esse nível de atenção como uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Pontua-se que, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido o modelo de atenção adotado na APS cujos pilares se compõem pela atenção integral à saúde, a vinculação das equipes multiprofissionais à população de um determinado território, a porta de entrada preferencial para o sistema, além da responsabilidade pela coordenação das redes de atenção à saúde,² portanto, é uma estratégia que tem a potência para reorientar o modelo de atenção.

Avalia-se que, nesse contexto, a organização do processo de trabalho na APS é fundamental, incluindo um conjunto de ações coordenadas cujos saberes e estratégias empregados pelos profissionais se tornam instrumentos para viabilizar a atenção em saúde.³

Destaca-se que o trabalho em saúde desenvolvido de forma coletiva, prerrogativo na implantação da ESF por meio da adoção de equipes multiprofissionais, no entanto, persiste por um trabalho permeado por ações fragmentadas. Faz-se necessário um olhar específico para a organização do processo de trabalho, uma vez que as mudanças no perfil epidemiológico, com o predomínio das doenças crônicas que requerem um acompanhamento longitudinal, além da necessidade de abordagem integral, exigem uma abordagem própria da prática multiprofissional e do trabalho em equipe.

Compreende-se, uma vez que os profissionais que operam o trabalho em saúde são imprescindíveis para viabilizar novos modelos de atenção,³ que a implementação de mecanismos que avaliem as condições para o desenvolvimento do processo de trabalho é fundamental para compreender o trabalho em saúde.

Aponta-se que, desde 2004, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da APS, entretanto, incorporar e ampliar ações de avaliação à gestão é um desafio. Orienta-se, desde 2011, a implantação de processos avaliativos sistemáticos por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015, pela Portaria nº 1.645, do GM/MS. Objetiva-se, pelo referido programa, melhorar a qualidade dos serviços em saúde por meio de incentivos

financeiros às equipes de saúde da família que pactuem metas de qualidade,⁴ incluindo mudanças no processo de trabalho.

Justifica-se, assim, esta investigação, pela relevância dos profissionais para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, do conhecimento das especificidades das características sociodemográficas e profissionais, das reflexões sobre as potências e fragilidades do trabalho que podem contribuir para a avaliação na ESF, bem como pela possibilidade de usar a avaliação como instrumento de gestão.

OBJETIVO

- Descrever a percepção de uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família sobre a organização do processo de trabalho na sua unidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, desenvolvida em um município localizado no sudoeste do Estado de Mato Grosso que, no ano de 2016, acelerou exponencialmente o processo de expansão da atenção básica, chegando a 100% de cobertura.

Realizou-se, para a seleção do serviço participante, o mapeamento das unidades de saúde distribuídas em regiões geográficas no município. Aplicaram-se, posteriormente, os seguintes critérios em relação a essas unidades: estar cadastrada no PMAQ; possuir equipe multiprofissional completa e estar localizada em extremos do município, com limitações geográficas de acesso. Registra-se que três unidades atenderam aos critérios propostos, tendo sido visitadas para a apresentação do projeto e o convite para participação na pesquisa, sendo que a equipe de uma unidade aceitou participar da pesquisa.

Observa-se que os participantes foram todos os profissionais da equipe multiprofissional que aceitaram participar (enfermeiro, médico, técnicos de Enfermagem, recepcionista, agentes comunitários de saúde, odontólogo e técnico de higiene bucal), somando 11 profissionais.

Criou-se, com o aceite dos participantes, uma agenda com possíveis datas para encontros que foi disponibilizada para a equipe, o que permitiu a escolha consensual da data, estratégia utilizada para se favorecer a participação do maior número possível de profissionais de modo a captar os olhares e observações de todos os atores envolvidos no processo de trabalho.

Coletaram-se os dados pelos pesquisadores em setembro de 2016, utilizando a técnica de grupo focal⁵, realizada com a presença de um moderador e dois observadores.

Guiou-se o grupo focal por um roteiro embasado no instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).⁶

Utilizou-se, embora o instrumento contemple diferentes dimensões, para este estudo, a dimensão relativa à Organização do Processo de Trabalho, que se adequa ao objetivo do estudo. Avaliam-se os itens do instrumento por uma escala de nota, sendo que a pontuação zero indica o não cumprimento do padrão e a pontuação dez, a total adequação. Acrescenta-se que os intervalos entre zero e dez são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada. Descreve-se que os participantes pontuavam de acordo com o valor que considerassem adequado à realidade vivenciada no tocante a cada questão do instrumento e, a cada pontuação, foi solicitada a justificativa do valor atribuído; em seguida, problematizava-se em grupo com o padrão que a questão indicava como parâmetro de avaliação.

