

Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios

Organization of the work process for comprehensive care: strengths and challenges

Organización del proceso de trabajo para atención integral: potenciales y desafíos

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a influência da organização do processo de trabalho de equipes de saúde da família na atenção integral à saúde da população. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, em dez unidades. Participaram 78 profissionais. Utilizou-se técnica de grupo focal guiada pelo roteiro Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Resultados:** Da análise agruparam-se categorias: Potencialidades na coordenação do cuidado nas unidades de saúde da família e Desafios para uma abordagem integral nas unidades de saúde da família. O pouco tempo de atuação, a rotatividade e o baixo investimento na formação complementar na área da atenção primária podem corroborar para os achados. **Conclusão:** Reforça a importância do investimento em recursos humanos, nesta área, capazes de conduzir o processo de trabalho para efetivar melhores práticas de atenção à abordagem integral.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Demandas Administrativas em Assistência à Saúde; Gestão em Saúde; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize the influence of family health team organization of the work process on the comprehensive health care for the population. **Method:** Descriptive research, qualitative, in ten units. 78 professionals participated. Target group technique guided by the Self-Assessment guide for Improving Access and Quality of Primary Care. **Results:** From the analysis, categories were grouped: Strengths in the coordination of care in family health units and Challenges for a comprehensive approach in family health units. The short time of work, the turnover and the low investment in complementary training in the area of primary care can corroborate the findings. **Conclusion:** It reinforces the importance of investing in human resources, capable of conducting the work process in order to implement better practices of attention to the comprehensive.

Requirements, Healthcare; Health Management; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la influencia de la organización del proceso de trabajo de los equipos de salud de la familia en la atención integral a la salud de la población. **Método:** Investigación descriptiva, cualitativa, en diez unidades. Participaron 78 profesionales. Técnica de grupo focal, conducida por Autoevaluación para la Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria. **Resultados:** Del análisis se agruparon las categorías: Potencialidades en la coordinación de la atención en las unidades de salud de la familia y Desafíos para un abordaje integral en las unidades de salud de la familia. El breve tiempo de trabajo, la rotación y la baja inversión en formación complementaria en el área de atención primaria pueden confirmar los hallazgos. **Conclusión:** Refuerza la importancia de invertir en recursos humanos capaces de liderar el proceso de trabajo para llevar a cabo las mejores prácticas de atención al enfoque integral.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Reclamos Administrativos en el Cuidado de la Salud; Gestión en Salud; Atención Integral de Salud.

Josué Souza Gleriano¹

 [0000-0001-5881-4945](https://orcid.org/0000-0001-5881-4945)

Gisele Caroline Richi Fabro²

 [0000-0002-2215-5666](https://orcid.org/0000-0002-2215-5666)

Laura Andrian Leal²

 [0000-0002-8563-8980](https://orcid.org/0000-0002-8563-8980)

Wanderson Borges Tomaz²

 [0000-0001-7426-3127](https://orcid.org/0000-0001-7426-3127)

Silvia Helena Henriques²

 [0000-0003-2846-1573](https://orcid.org/0000-0003-2846-1573)

Lucieli Dias Pedreschi Chaves²

 [0000-0002-8730-2815](https://orcid.org/0000-0002-8730-2815)

¹ Universidade do Estado de Mato Grosso.

² Universidade de São Paulo.

Autor correspondente:

Josué Souza Gleriano

E-mail: josuegleriano@unemat.br

Como citar este artigo:

Gleriano JS, Fabro GCR, Leal LA, et al. Organização do Processo de trabalho para atenção integral: Potencialidades, fragilidades e desafios. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2021;11:e4092. [Access_____]; Available in:_____.DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4092>

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de serviços de saúde, por meio da Atenção Primária em Saúde (APS) tem fortalecido o enfrentamento das iniquidades em saúde e a APS é central na organização do acesso e da atenção. Entretanto, em razão da expansão do acesso, à gestão em saúde requer organização da estrutura e financiamento, investimento na gestão de pessoas e estímulo à formação para a atuação multidisciplinar; produção e divulgação de conhecimentos que incorporem tecnologias para o cuidado e a regulação/coordenação de serviços tornando a APS mediadora do sistema de saúde⁽¹⁾.

A organização do processo de trabalho é fundamental para o alcance do conjunto de ações coordenadas pela APS, para viabilizar a atenção integral, além de avançar na gestão do cuidado para o ordenamento da rede de atenção à saúde⁽²⁾.

