

Organização do trabalho na atenção primária à saúde: a experiência em uma região do interior de Portugal

Organization of work in primary health care: the experience in a region of the interior of Portugal

Alexandre Morais Nunes

Centro de Administração e Políticas Públicas,
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,
Universidade de Lisboa.

Andreia Afonso de Matos

Doutora em Administração Pública na
especialidade de Administração em Saúde.

Resumo

A atenção primária e a resposta em saúde pública, em Portugal, dada a limitação de recursos, encontra-se muito dependente do modelo de organização de trabalho das equipas de saúde. No presente estudo, foi realizada uma pesquisa avaliativa, de abordagem qualitativa, com um desenho de estudo de caso para analisar a organização do trabalho numa região do interior de Portugal. A coleta de dados realizou-se com recurso à análise documental, à observação directa e à realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 96 participantes (gestores, profissionais e usuários) da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, localizada no interior de Portugal. Para interpretação dos dados coletados pelas entrevistas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo. Como principais resultados, os usuários relataram dificuldades de comunicação com os funcionários e segundo os profissionais ficou claro as necessárias mudanças na organização, reforço de recursos e definição de metas a atingir para cumprimento de um plano de ação. Em conclusão, a prestação de cuidados na atenção primária à saúde tem uma elevada cobertura de acesso. Porém, mesmo com uma avaliada global positiva por parte dos profissionais, gestores e usuários existem muitas melhorias a implementar, desde a organização do trabalho interno e a articulação com o hospital.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Equipe de Assistência ao Paciente ; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Primary care and public health response in Portugal, given the limited resources, is very dependent on the work organization model of the health teams. In the present study, an evaluation study was carried out, with a qualitative approach, with a case study design to analyze the organization of work in a region of the interior of Portugal. Data collection was carried out using documentary analysis, direct observation and semi-structured interviews applied to 96 participants (managers, professionals and users) of the Local Health Unit of Castelo Branco, located in the interior of Portugal. To interpret the data collected by the interviews, we used the technique of content analysis.

Introdução

A atenção primária à saúde é reconhecida em todo o mundo como a principal porta de entrada nos sistemas de saúde.^{1,2} Em vários países europeus tem sido valorizada a importância da atenção primária à saúde como um meio para melhorar os resultados em saúde, resolver problemas de acesso e promover a melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos, reduzindo em simultâneo custos desnecessários com a prestação de cuidados diferenciados.³ Por essas razões, a atenção primária à saúde tem sido o principal foco na política de saúde em vários países desenvolvidos e emergentes, permitindo um contacto direto com o cidadão na comunidade.⁴

A atenção primária à saúde em Portugal passou por conjunto de reformas ao longo dos anos. Atualmente, a rede pública de atenção primária está organizada em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que são estruturas funcionais

que têm independência organizacional (mas não financeira) e são compostas por um conjunto de unidades funcionais onde são prestados os cuidados de saúde (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade).⁵

Keywords: Primary health care; Patient Care Team; Health Services Accessibility.

Na prática, cada Agrupamento de Centros de Saúde coordena e garante a prestação da atenção primária à saúde de uma determinada região demográfica de Portugal, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, atividade diagnóstica, tratamento de doenças e ainda participam na educação em saúde e no planeamento dos cuidados para toda a comunidade, alertando para situações de maior risco. Nos centros de atenção primária é prestada a seguinte gama de serviços: a) Planeamento familiar e cuidados perinatais; b)

Saúde da mulher; c) Cuidados pré-natais; d) Cuidados infantis; e) Cuidados médicos gerais para a população adulta; f) Prestação de cuidados de primeiros socorros; g) Certificação de incapacidade de trabalho; h) Visitas domiciliares; i) Imunização; j) Rastreamentos (triagem) para câncer de mama e cervical e outras doenças evitáveis.⁶

Em Portugal existem 54 ACES, cuja área geográfica é definida em função do número de residentes (entre 50.000 e 200.000 habitantes), a estrutura etária, a distribuição da população em cada região e ainda em função do maior ou menor acesso da população ao hospital na rede de referência (hospitais nos quais os pacientes recebem cuidados, considerando sua área de residência).⁷