Disponibilizou-se o instrumento em cópia impressa para cada participante e projetou-se, também, em um aparelho multimídia. Construiu-se um banner com a pontuação das questões norteadoras para ser consultado em caso de necessidade.

Salienta-se que o encontro foi audiogravado e teve a duração de duas horas e trinta minutos. Submeteu-se o material transcrito, na íntegra, à leitura exploratória para a apropriação da totalidade do conteúdo e, posteriormente, realizou-se a leitura exaustiva para se apreender, em profundidade, o teor do material. Utilizou-se, na análise e interpretação, a vertente representacional temática de Bardin,⁷ alicerçada nas fases de pré-análise, análise e exploração, tendo emergido do material empírico duas categorias: Aspectos organizacionais e Aspectos relacionais.

- Sucessivas redefinições da área de abrangência/território;
- Alta rotatividade de profissionais;
- Comunicação limitada na equipe;
- Frágil articulação com os serviços de contrarreferência;
- Não há avaliação das ações realizadas na unidade.

Figura 1 - Justificativas citadas por profissionais de saúde que interferem na organização do processo de trabalho em unidades de saúde da família. Tangará da Serra (MT), Brasil, (2016).

Evidenciaram-se, a partir da sistematização e análise do conteúdo das falas do grupo focal, duas categorias empíricas: Aspectos organizacionais e Aspectos relacionais.

◆ Aspectos Organizacionais

A categoria aspectos organizacionais diz respeito à estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado incluindo as ações

Respeitaram-se todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, com apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNEMAT sob o nº CAEE: 51340215.0.00005166

RESULTADOS

Elencam-se as características mais frequentes de perfil socioeconômico dos participantes: idade acima de 40 anos (33,3%); sexo feminino (55,5%); cor branca (66,6%); casados (55,5%); com filhos (55,5%); com vínculo de trabalho em regime estatutário (55,5%) e atuação como agentes comunitários de saúde (ACS) (55,5%). Destaca-se que essa equipe multiprofissional contava com a participação de um médico do Programa Mais Médicos (PMM).

Registrou-se o predomínio das seguintes características do perfil profissional: ingresso na unidade no ano de 2015 (77,7%); com treinamento admissional recebido (77,75%); com nível de satisfação regular com o salário (66,6%); com bom grau de satisfação relativo ao vínculo empregatício (77,7%) e, também, bom grau de satisfação sobre a carga horária semanal de trabalho de 40 horas (88,8%). Referiu-se que há uma relação adequada entre as consultas agendadas e espontâneas (55,5%). Salienta-se que, em relação à experiência profissional prévia (77,7%), qualificação profissional (88,8%) e pelo alcance de metas (100%), os participantes nunca receberam bonificação financeira.

Constatou-se, considerando a pontuação emitida na autoavaliação dos profissionais nos itens relativos à Organização do Processo de Trabalho da AMAQ, que a dimensão analisada é insatisfatória em relação à qualidade desejada. Apresentaram-se justificativas que se encontram sintetizadas na figura 1:

de planejamento a partir do território, as demandas de usuários em nível primário de atenção, as ações integradas e horizontalizadas com os serviços na linha de cuidado, bem como sua avaliação na coordenação na rede de atenção.⁹

Percebe-se que a territorialização, fator intimamente ligado à organização do processo de

Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, et al.

trabalho na ESF, se encontrou fragilizada. Verifica-se que a delimitação do espaço ainda passa por constantes mudanças, situação perceptível nas falas.

A gente trabalha com as microáreas definidas, só que o processo de territorialização passou por algumas mudanças, é; algumas não, várias. (ACS 4)

Se tivesse realmente um território específico se faria tudo isso, estaria 100%, porque você conhece a sua população, trabalha nela, modifica hábitos, estilo de vida, ajuda, atende, continua, dá seguimento a todos os pacientes, seja doente ou não. (Enfermeiro)

O problema maior é a territorialização, sempre muda e a gente precisa recadastrar. (ACS 3)

Observa-se que os profissionais expressam uma significativa necessidade de revisão do sistema de referência e contrarreferência, como exemplificam as falas a seguir.