Para avaliar ações previstas na APS foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que estruturado em dimensões, permite expressar fortalezas e fragilidades na atuação das equipes, além da capacidade de expansão do modelo de atenção⁽³⁾. No local de realização desse estudo constatou-se pouca familiarização no uso dos padrões do PMAQ para avaliar o processo de trabalho e a atenção integral, além da necessidade de instituir no cotidiano da equipe reflexão sobre as ações profissionais⁽⁴⁻⁵⁾. Nesse sentido, questiona-se: Como se dá a organização do trabalho de equipes de saúde da família no que tange à atenção integral à saúde das pessoas? Existem limitações para o trabalho destes profissionais?

Deste modo, considerando a relevância dos achados, justificou-se ampliar a investigação acerca da percepção dos profissionais das equipes de saúde da família sobre o desenvolvimento do seu processo de trabalho em saúde. Os resultados contribuem tanto para profissionais e gestores que atuam em contextos semelhantes quanto para centros formadores de novos profissionais, para atuar no contexto da APS, em especial na estratégia de saúde da família.

Assim, objetivou-se caracterizar a influência da organização do processo de trabalho de equipes de saúde da família na atenção integral à saúde da população.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em município do sudoeste do estado de Mato Grosso que, após provisão emergencial de médicos pelo PMM, demandou da gestão local à (re)organização dos serviços de saúde, revisão do quadro de pessoal com incremento quantitativo e fixação de médicos e, conseqüentemente, de outros profissionais, além da primeira adesão à avaliação do PMAQ, em seu 3º Ciclo⁽⁴⁾.

Para compor o estudo, foram convidadas dez unidades de saúde da família. Justifica-se essa seleção por conveniência, por tratar-se das primeiras unidades do município cadastradas para avaliação no PMAQ. Foi criada uma agenda, com o aceite dos participantes, com possíveis datas para encontros que foi disponibilizada para a equipe. A proposta resultou na possibilidade de uma escolha consensual da data para favorecer a participação do maior quantitativo possível de profissionais. Participaram 78 participantes que atenderam ao critério de inclusão de estarem vinculados por, pelo menos, seis meses na unidade, não estarem em licença prêmio ou de saúde e que aceitaram participar no dia da reunião agendada com a equipe.

Os dados foram coletados, no segundo semestre de 2017, por meio da técnica de grupo focal⁽⁶⁾ e contou com presença de um moderador e dois observadores. Aplicou-se um roteiro, construído pelos pesquisadores, a fim de conhecer o perfil socioeconômico e profissional dos participantes e, posteriormente, guiou-se o grupo com o roteiro da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), dimensões da organização do processo de trabalho e atenção integral do PMAQ⁽⁷⁾. Para facilitar o acompanhamento, foi disponibilizada uma cópia impressa do instrumento para cada participante e também projetado em aparelho multimídia. Na leitura das questões das dimensões, após avaliarem a ação, foi solicitada justificativa considerando a realidade vivenciada.

Foram dez encontros, audiogravados com média de duração de quatro horas. O material foi transcrito, sendo sua identificação feita com o nome da profissão seguida do numeral arábico, de acordo com a ordem cronológica crescente da realização dos grupos e de cada participante, de modo a preservar o anonimato.

Para interpretação dos dados, optou-se pela utilização da análise temática, método que identifica, analisa e relata os padrões (temas)

dentro dos dados; organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes que, por meio da sua liberdade teórica, a mesma proporciona uma ferramenta de pesquisa útil e flexível que pode, potencialmente, fornecer um relato rico, detalhado e complexo⁽⁸⁾. Nesse sentido, o corpus da análise foi relacionado a duas categorias: Potencialidades na coordenação do cuidado nas unidades de saúde da família e Desafios para uma abordagem integral nas unidades de saúde da família.

Respeitaram-se os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº CAEE: 51340215.0.00005166.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 78 membros das equipes, sendo 10 (12,8%) de enfermeiros, 10 (12,8 %) médicos, 07 (8,9%) são cirurgiões-dentistas, 10 (12,8%) técnicos de enfermagem, 07 (8,9%) técnicos de higiene bucal, 24 (30,7%) ACS e 10 (12,8%) recepcionistas. Os enfermeiros assumem a coordenação da equipe de APS. Quanto ao tempo de atuação na equipe 52 (66,6%) informaram ter menos de um ano e 10 (12,8%), até dois anos, indicando rotatividade importante em serviço, que pode decorrer de condições salariais e/ou de trabalho.

Dos profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, 15 (55%) declararam ter concluído ou estar cursando pós-graduação. Somente 1 (10%) dos médicos e 3 (30%) dos enfermeiros declararam estar cursando ou ter especialização na área da APS. Ainda, 63 (80,7%) dos membros das equipes afirmaram participar de momentos de ações de capacitação ofertadas pela gestão municipal.