As equipes de saúde na atenção primária à saúde são constituídas por um médico de família (por cada 1900 usuários), tendo igual número de enfermeiros de família e de profissionais administrativos. A cobertura da população portuguesa na atenção primária à saúde (população inscrita) foi, em 2016, de 93% da população total.⁸

A assistência na atenção primária à saúde na região de Castelo Branco é realizada pelos Agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, ambos integrados na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. O presente artigo utiliza as dimensões político-institucional, o acesso aos cuidados de saúde, a comunicação entre a

equipe de saúde, a comunicação com o usuário atenção e organização do cuidado integral e a articulação com os cuidados de saúde hospitalares. O estudo ganha particular relevância por se tratar de um estudo inovador realizado em Agrupamentos de Centros de Saúde que estão sob a mesma gestão da unidade hospitalar e que por isso ambos constituem uma Unidade Local de Saúde. Por esse motivo, não há dimensões ou subdimensões (categorias) já utilizadas em outras pesquisas, pois é a primeira vez que é realizado, o que mais uma vez revela a maior importância da presente pesquisa.

Materiais e métodos

O presente trabalho descreve os resultados de uma pesquisa de natureza qualitativa, esboçada como estudo de caso.^{9,10} O trabalho de campo realizou-se, entre março e agosto de 2017, junto das populações de oito Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES Beira Interior Sul (UCSP Alcains, UCSP Penamacor, UCSP Idanha-a-Nova, UCSP Vila Velha de Ródão, UCSP São Tiago I, UCSP São Tiago II, UCSP São Miguel) e quatro Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES Pinhal Interior Sul (UCSP Oleiros, UCSP Sertã, UCSP Proença-a-Nova e UCSP Vila de Rei).

A coleta de dados consistiu na observação direta, na análise documental e na realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos e usuários) de ambos os

Agrupamentos de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. A seleção da amostra foi intencional, permitindo a inclusão de profissionais e usuários de todas as unidades com mais de 5 anos de experiência/contato. Quanto aos profissionais, as várias classes foram incluídas na amostra em proporções idênticas, de modo a não influenciar os resultados apenas numa perspetiva, garantindo-se desse modo um critério de proporcionalidade (2 Médicos, 2 Enfermeiros e 2 Administrativos por Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados). Em relação aos usuários foram selecionados dois por ACES. Assim, no total foram realizadas 96 entrevistas, distribuídas de forma equitativa em cada um dos ACES.

Para a análise dos dados recorreu-se à técnica da análise de conteúdo que, segundo Bardin¹¹, permite analisar uma realidade como é realmente retratada pelos agentes envolvidos. Os participantes foram informados da garantia de confidencialidade e deram o seu consentimento informado.

Resultados

Equipes de saúde na atenção primária à saúde

As equipas de saúde nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados dos Agrupamentos de Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco são constituídas basicamente por médico, enfermeiro e por técnico administrativo. A estes somam-se outros profissionais existentes nas unidades (assistente social, higienista oral, assistente

operacional e psicólogo) que colaboram com a equipa de saúde sempre que solicitado.

O número de equipas em cada UCSP é variável e vai ao encontro das necessidades da população residente. No ACES Beira Interior Sul e no ACES Pinhal Interior Sul observou-se uma cobertura assistencial de 107 mil usuários, com uma média de 1760 pacientes por equipa de saúde. Porém, cerca de 2% do total da população residente (2.140 cidadãos) não tem acesso a uma equipa de saúde na atenção primária.

Caracterizando os profissionais das equipas de saúde se verificou que:

Idade: em termos médios, a idade dos médicos situa-se nos 51-52 anos, dos enfermeiros 46-47 anos e dos assistentes administrativos com 49-50 anos;

Experiência profissional: o predomínio de idades próximas dos 50 anos vai ao encontro do grande número de profissionais que tem experiência na sua função e no trabalho integrado em equipa de saúde há mais de 20 anos. Assim na amostra existe grande experiência profissional;

Formação específica: os médicos têm formação na área da medicina geral ou nas especialidades de Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública; 25% dos enfermeiros tem formação na área da saúde familiar ou especialização em saúde familiar e

comunitária e 8% dos enfermeiros tem formação em saúde materna;

Gênero: relativamente ao gênero, se verifica que a maioria dos médicos da equipe de saúde na atenção primária é do sexo masculino e nos enfermeiros e administrativos é do sexo feminino.