[...] porque a gente não sabe quando foi liberado, se foi liberado. A contrarreferência não existe. (Enfermeiro)

Esse negócio de exame especializado, o paciente vai e nunca volta. Aqui não tem essa sequência. (Médico)

A gente encaminha, mas não tem resposta. (Médico)

[...] se encaminhar, não tem acompanhamento. (Odontólogo)

Compreende-se que outro ponto de destaque foi a ausência de uma cultura avaliativa, como referem os profissionais.

A gente não monitora nada e nem avalia. A gente fez a campanha do HPV, a gente avaliou os resultados? Não. Eles podem avaliar lá na prefeitura, pegar nossos dados e avaliar. A gente, mesmo, não faz isso. (ACS 3)

Não é todo mundo que senta e faz o planejamento e depois avalia. (Odontólogo)

Evidencia-se, nas falas, que se deve investir na sensibilização da equipe para que a avaliação dos resultados alcançados seja utilizada como uma das forças de reflexão para a elaboração do planejamento.

◆ Aspectos Relacionais

Essa categoria refere-se à integração da equipe de saúde na lógica da organização do processo de trabalho, em suas práticas, os diferentes espaços de comunicação interna que coabitam a funcionalidade dos serviços na APS.

Constata-se que a rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade, conforme referido pelos participantes.

Para população pegar um vínculo com a enfermeira, pra mulher vir aqui e fazer um preventivo ou qualquer que seja outra ação, é uns seis meses, oito meses pra pegar um vínculo. (ACS 2)

Processo de trabalho: percepção da equipe...

Daí, quando pega esse vínculo, acaba trocando o profissional. (ACS 4)

Tem a questão da enfermeira também. Em um ano e pouco, já passou quatro enfermeiras. Daí, não tem como começar uma ação e terminar. (Médico)

Tivemos muito problema porque não tivemos enfermeira estável. Em um ano, tivemos muitas enfermeiras. (Odontólogo)

Evidencia-se que o espaço das reuniões se refere ao ato de transmitir informações operacionais, sendo essas realizadas somente quando há uma orientação a ser direcionada às ações inerentes às funções dos profissionais.

Tem reunião, mas a gente não pode opinar. A reunião é pra falar: tal dia, a gente vai fazer tal coisa, em tal lugar e em tal hora. (ACS 1)

Quando é feito a reunião com a equipe, a gente não discute nenhum caso [...]. (Médico)

As reuniões são feitas e vêm de cima pra baixo. E é, em média, de 40 minuto só. (ACS 4)

As falas evidenciam que o espaço das reuniões refere-se ao ato transmitir informações operacionais, sendo essas realizadas somente quando há uma orientação a ser direcionada a ações inerentes às funções dos profissionais.

DISCUSSÃO

Nota-se quanto aos aspectos organizacionais que a equipe de saúde da ESF atua em um território, que agrega aspectos espaciais, epidemiológicos e de contexto, para além do aspecto quantitativo de usuários. As frequentes redefinições dos territórios, solo e processo, sinaliza possível ruptura nos princípios e atributos da APS que pode desorientar as ações de construção de vínculo e longitudinalidade do cuidado.

Considera-se que a equipe de saúde da ESF atua em um território considerado local de interação entre as pessoas e os serviços de saúde, caracterizado por uma população específica, com problemas de saúde definidos, com condicionantes e determinantes de saúde e que deve ser utilizado para o planejamento em saúde orientado pelo contexto de vida da população no território.⁸

Torna-se importante, para o processo de trabalho dessa equipe, compreender na análise do território o grau de efetividade, determinado pela intervenção capaz de produzir benefícios aos usuários e na APS, referindo-se à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas,⁹ e à resolutividade, para a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica norteadas pelos atributos do acesso, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação.¹⁰

Articulam-se os dois conceitos apresentados e soma-se à potência da comunicação da APS com as

redes de atenção à saúde como essencial para favorecer a longitudinalidade do cuidado.