Potencialidades na coordenação do cuidado nas unidades de saúde da família

Há ampla gama de definições para a coordenação do cuidado que articulam elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos⁽⁹⁾.

Na percepção dos participantes, ações em território definido e as agendas de atendimento, tanto individuais quanto coletivas, são consideradas importantes facilitadores para o cuidado interprofissional e para a organização do processo de trabalho como é possível se identificar a seguir: "(...) Atuar com um grupo específico, que se vai conhecendo aos poucos, fica mais fácil para planejar e saber o que fazer"^(Médico 3); "(...) O território é importante para conhecer as condições e vulnerabilidades dos usuários, constantemente um estagiário ajuda a atualizar o mapa vivo"^(Enfermeiro 8); "(...) Trabalhamos com agenda, por grupos e por necessidade que vem da demanda, o médico e eu compartilhamos trabalho no que é possível e aos poucos vamos tentando conversar com os ACS para ver se a necessidade de ir visitar alguém"^(Enfermeiro 10).

Atuação da equipe interprofissional, no território, favorece espaços de cidadania e compartilha com os usuários o objetivo do trabalho, permitindo delinear propostas de promoção e prevenção, considerando características epidemiológicas, demográficas, socioeconômica e cultural para apoiar planejamento local⁽¹⁰⁾.

Para os participantes, o atendimento à população, acolhimento à demanda espontânea, realização de primeiros atendimentos às urgências e visitas domiciliares de maneira sistemática, permanente e oportuna, auxiliam no estabelecimento de vínculo, em ações educativas, coordenação do cuidado e no registro da produção do serviço, no sistema de informação, como é possível perceber nas falas a seguir: "(...) Na recepção, a gente sempre orienta a agenda da unidade, mas tem casos que é bom comunicar à enfermeira e encaixar, evita problemas"^(Recepcionista 8); "(...) A população gosta de ir na UPA, temos conversado com ACS para instruir sobre o nosso papel, na tentativa de regular e criar maior vínculo"^(Enfermeira 9); "(...) Tenho um caderninho de visitas, registro demandas, coloco lembretes, assim fica mais fácil conversar com ACS responsável"^(Enfermeiro 2); "(...) Temos usado o sistema de informação para acompanhar e monitorar alguns grupos específicos. O médico e eu tiramos, todos os meses, relatório, normalmente eu faço um compilado e conversamos"^(Enfermeiro 6).

O investimento em situações oportunas que promovam melhorias no modelo de agendamento pode aumentar o acesso à APS. Um formato que pode auxiliar e potencializar o cuidado é a implantação do acesso avançado, configura-se

organização de agenda que desloca a prática de divisão entre demanda de rotina e de urgência, possibilitando a redução da demanda reprimida de atendimentos e do absenteísmo, podendo fortalecer redução do tempo de espera no agendamento⁽¹¹⁾. Entretanto, ainda reconhece-se um desafio no processo de trabalho nas unidades, quando o foco é na atenção centrada a grupos que não repercute intensificar o cuidado universal, longitudinal e integral.

Os participantes reconhecem o desenvolvimento de ações para o binômio mãe-filho na captação de gestantes, no primeiro trimestre de gestação, solicitação e avaliação dos exames recomendados durante o pré-natal, por meio das consultas de enfermagem e médica, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até o segundo ano de vida, como é demonstrado a seguir: “(...) ACS são importantes para avisar se uma mulher é provável gestante, por isso, peço para eles estarem atentos nas visitas”^(Enfermeiro 5); “(...) Pré-natal, para dar certo, tem que seguir a cartilha, minuciosamente, todos os critérios que estão no padrão, para não ter prejuízos”^(Enfermeira 2); “(...) Tem muita criança, a sala de vacina sempre é cheia, todo dia tem uma consulta com criança, mesmo aquelas não marcadas”^(Recepcionista 5); “(...) Tem sempre atividade com as criancinhas, se não é na época do peso é nas consultas agendas”^(Recepcionista 8); “(...) Consultas são agendadas, mensalmente, ficam registradas no caderno e no sistema, se houver falta a recepção já nos avisa e comunico ACS para ir verificar o que aconteceu”^(Enfermeira 3).

A atenção ao binômio mãe-filho é uma prioridade de atenção na saúde da família. A garantia de crescimento e desenvolvimento adequados aos aspectos físicos, emocionais e sociais são considerações importantes nas práticas profissionais para avançar na atenção integral a esse ciclo de vida, entretanto, ainda se encontram na APS práticas focalizadas no atendimento à criança doente⁽¹²⁾.