O trabalho em equipe nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Durante a entrevista foram questionados os processos de trabalho em equipe existentes nas 12 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da ULS de Castelo Branco. Como resultados, a avaliação demonstrou que existe uma percepção positiva por parte dos profissionais que assume a existência de cooperação entre as equipas, mas relatam que a falta de tempo e a longa listagem de pacientes não permite uma maior articulação e comunicação entre a equipe. Essa limitação é reconhecida por 66% dos inquiridos que curiosamente corresponde a UCSP localizadas em regiões mais povoadas. Por outro lado, 34% dos profissionais não revelam problemas de comunicação entre a equipa.

De acordo com os registos nem sempre existe um plano de trabalho comum, reuniões de equipe, nem planeamento das atividades a realizar junto do paciente (planeamento participativo).

Numa tentativa de justificar os problemas referidos os profissionais de saúde relatam

limitações como o elevado número de pacientes (61% dos profissionais), infraestruturas inapropriadas (52%), problemas relacionais entre membros da equipe (32%), falta de monitoramento dos gestores que não obrigam à apresentação de planos de trabalho (27%).

Por sua vez, todos os usuários das UCSP localizadas no ACES Pinhal Interior Sul, relataram que os profissionais de saúde que integram o posto de saúde local são muito atenciosos, simpáticos e que fazem ensinamentos para melhorar as suas condições de vida, ou seja, pelo exposto as equipas de saúde nesses locais praticam ações de educação para a saúde com frequência junto dos pacientes. Por outro lado, a opinião dos pacientes nas restantes UCSP está dividida e cerca de 72% dos usuários se queixa que o médico não tem tempo para comunicar adequadamente e que tem sempre muita pressa. Quanto aos enfermeiros, 51% dos inquiridos revela que durante os tratamentos vão falando e ensinando algumas coisas, mas sempre com muita pressa. A esse respeito um dos entrevistados fez referência ao fato de nem sempre os horários de trabalho são cumpridos à risca existindo profissionais que se atrasam na chegada e que depois por vezes têm de acelerar com o paciente. Relativamente aos funcionários administrativos, 73% dos usuários referem que são desagradáveis no trato e que não são organizados no seu trabalho.

A avaliação realizada por usuários e profissionais foi verificado pela observação

direta realizada nas UCSP, que as equipes de saúde têm muito trabalho e muitos pacientes para dar assistência. A elevada carga de trabalho, em geral, nas equipes de saúde que atendem uma população de 1800 usuários, recaí sobretudo para o médico, que tem de consultar o paciente, prescrever adequadamente, explicar o plano de cuidados e ensinar estratégias que contribuam para a melhoria do estado de saúde, e para o enfermeiro que além das funções de ensino, tem de realizar uma avaliação geral da pessoa, medição dos sinais vitais e ainda orientar o paciente nas suas atividades de vida e sinais de alerta. De acordo com a observação e indo ao encontro das reclamações dos profissionais, o modelo de trabalho organizado existente na atenção primária da ULS Castelo Branco exige, para redução da carga de trabalho, uma redução da lista de utentes por médico ou o reforço da equipe de saúde.

Durante a observação não se verificou qualquer agendamento de reuniões de equipe, plano de trabalho atualizado, nem interação significativa entre os profissionais. Esse fato demonstra fraca motivação para o trabalho em equipa, algo que deve ser fortalecido pela gestão, pois com essa metodologia de trabalho, será possível melhorar os resultados em saúde e a satisfação de usuários e profissionais, melhorando igualmente indicadores de gestão.