Percebe-se, em nível nacional, que a ESF tem vivenciado problemas relativos à estrutura física dos serviços, à escassez de recursos e à insuficiência de profissionais.¹¹ Os achados dessa pesquisa apontou para fragilidade na articulação entre os pontos de atenção da rede, evidenciados pela inadequação do planejamento e a definição de fluxos, bem como pela fragmentação do sistema de referência e contrarreferência, que manifesta-se em outras diferentes regiões brasileiras.¹²

Considera-se que o sistema de referência e contrarreferência é importante não apenas para operacionalizar o cuidado, mas também para disponibilizar o recurso assistencial mais adequado. Além disso, considerando a possibilidade de vínculo, de definição de território, equipe de referência, a proximidade da APS, o uso desse sistema como recurso, também de comunicação, pode qualificar o cuidado. Entende-se que o usuário pode ser referenciado para um serviço especializado, mas ainda assim pertence ao território, a APS continua sendo o serviço de saúde de maior proximidade.

Destaca-se que, após quase trinta anos de SUS, a atenção especializada é um gargalo movido por dois extremos de organização desse sistema o alto custo e a APS¹³ que se somam para uma emergente necessidade de integração dos serviços de saúde e requer efetiva existência do sistema de referência e contrarreferência, entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de densidade tecnológica dos serviços.¹⁴

Compreende-se que a organização da comunicação da APS com as redes de atenção à saúde é essencial para potencializar a longitudinalidade do cuidado e o modelo proposto na ESF facilita, aos profissionais, o acompanhamento de diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e uma relação de mutualidade em que esse coletivo (re) conhece a equipe de saúde.

Depreende-se que acreditar na possibilidade da incorporação da avaliação nos serviços de saúde decorre da compreensão da avaliação a partir da vivência do ator que é avaliado, o que contribui para a dimensão estratégica da gestão por direcionar possíveis canais de informação na produção de um processo sistemático e sistematizado à luz da realidade local, ao se aproximar o campo da decisão aos atores que compõem a organização dos serviços de saúde.¹⁵

Entende-se, pensando na oportunidade de se refletir a avaliação orientada pelo princípio da integralidade, necessariamente, que precisarão ser apresentadas a essa equipe ferramentas para o trabalho que fortaleçam o olhar para a

interdisciplinaridade que se orientam, por meio do fortalecimento das ações de serviços de saúde na perspectiva da avaliação do processo de trabalho, possibilidades de melhoria contínua, consolidando a integração entre os profissionais da equipe.

Reconhece-se a avaliação em saúde, nesse campo de olhar para o processo de trabalho, como um importante componente da gestão que pode contribuir para a tomada de decisão e direcionar as intervenções e práticas dentro de um contexto político, econômico, social, cultural e profissional.¹⁶

Sabe-se que, no SUS, inúmeros sistemas de informação de abrangência nacional podem fomentar a análise da situação de saúde e subsidiar melhores decisões para políticas, planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas.¹⁷

Encontram-se, nesse sentido, em tese, subsídios estruturais para a implementação do monitoramento e da avaliação que poderiam ser incorporados ao processo de trabalho da equipe em questão.

Integra-se aos aspectos organizacionais, aqueles que dizem respeito à dimensão relacional que englobam estratégias para se favorecer a continuidade das ações de saúde é o fortalecimento das relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita,¹⁸ como ações inerentes ao processo de trabalho, fato que, embora tenha um forte componente relacional, não é desconectado do aspecto organizacional do território. Na perspectiva da longitudinalidade o modelo proposto na ESF facilita os profissionais o acompanhamento de diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, em uma relação de mutualidade que esse coletivo, (re)conhece a equipe de saúde

Torna-se, por isso, importante que o coordenador da ESF reflita, com os profissionais da equipe, sobre o conceito de equipe em saúde, que se pode relacionar ao simples agrupamento de agentes, caracterizando uma atenção fragmentada, ou, ainda, a integração dos trabalhos, caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

Destaca-se compreender o sentido da reunião semanal para os participantes, pois esse espaço pode ser oportunidade de contínua reflexão do processo de trabalho, do atingimento das metas estabelecidas, da construção coletiva dos projetos terapêuticos e da discussão de viabilidade de execução, a partir do olhar de diferentes profissionais, além de tornar-se, intuitivamente, um contexto de educação permanente da equipe.