Para os participantes, as ações para identificar, precocemente, o câncer de colo uterino e de mama são rotinas frequentes nas unidades de saúde, como nas falas: “(...) Toda semana na agenda tem espaço para coleta citológica, além das campanhas que o município realiza”^(Enfermeiro 10); “(...) A gente acompanha o grupo prioritário de risco, tentamos agendar com quem trabalha para um horário propício, na folga, no final da tarde, nem sempre conseguimos, mas é o que podemos fazer”^(Enfermeiro 7).

Ações na APS como educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras, por meio de seu rastreamento, fortalecem a atenção integral para prevenção do câncer do colo do útero. Entretanto, cabe ressaltar que dialogar com as equipes de saúde sobre os elementos que contribuíram para a não realização de exames preventivos que foram constatados na trajetória de mulheres com câncer de colo do útero, desde o diagnóstico até o tratamento, a exemplo dificuldades de acessar os serviços por conta da disponibilidade, além da baixa informação sobre a doença⁽¹³⁾, constitui reflexão constante no processo de trabalho da equipe e para a organização da rede de atenção.

Em relação às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) os participantes reconhecem a importância da identificação e a atualização do cadastro com fatores de risco. Relatam promover o fortalecimento do autocuidado nas consultas e ações de prevenção e promoção para hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), como é possível constatar a seguir: “(..) Na atenção aos hipertensos e diabéticos, o uso de estratificação de risco tem sido interessante para o gerenciamento das consultas”^(Enfermeiro 4); “(...) Tenho usado para avaliação de obesidade guias da sociedade brasileira, porém, nem sempre é uma ação nas consultas, fica para uma demanda que o paciente solicita”^(Médico 3); “(...) Atendo muitos hipertensos e diabéticos. Vários usuários vêm na consulta e descobrem que precisam monitorar por um tempo para fechar o diagnóstico”^(Médico 1); “(...) A gente percebe que vários não sabiam que tinham uma DCNT”^(Enfermeiro 1); “(...) Muitos dos usuários com DCNT conseguem controlar os problemas que são decorrentes, a maioria é disciplinada com o tratamento e alimentação”^(Médico 10); “(..) Eles cumprem as orientações, nas consultas e visitas faço perguntas para verificar como estão se alimentando e, em relação à prática de exercícios físicos, além dos medicamentos. Muitos usuários são um exemplo”^(Enfermeira 7).

O acompanhamento de pacientes crônicos é desafiador, deve ser longitudinal, compõe agenda de prioridades sanitárias e estratégias assistenciais, principalmente na APS, que contribuem para a garantia da promoção da qualidade de vida e cuidado integral desses indivíduos⁽¹⁴⁾.

Em relação às doenças transmissíveis, percebe-se articulação da atenção com a vigilância epidemiológica em ações de prevenção e/ou acompanhamento dos usuários com hanseníase e tuberculose. Para HIV/Aids e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a presença do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município foi visto como possibilidade de resposta mais rápida ao problema identificado no território: “(...) Sou muito preocupado com a dose supervisionada, eu gosto de acompanhar, se tiver alguma queixa ou um sinal que possa levar à investigação já estou por perto”^(Enfermeira 10); “(...) Sempre tem ações com o pessoal da vigilância epidemiológica e com o pessoal do CTA/SAE nas campanhas, tuberculose e hanseníase já são rotina na agenda, em datas específicas o HIV e as IST”^(ACS 12); “(...) Tem sempre que explicar nas orientações os efeitos que são do episódio reacional da medicação, os pacientes com HIV, principalmente. Então, a ajuda do pessoal da especialidade é fundamental para dar suporte nas orientações e também na avaliação do paciente, auxilia no fluxo da rede essa parceria”^(Enfermeira 8); “(...) Todas as vezes que atendo um portador de IST tento explicar o quanto a participação dele no tratamento é importante, é autocuidado e cuidado com o próximo, ainda mais quando for solteiro. E ter um serviço de especialidade aqui é um apoio ao tratamento”^(Enfermeiro 7); “(...) Casos suspeitos e os que fecham diagnóstico de qualquer doença transmissível, são muito importantes para outros setores, então, costumo detalhar muito bem os registros no prontuário”^(Enfermeira 2); “(...) A inclusão de teste rápido, agora em parceria com o CTA/SAE foi importante para conhecer quem da área tem, antes era mais demanda sintomática”^(Médico 7).

A prevenção de doenças transmissíveis faz parte das ações cotidianas da APS, porém, fragilidades na formação e capacitação dos profissionais para o aconselhamento em ISTs/HIV/Aids acarretam dificuldades para abordagem ao usuário⁽¹⁵⁾.