Com a observação direta também se verificou que as infraestruturas de ambos os

Agrupamentos de Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco são apropriadas à prática clínica e às ações praticadas pelas equipes de saúde, dispondo de consultórios, espaços bem definidos, salas equipadas com materiais de consumo e refrigerados e foi constatada a existência de materiais de suporte avançado de vida, estoque de vacinas e de medicamentos de uso comum.

Atividade desenvolvida/resultados

As equipes de saúde da atenção primária à saúde realizam uma ampla gama de atividades na área da promoção e vigilância da saúde, da prevenção de doença, no acompanhamento do doente crônico, na vertente curativa e no apoio ao domicílio.

Pela análise documental verifica-se que no global as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados que compõem os dois Agrupamentos de Centros de Saúde que integram a ULS de Castelo Branco, mostraram uma evolução positiva de seus indicadores assistenciais.

Os resultados alcançados em ambos os ACES, relativos aos indicadores de acesso, desempenho, rastreios e qualidade apresentados no quadro anterior, demonstram uma trajetória longitudinal positiva. Relativamente aos indicadores de acesso, se verificou que:

A taxa de utilização de consultas médicas melhorou consideravelmente

Tabela 1. Evolução dos principais indicadores de resultados nos ACES da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

| Tipologia | Indicador | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Acesso | Taxa de utilização de consultas médicas nos últimos 3 anos | 55,3 | 72,4 | 73,9 | 84,7 | 90,2 | 88,9 | 89,9 | 90,5 |
| | Taxa de utilização de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos | | | | 71,5 | 83,9 | 83,9 | 84,8 | 85,5 |
| | Proporção de consulta de enfermagem para vigilância da diabetes no último ano | 0,3 | 5,8 | 44,4 | 47,9 | 52,2 | 63,7 | 70,1 | 72,0 |
| | Proporção de utentes [50; 75 A], com rastreio cancro colo retal | 1,46 | 2,8 | 6,4 | 11,3 | 15,8 | 17,4 | 19,7 | 22,3 |
| | Proporção de mulheres [25; 60 A], com colpo citologia (3 anos) | 3,8 | 10,7 | 25,0 | 30,5 | 37,5 | 37,7 | 37,9 | 35,5 |
| | Proporção de mulheres [50; 70 A], com mamografia (2 anos) | 5,2 | 41,3 | 51,6 | 54,3 | 51,3 | 49,9 | 47,5 | 48,3 |
| Desempenho | Proporção de mulheres em idade fértil (MIF), com acompanhamento adequado em planeamento familiar (PF) | | | | | | | 30,3 | 30,4 |
| | Proporção de recém-nascidos com consulta médica e vigilância até aos 28 dias de vida | 39,0 | 60,2 | 78,3 | 84,5 | 88,8 | 87,4 | 88,6 | 89,0 |
| | Proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15 ^o dia de vida | 0 | 0 | 0,1 | 0,12 | 0 | 1,1 | 10,2 | 9,1 |
| Qualidade (vacinação) | Proporção de crianças 2 anos, com PNV cumprido ou em execução | 91,7 | 91,5 | 94,4 | 93,1 | 92,0 | 95,9 | 94,8 | 95,1 |
| | Proporção de crianças 7 anos, com PNV cumprido ou em execução | 82,9 | 92,3 | 94,6 | 94,8 | 95,8 | 96,1 | 97,8 | 96,5 |
| | Proporção de crianças 14 anos, com PNV cumprido ou em execução | 84,7 | 81,3 | 82,8 | 83,3 | 87,6 | 94,5 | 94,6 | 94,4 |

Fonte: SIARS¹².

passando de um total de 55,3% em 2009 para 90,5% em 2016 (crescimento de 35,2%);

A taxa de utilização das consultas de enfermagem cresceu continuamente de 2012 até 2016 (14,0%), o que revela um maior acompanhamento dos pacientes, resultante do trabalho em equipe junto do médico;

A proporção de usuários com Diabetes

com consulta de vigilância realizada pela equipe de enfermagem cresceu 66,2% entre 2010 e 2016, contribuindo dessa forma para um maior acompanhamento e ensino aos pacientes.