Defende-se que trabalhar colaborativamente em equipes comprometidas com o cuidado à saúde requer profissionais preparados, e essa forma de

trabalho deve fazer parte do exercício cotidiano no qual os agentes operam a articulação das intervenções e a prática dialógica contribui para a superação de relações hierarquizadas e desperta as potencialidades dos atores, que, muitas vezes, não se manifestam na rotina individual do trabalho, representando uma possibilidade de contraposição à superespecialização profissional.¹⁹

Define-se a prática interprofissional colaborativa como uma possibilidade da organização do cuidado em saúde, por meio da atenção centrada no paciente, a partir da interação entre dois ou mais profissionais.²⁰

Considera-se, assim, que a efetivação do trabalho em equipe de modo colaborativo é fundamental para a qualidade da atenção à saúde e para a satisfação do paciente e profissionais.²¹

Pode-se apontar, em relação às dificuldades que permeiam a comunicação, a diversidade na formação de profissionais, que privilegia o conhecimento científico, bem como as diferenças sociais decorrentes da ampla gama de atores sociais nos serviços de saúde; assim, é necessário instrumentalizar os trabalhadores de saúde, desde a graduação, com saberes que proporcionem o exercício de práticas comunicativas dialógicas.²²

Aponta-se que uma estratégia para se melhorar a comunicação é a realização periódica de reuniões de equipe, para se discutir aspectos objetivos e quantitativos do trabalho, além de ser uma oportunidade para os profissionais trocarem experiências e expectativas, podendo, assim, melhorar a convivência e o processo de trabalho.²³

Verifica-se que, para a Organização Mundial de Saúde,²⁴ a educação e a formação contínua dos profissionais de saúde são muito importantes, uma vez que a força de trabalho em saúde é um pilar para o fortalecimento dos serviços de saúde²⁵ e a organização do processo de trabalho é essencial para a condução de práticas mais seguras e de articulação da equipe multiprofissional.

Destaca-se, pela equipe, a importância da presença do enfermeiro, que é essencial para o planejamento de ações e a articulação de equipe, além de desempenhar a função de coordenador da ESF, porém, pelas condições encontradas do modelo de atenção proposto na gestão municipal, com vínculo temporário, há maior rotatividade, situação que desarticula a organização do processo de trabalho. Sabe-se que a flexibilidade contratual no mercado de trabalho brasileiro levou à admissão de pessoal com vínculos inseguros para o profissional, agravando, portanto, a precarização do trabalho em saúde, com a instabilidade no emprego e o arrefecimento dos salários.²⁶

Compreende-se que a fixação de profissionais pode auxiliar na maior realização de ações preventivas, melhorando a utilização dos serviços de saúde pela população que respeita os alcances e os limites das equipes de saúde, além de se

diminuir a proporção de hospitalizações, aumentar a capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas e favorecer a integralidade do cuidado e a coordenação das ações, ou seja, resulta em serviços com maior satisfação dos usuários.²⁷

Verifica-se que mesmo com aumento quantitativo de profissionais é necessário que a gestão da atenção à saúde favoreça ações de educação permanente e condições necessárias para qualificar a atenção. As estratégias de qualificação da prática assistencial de equipes interdisciplinares de saúde aumentam suas chances de êxito se configuradas a partir de uma comunicação efetiva entre membros da equipe.

CONCLUSÃO

Constatou-se, por este estudo, a necessidade de se instituir, no âmbito da equipe de saúde, uma reflexão rotineira sobre a organização do processo de trabalho. Avalia-se que o uso da avaliação do processo pode auxiliar na adoção de estratégias criteriosas e organizadas que elenquem as possibilidades de enfrentamento aos desafios apresentados na unidade pesquisada.

Percebeu-se a necessidade de a gestão local participar das ações para qualificar a assistência, fortalecer e redirecionar a organização do processo de trabalho, entendendo-se como uma possibilidade de incrementar a atuação do gerente de unidade, que tem acumulado, na prática do enfermeiro, a dupla função de gerente e assistente.

Inferem-se a necessidade do apoio da coordenação da atenção primária na utilização instrumental da AMAQ e o incentivo do uso de avaliação como recurso para subsidiar as reuniões de planejamento. Considera-se importante a reflexão desses participantes, o que já pode ter sinalizado possíveis estratégias de mudanças, além de um diálogo mais concreto das suas responsabilizações na organização do processo de trabalho. Dado o cenário de poucos estudos nessa perspectiva, no Estado de Mato Grosso, estes dados podem direcionar subsídios para o planejamento local e a reflexão sobre a necessidade de estudos nessa área.