Ações para minimizar agravo referente à dengue foi evidente como pauta de trabalho colaborativo na equipe para atender às demandas de prevenção e cuidados: “(...) Chega a época da dengue, o ritmo de trabalho aumenta para não termos muitos casos. Fazemos parceria com agentes de endemias, tentamos cobrir o máximo de residências, orientando, retirando entulho. Já teve ano de fazer mutirão de limpeza”^(ACS 13).

No Brasil, a dengue tornou-se um problema de saúde pública que repercute no trabalho em saúde. Portanto, monitoramentos de indicadores e da atitude do usuário dos serviços de saúde fortalecem a educação em saúde no controle ambiental.

As potencialidades identificadas demonstram esforço, envolvimento e investimento dos profissionais e gestores para que ações e serviços de saúde aconteçam. Na sequência, estão sendo discutidos os desafios a serem enfrentados na coordenação do cuidado para ampliar a abordagem integral nas unidades de saúde da família.

Desafios para uma abordagem integral nas unidades de saúde da família

Na organização do processo de trabalho, existem dificuldades dos profissionais no uso de ferramentas para auxiliar a gestão do cuidado de situações complexas: “(...) Algumas situações são complexas, de difícil ação, precisaria estar preparada para lidar com elas. Tem questões muito particulares que precisam de experiência em direcionar a consulta e tomar decisão, até de como falar com a equipe sobre o assunto”^(Enfermeiro 4); “(...) Alguns casos são complicados, precisam de rede de atenção, de apoio. Só encaminhar não é resolutivo, o ACS percebe isso quando visita. A conversa de ida e vinda nem sempre acontece, a comunicação com a referência e falha e dela conosco ainda mais, isso é muito ruim, perdemos o controle da situação. Então, em casos complexos, é o paciente que coordena e monitora seu trajeto”^(Enfermeiro 6).

Para enfrentar os desafios emergentes e complexos que estão no território uma importante ferramenta é a gestão do cuidado a ser proporcionado em tempo oportuno. A necessidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) fortalecida na diversidade das ações e serviços, que repercute em integração dos profissionais nas práticas cotidianas do trabalho pode melhorar a gestão do cuidado. Para superar lacunas na gestão do cuidado, é necessário intensificar a comunicação na RAS, apesar da referência e contrarreferência serem dispositivos normativos, é importante que haja esforços mútuos nos níveis de atenção, para conectar os pontos de acesso dos usuários e facilitar a obtenção dos cuidados de saúde, situação que perpassa para além do simples ingresso ao serviço. Outro aspecto, é o uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por ter em seu bojo ações de cunho interdisciplinar, que

potencializa a produção de cuidado integral⁽¹⁶⁾ e efetiva melhor espaço de diálogo com os envolvidos no cuidado. Contudo, deve-se intensificar a análise e a utilização de sistemas logísticos para buscar a coordenação do cuidado pela APS.

É inabitual a realização de reuniões periódicas para o monitoramento/avaliação dos resultados alcançados, como demonstrado a seguir: “(...) Fazemos reunião quando preciso passar alguma decisão da coordenação, comunicação, campanha ou mudança de alguma atividade, mas reunião para avaliar o relatório, nunca fizemos”^(Enfermeiro 3); “(...) Não é feita avaliação da produção do mês em reuniões, isso não fazemos aqui”^(Médico 5); “(...) Até conversamos, às vezes, sobre uma meta que não foi batida ou uma informação que a coordenação passou, mas antes de enviar ou até mesmo depois não refletimos a produção”^(Enfermeiro 8); “(...) As reuniões são feitas às vezes nas campanhas ou em informes, mas isso é bem pontual mesmo”^(Téc. Enfer. 9).

As reuniões são dispositivos para a estruturação e organização do trabalho, para socialização do conhecimento, planejamento conjunto, fornecendo subsídios para a tomada de decisão assertiva. Contudo, o trabalho em equipe na ESF possui desafios que são inerentes ao processo de relacionamento interpessoal, que revelam fragilidades próprias da identidade profissional de cada membro da equipe⁽¹⁷⁾.

Os participantes reconhecem que a coordenação do cuidado no território é descontinuada, tanto no acompanhamento do registro e do monitoramento das solicitações dos exames quanto no encaminhamento às especialidades: “(...) Para algumas especialidades fica mais difícil controlar resultados de exames, alguns nem passam mais aqui, o usuário já leva direto para o especialista”^(Médico 4); “(...) Nem sempre a solicitação de exame garante sua realização, muitas vezes, as pessoas fazem no particular ou levam para outro médico, porque demora”^(Enfermeiro 8); “(...) Demora da resposta de exame e também de olhar ele na consulta, em vários casos que eu atendo é meio que ilusão usar o resultado para tomar alguma decisão”^(Médico 8).