Em termos das atividades preventivas, os rastreios do câncer colo-retal, câncer do colo do útero e câncer de mama, registraram uma melhoria com:

Mais 31,8% das mulheres (50-75 anos)

com colpo citologia realizada nos últimos 3 anos;

Mais 43,1% de mulheres (25-60 anos) com mamografia realizada nos últimos 2 anos;

Mais 20,8% de usuários (50-75 anos) com rastreamento do câncer colo-retal realizado.

Na área dos indicadores de desempenho assistencial, verificou-se:

Um total de 30% de mulheres em idade fértil com consulta médica de planejamento familiar;

Um aumento de 50,0% no total de recém-nascidos com consulta médica e vigilância até aos 28 dias de vida.

Em relação ao indicador selecionado para avaliar a qualidade do atendimento, se verifica que nos ACES da ULS de Castelo Branco:

Aumento de 3,4% da proporção de crianças com 2 anos com Programa Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou em execução;

Aumento de 13,6% da proporção de crianças com 7 anos com PNV cumprido ou em execução;

Aumento de 9,7% da proporção de crianças com 14 anos com PNV cumprido ou em execução.

Quando comparados os Agrupamentos de Centros de Saúde de forma separada, no último ano em análise, verificam-se que os melhores resultados globais, com exceção dos rastreios, se registam junto da população do ACES do Pinhal Interior Sul, curiosamente onde os pacientes referiram que têm maior comunicação com a equipe de saúde.

De acordo com as entrevistas realizadas aos gestores ambos os Agrupamentos de Centros de Saúde apresentaram melhorias significativas dos seus indicadores, resultantes do reforço de profissionais de saúde e da melhoria da carteira de serviços, promovida com a implementação de um compromisso assistencial fechado entre o Ministério da Saúde e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

Os profissionais de saúde nas suas entrevistas revelam que os resultados do seu esforço se verificam pela melhoria dos resultados. No entanto, as equipas de saúde do ACES do Pinhal Interior Sul justificam os avanços nos indicadores com o reforço da articulação entre os profissionais e com os usuários além dos tratamentos realizados.

A observação direta comprova que nas UCSP do Pinhal Interior Sul há mais atividades de promoção de saúde e prevenção da doença em

Tabela 2. Evolução comparativa dos principais indicadores entre o ACES Beira Interior Sul (BIS) e o ACES Pinhal Interior Sul (PIS).

| Tipologia | Indicador | ACES Beira Interior Sul | ACES Pinhal Interior Sul |
|------------------------|--|-------------------------|--------------------------|
| Acesso | Taxa de utilização de consultas médicas nos últimos 3 anos | 86,9 | 94,0 |
| | Taxa de utilização de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos | 81,9 | 89,2 |
| | Proporção de consulta de enfermagem para vigilância da diabetes | 72,8 | 73,3 |
| Rastreios e vigilância | Proporção de utentes [50; 75 A], com rastreio do câncer Colo Retal | 24,7 | 19,9 |
| | Proporção de mulheres [25; 60 A], com colpo citologia (3 anos) | 38,9 | 32,1 |
| | Proporção de mulheres [50; 70 A], c/ mamografia (2 anos) | 54,7 | 41,9 |
| | Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado em planeamento familiar | 34,2 | 34,6 |
| | Proporção de recém-nascidos com consulta médica e vigilância até aos 28 dias de vida | 87,1 | 90,9 |
| | Proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida | 8,39 | 9,8 |
| | Proporção de crianças 2A, com PNV cumprido ou em execução | 5,19 | 95,2 |
| | Proporção de crianças 7A, com PNV cumprido ou em execução | 6,7 | 96,4 |
| | Proporção de crianças 14A, com PNV cumprido ou em execução | 93,6 | 95,2 |

Fonte: ULSCB¹³.

várias fases da vida que é também possível pelo fato de a equipe de saúde ter menos pacientes inscritos nas suas listas. As mesmas observações se aplicam às UCSP do ACES da Beira Interior Sul localizados em zonas mais envelhecidas e rurais (UCSP de Penamacor e de Idanha-a-Nova), mas nas equipes mais sobrecarregadas de trabalho, é mais focada a atenção em situação de doença crônica, nomeadamente no acompanhamento clínico da doença.