Pode-se apontar, como limitação deste estudo, a verificação *in loco* de apenas uma unidade, o que pode não refletir, mesmo com critérios definidos de seleção, a realidade do serviço de saúde, considerando as especificidades locais. Faz-se necessária, nesse sentido, a realização de estudos que mensurem, com maior precisão, a qualidade prevista pelo PMAQ nessas unidades e um olhar sobre o uso de parâmetros nacionais e regionais que avaliem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, Minosso KC. Effectiveness of the Family Health Strategy in units with, and without, the Mais Médicos (More Doctors) Program in a municipality in the west of Paraná state, Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 Sept; 21(9):2849-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>
2. Sumar N, Fausto MCR. Primary Health Care: the construction of an expanded concept. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 05];5(2):202-12. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217/220>
3. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. Work process in Primary Health Care: evaluation of management. *Saúde Debate.* 2016 July/Sept;40(110):64-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611005>
4. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 Sept 06]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
5. Cotrin BC. Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 1996 June;30(3):285-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Apr 6]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf
7. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Santos AL, Rigotto RM. Territory And Territorialization: Incorporating The Production, Labor, Environment, And Health Relations In Primary Health Care. *Trab educ saúde.* 2010 Nov; 8(3):387-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
9. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Evaluation Of Performance Of Health Systems: a model for analysis. *Ciênc Saúde Colet.* 2012 Apr;17(4):921-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>
10. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, *et al.* Resolubility in oral health for primary care as an instrument for the evaluation of health systems. *Ciênc Saúde Colet.* 2014 Feb;19(2):383-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>
11. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, Carvalho DR. Evaluation of Primary Health Care: validation of an instrument to analyze the performance of services. *Saúde debate.* 2017 Apr/June;41(113):471-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711310>
12. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde debate.* 2014 Oct; 38(Spe):209-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>
13. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: how to fill a void. *Ciênc Saúde Colet.* 2017 Mar;22(3):941-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
14. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2018 Mar 9]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
15. Gleriano JS, Lucietto GC, Reis JB, Teixeira VM, Chaves LDP. The Perception Of The Family Health Strategy Nurses On The Evaluation Concept And Practic. *CuidArte Enferm* [Internet]. 2017 July/Dec [cited 2018 Sept 07];11(2):248-56. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32953&indexSearch=ID>
16. Chaves LDP, Ferreira JBB, Camelo SHH, Balderrama P, Tanaka OY. Reflections on Information Systems in Health, Evaluative Search and Nursing. *Enferm glob* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Apr 5];13(34):303-12. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_ensayo1.pdf
17. Machado FCA, Souza GCA, Noro LRA Indicators for teenager's oral health's surveillance. *Ciênc Saúde Colet.* 2018 Jan;23(1):187-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.20842015>
18. Arce VAR, Sousa MF. Practices of longitudinality in the Family Health Strategy in Distrito Federal, Brazil. *Cad Saúde Colet.* 2014 Jan/Mar; 22(1):62-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010010>

19. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev esc enferm USP*. 2015 Dec;49(Spe 2):16-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
20. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface Comum Saúde Educ*. 2016 Oct/Dec;20(59):905-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
21. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014 Sept;28(5):393-9. DOI: [10.3109/13561820.2014.90639](http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.90639)
22. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Communication in health practices: integrative literature review. *Saúde soc [Internet]*. 2014 [cited 2018 Apr 9];23(4):1356-69. Available From: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n4/1356-1369/pt>
23. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018 Aug;22(4):e20170372. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
24. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018 Sept 12]. Available from: http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_EduGuidelines_20131202_web.pdf
25. Zodpey S, Sharma A. Advancing reforms agenda for health professionals' education through transformative learning. *Indian J Public Health*. 2014 Oct/Dec; 58(4):219-23. DOI: [10.4103/0019-557X.146274](http://dx.doi.org/10.4103/0019-557X.146274)
26. Magnago C, Pierantoni CR. Difficulties and confronting strategies regarding the work management in the Family Health Strategy, in the perspective of local managers: the experience of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ). *Saúde debate*. 2015 Jan/Mar;39(104):9-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
27. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Assessment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users. *Saúde debate*. 2014 Oct;38(spe):252-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>

Submissão: 11/04/2019

Aceito: 10/06/2019

Publicado: 05/08/2019

Correspondência

Josué Souza Gleriano

E-mail: josuegleriano@unemat.br



Esta obra é licenciada sob Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) sendo permitida a reprodução parcial ou total desde que mencionada a fonte.