Na dinamicidade da coordenação as redes de atenção, necessariamente, requerem cooperação e integração dos profissionais, usuários, gestores e serviços envolvidos, entretanto a posição que a APS ocupa nessa rede determina possibilidades de exercer, ou não, a coordenação do cuidado⁽¹⁸⁾.

Os participantes alegam dificuldades em utilizar metodologias de abordagem em grupo, abordagem familiar e de grupos sociais específicos para atuar nas demandas que se configuram como problemas sistêmicos para o cuidado. O pouco uso de ações que envolvam grupos terapêuticos na unidade e/ou no território e incentivo às práticas corporais/atividade física foram considerados de difícil execução no trabalho: “(...) Seria bom se tivéssemos algum profissional para apoiar práticas corporais, isso foi incorporado na nossa demanda e nem sempre dá tempo para desenvolver tudo”^(Enfermeira 7); “(...) É interessante termos abordagem em grupo, mas poucos mesmo sabem fazer isso acontecer como deve ser efetivamente. Preciso de treinamento para aplicar, eu sei consultar individualmente”^(Médico 10); “(...) Fazer uma intervenção com abordagem familiar seria interessante em casos complexos, talvez resolvesse mais, mas não é fácil fazer isso, precisa de prática para conduzir, inclusive uma avaliação familiar, sei que tem instrumentos para isso, mas nunca usei”^(Médico 3).

A formação, experiência vivenciada e capacitação profissional dos profissionais na APS ainda esbarram-se como fragilidades que reduzem a capacidade de ampliar a atenção da APS no cuidado integral. O emprego da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pode ser uma estratégia para minimizar esses achados, entretanto, a PNEPS não se consolidou como política institucional e a implementação de ações de formação aquém do que se espera para mudanças desejadas no âmbito do SUS são percalços em sua execução⁽¹⁹⁾.

As situações expostas até o momento demonstram que ainda existem ações da APS que precisam de investimento por parte de gestores e profissionais, além de parcerias com centros formadores para o desenvolvimento de estratégias que estimulem o trabalho em equipe e interdisciplinaridade.

Dentre outros desafios, destacam-se a abordagem e acompanhamento de usuários em tratamento de câncer: “(...) O rastreamento tem foco na mulher, a maior parcela dos homens acontece quando o usuário demanda”^(Médico 1); “(...) Uma vez que o usuário é diagnosticado o tratamento não acontece na cidade, muitos mudam e quando retornam não frequentam a unidade, só se for para uma consulta necessária”^(Enfermeiro 2); “(...) Difícil acompanhar quem está em tratamento de câncer, até mesmo quando precisa fazer alguma abordagem, durante o tratamento, a

gente não sabe o que eles estão fazendo no outro serviço” (Médico 5).

Questões culturais na população masculina, limitação de oferta do serviço de saúde e baixa procura de serviço na APS têm dificultado o rastreamento de câncer de próstata⁽²⁰⁾. O acompanhamento de usuários com câncer e de sua família ainda é incipiente na prática dos profissionais da APS e a desarticulação com a rede de serviços fragmenta a atenção⁽²¹⁾. Ademais, questões que marcam fragilidades da APS em coordenar o cuidado esbarram também na capacidade estrutural, de apoio e integração de um arranjo regional que garanta fluxos organizativos para a atenção ao câncer no país.

Outro aspecto a ser considerado é a dimensão do conceito de vigilância em saúde a sua integração com a APS. Em um processo contínuo e sistemático que permeia o planejamento e a implementação de ações para a proteção da saúde e prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde, os profissionais das equipes sentiram maior dificuldade em trabalhar com a articulação no território para favorecer e ampliar ações da vigilância ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador. “(...) Já teve situações de precisar de uma investigação da água, foi um problema geral do município, aí conversamos com eles, foi só nesse caso mesmo” (Enfermeiro 6); “(...) A equipe da vigilância sanitária e ambiental fica lá no prédio da vigilância, poucas vezes fizemos ações em conjunto é mais eles lá e a gente aqui” (ACS13); “(...) Nos últimos anos, a saúde do homem tem ajudado a pensar na saúde do trabalhador, mas não é um contexto geral de atenção na unidade” (Médico 4); “(...) Nós trabalhamos muito, mas olhar para o nosso trabalho é meio complicado. A gestão não pensa nisso, e as equipes não estão avaliando o quanto estão adoecendo no trabalho. A gente sabe de afastamentos, mas não se faz nada, a não ser afastar a pessoa” (Enfermeiro 5).

Profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades capazes de incorporar no processo de trabalho, ferramentas que utilizem da investigação, registro, análise, programação e planejamento⁽²²⁾. O pouco conhecimento da abordagem na saúde do trabalho na APS tem sido um limitador para a atenção, apesar da implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) ainda tem sido um dilema para a gestão em saúde⁽²³⁾ proporcionar fluxos de atenção e suporte de apoio aos profissionais da saúde.

Ações para identificar casos de violência ou de inclusão social foram reconhecidas como desafiadoras na prática das equipes: “(...) Falar de violência é um desafio, imagina trabalhar com ela no território sem que isso repercuta em escândalos e mais exposição do violentado, é difícil” (Médico 4); “(...) Não é fácil, precisa de rede, precisa de profissional capacitado, de gente com traquejo no caso, que consiga preservar a pessoa para não tornar pior a situação para ela” (Enfermeiro 10); “(...) Se não tiver um apoio para o nosso trabalho, não adianta, a unidade não dá conta de tudo. Fomentar inclusão social não é uma tarefa fácil e pouco se trabalha isso na formação e na prática do dia a dia, tem que rever algumas atribuições e definir quem pode auxiliar para que isso aconteça no território” (Enfermeiro 3).

A violência está no cotidiano do território e perpassa o trabalho das equipes de saúde da família, tornou-se um dos desafios para os serviços de saúde no Brasil, especialmente os da APS, por isso, reorganização do processo de trabalho, para além da perspectiva queixa-conduta, requer ações intersetoriais para abarcar as invisibilidades da violência no território⁽²⁴⁾.

A utilização de Práticas Integrativas Complementares (PIC) não foi reconhecida como estratégia de abordagem clínica, com relatos de ausência de capacitação para instrução aos usuários: “(...) Eu já trabalhei em três unidades e cada uma tem uma população de um jeito. As demandas de serviços podem ser as mesmas, mas como os usuários aceitam ou reprimem o tratamento muda, isso fica claro pra mim que trabalhei no centro e agora estou em uma unidade de periferia” (Médico 2); “(...) Às vezes de uma área para outra você já percebe mudança, eu troquei de área esse mês e percebi que minha população é mais jovem, tô tendo que mudar a forma de falar com eles” (ACS 17); “(...) Todos estão falando das práticas integrativas complementares, mas eu não sei fazer, então não posso indicar” (Enfermeiro 4); “(...) Eu, às vezes, falo: -_Paciente, você pode fazer prática integrativa na terapêutica, mas eles são bem resistentes, preferem medicamentos” (Médico 1).

As PICs não estão instituídas em todas as regiões do país, para isso acontecer requer fortalecimento institucional e qualificação dos profissionais e dos serviços na perspectiva da integralidade do cuidado⁽²⁵⁾.

Diante dos resultados, entende-se, que, para pensar organização do processo de trabalho de equipes de saúde da família e a interface com atenção integral à saúde da população, é preciso

considerar diretrizes e evidências científicas, potencialidades e limitações de cada contexto, mas também a dinâmica da construção viva dos atores participantes do processo, ou seja, embora seja possível indicar direcionalidades, o fazer-acontecer dá-se na singularidade de cada espaço, que precisa ser respeitado e compreendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se forte relação da organização do processo de trabalho para o alcance de ações e serviços que promovam melhor abordagem para a atenção integral. A realização desse estudo foi em um determinado território de uma região do país, entretanto as potencialidades e desafios fomentam evidências já constatadas e que reforça a necessidade de investimento na formação de recursos humanos para a APS.

Ressalta-se que é imprescindível o trabalho intersetorial para apoiar a APS na coordenação do cuidado. Entretanto, as fragilidades de comunicação na rede de atenção precisa de intervenções por parte da gestão, para apoiar espaços de comunicação. Contudo, repensar as possibilidades que fortaleçam a APS requer suporte eloquente de uma Política Nacional de Atenção Básica que respeite os princípios doutrinários e organizacionais do SUS e gestores comprometidos com a gestão em saúde na articulação do sistema local e estímulo a uma APS forte mais abrangente que coordene o cuidado e promova articulação sob a dimensão da atenção integral. Vários aspectos envolvem essa propositura, principalmente o da qualificação dos recursos humanos e do financiamento do sistema de saúde.

Essa investigação, por ter sido construída na integração ensino-serviço, contribuiu como indutora para a abertura de uma pós-graduação nível *lato sensu*. Considera-se que esse movimento constituiu como um dispositivo para reflexão do cotidiano do trabalho na APS, tanto no serviço quanto para a gestão da atenção.