No que respeita às ações educativas em saúde, os profissionais referem que no seu plano de trabalho têm previsto e realizado, além dos rastreios ao câncer, outras ações dirigidas à saúde infantil; à pessoa com doença crônica; ao planeamento familiar; às gestantes; à pessoa obesa; à pessoa idosa e à comunidade escolar (alimentação saudável, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, álcool, drogas e

saúde oral). No entanto, apontam que embora tenham pouco tempo para essas atividades, os usuários também não demonstram interesse na aprendizagem, querendo apenas levar os receituários dos medicamentos.

Em relação à visita domiciliar, os profissionais relatam que têm centenas de pacientes que recebem essa assistência em sua casa e os pacientes confirmam essa informação referindo que conhecem pessoas que usufruem desses cuidados quando estão impossibilitados de locomoção.

Melhoria nas práticas de cuidado registradas com a integração dos ACES numa ULS

Setenta vírgula oito por cento (70,8%) dos profissionais de saúde referem que a integração dos cuidados da atenção primária à saúde numa gestão unificada com a Unidade Local de Saúde,

surgiu como fator de motivação, que promoveu uma melhoria nos cuidados de saúde e da qualidade dos serviços prestados. Entre outros aspectos, os profissionais destacaram melhorias positivas como: a interligação com os cuidados de saúde hospitalares, a responsabilização da gestão pelas condições de trabalho dos profissionais e o maior foco no trabalho em equipe interdisciplinar com o apoio da equipe de serviço social e de psicologia da Unidade Local de Saúde.

Por outro lado, vinte e nove vírgula dois por cento (29,2%) dos profissionais inquiridos relatam como desvantagens da integração da atenção primária numa Unidade Local de Saúde, a perda de autonomia dos administrativos dos gestores intermédios dos ACES e ainda algumas questões técnicas e administrativas, como os problemas nos sistemas informáticos e maiores dificuldades de contratação. Em relação a essa questão, os gestores da ULS recusam essas críticas e referem que os resultados do acesso, desempenho e eficiência falam mais alto.

No que respeita ao trabalho em equipe, os gestores referem que esse foi reforçado pela integração de cuidados em uma Unidade Local de Saúde, onde há uma maior interação entre as equipas (da atenção primária e das hospitalares) no encaminhamento dos pacientes e também os médicos da atenção primária passaram a reforçar as equipas hospitalares nos serviços de urgência/emergência abertos 24 horas por dia.

Os usuários são unânimes em seus comentários quando referem que a integração de cuidados de saúde facilitou o encaminhamento para o hospital nos casos de necessidade de consulta de especialidade e de exames complementares de diagnóstico. Por outro lado, referem que os problemas de agendamento de consulta na atenção primária continuaram mesmo com a nova gestão da Unidade Local de Saúde.

Discussão

A experiência portuguesa de integração da atenção primária à saúde numa Unidade Local de Saúde gerou uma melhoria global nos resultados do acesso, desempenho e vigilância de saúde da população. Mesmo na visita domiciliar não se verificam problemas de acesso na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, o que difere bem de outras realidades em Portugal.¹⁴

Na base dessa melhoria estiveram as boas condições das infraestruturas e o papel das equipas de saúde que têm uma melhor articulação com cuidados hospitalares e podem de forma mais rápida e eficiente assistir os pacientes que são encaminhados.¹⁵ Para o sucesso desse processo é fundamental a existência de profissionais de saúde treinados e experientes e um enorme esforço do trabalho em equipe na atenção primária à saúde.