REFERÊNCIAS

- 1 - Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e4. DOI: [10.26633/RPSP.2020.4](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4)
- 2 - Franco TB, Hubner LC. Primary Care and intermediate care: A necessary debate. *Saúde Debate* 2020;44(125):516-26. DOI: [10.1590/0103-1104202012518](https://doi.org/10.1590/0103-1104202012518)
- 3 - Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of primary health care in Brazil: Advances, challenges and perspectives. *Saúde Debate* 2018;42(Nesp 1):208-23. DOI: [10.1590/0103-11042018s114](https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114)
- 4 - Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Correia CRA, et al. Integral care in the perception of family health strategy professionals. *Rev Enferm UFPE* 2019;13:e242241. DOI: [10.5205/1981-8963.2019.242241](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242241)
- 5 - Gleriano JS, Zaiáz PCL, Borges AP, Lucietto GC, Balderrama P, Teixeira VM, et al. Work process: Perception of the family health team. *Rev Enferm UFPE* 2019;13:e240566. DOI: [10.5205/1981-8963.2019.240566](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240566)
- 6 - Morgan DL, Kruger RA. *The focus group kit*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
- 7 - Brasil. Ministério da Saúde. *Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 8 - Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- 9 - Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: An evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017;22(6):1845-56. DOI: [10.1590/141381232017226.02042017](https://doi.org/10.1590/141381232017226.02042017)
- 10 - Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Teamwork: Revisiting the concept and its developments in inter-professional work. *Trab Educ Saúde* 2020;18(supl 1):1-20. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00246](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246)
- 11 - Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1): 295. DOI: [10.1186/s12913-017-2219-y](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y)
- 12 - Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Child care in nursing and health education: Mother's perception in family health strategy. *Esc Anna Nery* 2012;16(2):326-31. DOI: [10.1590/S1414-81452012000200017](https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200017)
- 13 - Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Health assistance path of women between

diagnosis and treatment initiation for cervix cancer. *Saúde Debate* 2018;42(118):687-701. DOI: [10.1590/0103-1104201811812](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812)

14 - Silocchi C, Junges, JR. Primary care teams: Difficulties in caring for people with chronic diseases. *Trab Educ Saúde* 2017;15(2):599-615. DOI: [10.1590/1981-7746-sol00056](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056)

15 - Barbosa TLA, Gomes LMX, Holzmann APF, Cardoso L, Paula AMB, Haikal DS. Sexually transmitted infection and HIV/AIDS counseling practice in primary health care in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, 2015-2016. *Epidemiol Serv Saúde* 2020;29(1):1-14. DOI: [10.5123/s1679-49742020000100015](https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100015)

16 - Sampson KC, Brondani AS, Piber VD, Hausen CF, Silva AO, Trindade AV, et al. The construction of health care networks in the perspective of the individual therapeutic project: An experience report. *Rev Saúde* 2020;46(1):1-9. DOI: [10.5902/2236583440371](https://doi.org/10.5902/2236583440371)

17 - Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc Anna Nery* 2018;22(4): 1-9. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2017-0372](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372)

18 - Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(nesp 1):244-60. DOI: [10.1590/0103-11042018s116](https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116)

19 - Bispo JJP, Moreira DC. Continuing education and matrix support: Training, experience, and practices of health professionals in the Centers for the Support of Family Health and the supported teams. *Cad Saúde Pública* 2017;33(9): 1-13. DOI: [10.1590/0102-311x00108116](https://doi.org/10.1590/0102-311x00108116)

20 - Biondo CS, Santos J, Ribeiro BS, Passos RS, Meira APBN, Soares CJ. Detección precoz del cáncer de próstata: actuación del equipo de salud de la familia. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2020;(38):1-13. DOI: [10.15517/revenf.v0i38.38285](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38285)

21 - Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Follow-up of cancer patients by family health workers. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(5):856-63. DOI: [10.1590/S0104-11692010000500004](https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500004)

22 - Dias EC, Silva TL, Almeida MHC. Challenges for the daily construction of health environmental and workers health surveillance in primary health care. *Cad Saúde Colet*. 2012 [citado em 8 nov 2020]; 20(1):15-24. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_15-24.pdf

23 - Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior SA. Worker's health actions developed by Primary Health Care in Chapecó, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2016;41:1-9. DOI: [10.1590/2317-6369000122415](https://doi.org/10.1590/2317-6369000122415)

24 - Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violence and primary health care in Brazil: An integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(6):2247-57. DOI: [10.1590/1413-81232020256.19332018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018)

25 - Ferraz IS, Climaco LCC, Almeida JS, Aragão SA, Reis LA, Filho IEM. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2020;(38):196-208. DOI: [10.15517/revenf.v0i38.37750](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37750)

Nota: Extraído do relatório de pesquisa “Percepções profissionais para a atenção integral a partir da organização do processo de trabalho em unidades básicas de saúde”.

Recebido em: 12/11/2020

Aprovado em: 10/02/2021