De acordo com a OCDE, os serviços de saúde portugueses mostram um atendimento de alta qualidade, orientado para a prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida com destaque para a atenção primária à saúde.¹⁶ No entanto, mesmo com esses sucessos e com a melhoria dos resultados, o trabalho em equipe verificado no presente estudo ainda precisa de muitas melhorias. Um exemplo foi a observação direta onde se verificou uma inexistência de planejamento ou reuniões coletivas, o que segundo a literatura é muito preocupante pois revela uma dificuldade na organização do trabalho em equipe.^{17,18}

Mesmo com a forte experiência dos profissionais que integram a atenção primária à saúde com formação prévia já adquirida, é importante dar continuidade aos processos de aprendizagem reforçando a importância da educação em saúde e da comunicação com os pacientes e com os demais profissionais.¹⁸

Considerações finais

O objetivo do presente artigo foi apresentar os resultados obtidos quanto ao trabalho em equipe na atenção primária à saúde integrada numa Unidade Local de Saúde no interior de Portugal. Para essa análise, o perfil dos profissionais, a organização do trabalho em equipe (incluindo a comunicação entre profissionais e usuários), os resultados

obtidos com atividades clínicas e melhorias nas práticas de cuidados foram selecionados como base de análise e discussão.

Na atenção primária à saúde as equipes são compostas essencialmente por três profissionais: médico, enfermeiro e assistente administrativo. Os profissionais de saúde dos ACES da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco têm uma vasta experiência profissional na área da prestação de cuidados de saúde e do trabalho em equipe. Como em todo o país, o gênero feminino predomina nas equipes de saúde (enfermeiras e assistentes administrativos).

Como principais conclusões, verificou-se que o trabalho em equipe tem melhorado nos últimos anos em ambos os Agrupamentos de Centros de Saúde na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Mas, os profissionais e usuários relatam algumas dificuldades no processo de comunicação que impede uma melhor articulação entre a equipe de saúde e reduz a obtenção de melhores resultados. Durante a observação não se verificou qualquer agendamento de reuniões de equipe, plano de trabalho atualizado, nem interação significativa entre os profissionais. Esse facto demonstra um fraco incentivo para o trabalho em equipa, algo que deverá ser reforçado pela gestão, dado que através desse método será possível melhorar os resultados em saúde e a satisfação de

usuários e profissionais, melhorando igualmente indicadores de gestão.

No entanto, destacou-se uma melhoria significativa, ao longo dos últimos sete anos, nos indicadores de acesso, desempenho e de qualidade analisados. Isso mostra que a promoção do trabalho em equipe, ainda que

parcial, e que a integração da atenção primária à saúde tiveram efeitos positivos na assistência à saúde. Assim, se pode concluir que a implantação da atenção primária à saúde numa Unidade Local de Saúde, no interior de Portugal foi bem-sucedida, mesmo com as limitações e constrangimentos ainda existentes.

Referências

1. Mannion R. General practitioner commissioning in the English National Health Service: continuity, change, and future challenges. *Int J Health Serv.* 2008;38(4), 717–30.
2. Hummers-Predier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler J, Stoffers H, Topsever P, Urgan M, Van Royen P. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. *European Journal of General Practice.* 2009;15(4), 243-250.
3. WHO - World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. Dinamarca: WHO Publishing; 2004.
4. Saltman R, Rico A, Boerma W. A primary care in the driver's seat?. Berkshire: open university press; 2006.
5. Biscaia A, Heleno L. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(3), 701-711.
6. ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de referência para contratação de cuidados de saúde primários em 2015. Lisboa: Ministério da Saúde; 2016.
7. Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247675/details/maximized> Acessado em 01 de fevereiro de 2018.
8. ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório de acesso aos cuidados de saúde em 2016. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017.
9. Denzin NK, YS L. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2006.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
12. SIARS - Sistema de informação da Administração Regional de Saúde do Centro. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2017.
13. ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Relatório de Gestão e Contas do ano 2016. Castelo Branco: ULS; 2017.
14. Nunes A, Nunes M. A saúde em Portugal: um olhar sobre o distrito de Castelo Branco. Castelo Branco: RVJ Editores; 2016.
15. Nunes A. Gestão empresarial hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2013.
16. OCDE. Health Systems in Transition: Portugal. OCDE Publishing; 2015.

¹⁷. Pinto RM, Wall M, YU G, Penido G, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. American journal of public health. 2012, 102(11), 69-76.

¹⁸. Thomas EJ. Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward. BMJ quality & safety. 2011, 20(8), 647-650.

Submissão: 24/03/2019

Aceite: 18/04/2020