

O AMBIENTE COMO ASPECTO IMPULSOR E RESTRITIVO NO TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cynthia Ferreira de Melo¹, Denize Bouttelet Munari², Ana Cristina Sussekind³

Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

Email: cynthia.ferreira1@gmail.com; denize@fen.ufg.br ;
anacrissussekind@hotmail.com

Palavras chaves: Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Equipe de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (SF), criada pelo Ministério da Saúde em 1994, como estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, traz a mudança do modelo assistencial, desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde, que fazem atendimento na unidade local e na comunidade, em nível de atenção primária, segundo o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde⁽¹⁾.

Tem como finalidade propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos^(1,2).

A SF funciona por meio de equipes que são responsáveis pela produção de resultados e pela assistência da população atendida⁽²⁾. Em geral, o enfermeiro, profissional integrante dessa equipe tem uma atribuição fundamental ao desenvolvimento do serviço, pois além da assistência de enfermagem é responsável pela educação permanente e a coordenação da equipe composta, em geral por no mínimo um Enfermeiro, um Médico, um Auxiliar de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quando ampliada com o Programa de Saúde Bucal, contém ainda um Dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e/ou um Técnico de Higiene Dental⁽³⁾.

¹ Acadêmica do Nono Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

² Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Orientadora do trabalho.

³ Mestre em Enfermagem pelo PPGEN/FEN/UFG. Gerente da Atenção Básica do Município de Jaraguá/GO.

A enfermagem como profissão que se desenvolveu em um grupo de trabalho alicerçada na equipe de enfermagem deve estar orientada para atingir a meta de oferecer o melhor cuidado, com a melhor qualidade⁽⁴⁾. Entretanto, existem fatores que podem influenciar na organização e no alcance dessa meta, e dessa forma, a busca do resultado do cuidar na assistência ao cliente, pode sofrer interferências se não houver um espírito de equipe e união, o que pode comprometer seus objetivos comuns⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesse sentido, um dos grandes desafios que se apresentam aos profissionais de saúde que vêm atuando no âmbito da saúde da família refere-se à integração da equipe de trabalho⁽⁵⁻⁶⁾, o que exige articulação das ações de diversos profissionais⁽³⁾. Essa se constitui como instrumento fundamental para o desenvolvimento do trabalho e consolidação dos seus objetivos⁽⁷⁻⁸⁾.

Neste contexto, o trabalho em equipe coeso e comprometido pode ser considerado como estratégia que favorece assistência integral e de nível elevado a todos os usuários do serviço⁽⁹⁾. Também é considerado como uma das formas de trabalho que mais tem contribuído para o desenvolvimento do processo de melhoria da qualidade^(5,10).

Considerando a importância do desempenho do trabalho em equipe para as Unidades Básicas de Saúde e a SF, é fundamental o desenvolvimento de estudos que possam tornar claro onde e como se constituem os pontos de estrangulamento que o limitam e dificultam⁽⁷⁾.

Uma das formas de se mapear o desempenho das equipes de trabalho é a análise do campo de forças, que envolve aspectos que facilitam ou dificultam seu funcionamento para o planejamento de mudanças psicossociais⁽¹¹⁾. O processo de análise do campo de forças é composto de etapas que identificam as forças atuantes na situação, a estimativa de sua intensidade e a categorização das mesmas relativas aos elementos que se relacionam ao indivíduo (EU), aos elementos concernentes as relações com outras pessoas (OUTRO) e aos referentes ao ambiente físico, infra-estrutura e recursos materiais (AMBIENTE)⁽¹²⁾.

Em relação aos aspectos do AMBIENTE, vários estudos identificam as dificuldades de trabalho na SF referentes a esta categoria, sendo que os aspectos restritivos não se relacionam apenas a organização multidisciplinar das atividades, mas englobam também uma sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda por atendimento⁽¹³⁾.

Apesar de haver um limite de pessoas definidos pelo Ministério da Saúde, a realidade de algumas USF apontam para números de atendimentos superiores aos estabelecidos com consequente sobrecarga de trabalho em todas as categorias profissionais, consequência da grande quantidade de famílias sobre responsabilidade da equipe, o que faz com que estes profissionais tenham que assumir uma duplicidade de papéis resultando em desgaste e

desumanização do atendimento, que associado às precárias condições de trabalho, restringem tanto o trabalho das equipes de saúde quanto a qualidade da assistência prestada a população⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Além da sobrecarga de trabalho nos ambientes das USF, a insuficiência de recursos humanos também é um fator frequente considerado como restritivo ao trabalho das equipes, associado à falta de capacitação dos mesmos para trabalharem em SF⁽¹⁴⁾.

De acordo com a literatura, numerosos são os fatores relacionados ao ambiente que prejudicam o trabalho em equipe e comprometem a qualidade do trabalho, como os problemas sociais da comunidade, condições de trabalho precárias, conflitos internos, baixos salários, entre outros. Sendo assim, é necessário que a equipe se organize e tome medidas para impedir que estes problemas adquiram maiores proporções⁽¹³⁾. O trabalho em equipe é considerado um instrumento fundamental, além de possibilitar e promover o diálogo entre as pessoas para melhorar a convivência, elevar a motivação da equipe e delinear com todos os membros ações a serem implantadas e objetivos a serem cumpridos possibilitando a integração da equipe e a qualidade da assistência⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O desenvolvimento do presente estudo foi elaborado a partir desta perspectiva de modo a indicar pontos de conflitos que restringem o desempenho das equipes rumo ao atendimento de qualidade na assistência em saúde, assim como aqueles que potencializam o trabalho e que nem sempre podem estar sendo valorizados⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Tendo em vista a experiência anterior no mapeamento das forças contidas no trabalho em equipe de enfermagem, através de estudos realizados em outra unidade de saúde, identificamos o ambiente como um problema recorrente nos serviços de saúde, bem como sua interferência no desempenho do trabalho em equipe. Por essa razão neste trabalho nos ocupamos da dimensão AMBIENTE em equipes da SF e dessa forma propomos como objetivo analisar as forças impulsoras e restritivas ao trabalho em equipe relacionadas ao AMBIENTE da SF em um município no interior de Goiás.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva exploratória, que objetiva a observação e descrição de fenômenos permitindo a compreensão destes e dos fatores que se relacionam a ele.

O presente trabalho foi executado de forma articulada a coleta de uma dissertação de mestrado de uma aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEN/UFG.

O estudo foi desenvolvido com os profissionais que integram as equipes das dez Unidades Básicas da Saúde da Família (SF) do município de Jaraguá-GO, sendo que, à época da coleta de dados, integravam as equipes 10 enfermeiros, 06 médicos, 09 técnicos de enfermagem, 05 auxiliares de enfermagem, 87 ACS, 09 odontólogos e 07 ASB, totalizando 133 sujeitos. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento de coleta de dados respondido pelos profissionais o qual permitiu a identificação do campo de forças específico do referido serviço e os elementos que impulsionam e restringem o trabalho em equipe na dimensão AMBIENTE⁽¹¹⁾.

Para inclusão dos profissionais na pesquisa foram adotados os seguintes critérios: trabalhar na SF há pelo menos seis meses, estar lotado na equipe atual em igual espaço de tempo e, apresentar disponibilidade para participar após ser informado sobre os objetivos e características do estudo. Os critérios de exclusão foram, além de não atender aos critérios definidos acima, estar em afastamento por qualquer motivo na época da coleta (férias, licença médica, licença maternidade).

Após aplicação dos critérios, foram excluídos 07 ACS [licença médica (04); menos tempo de serviço (02); uma exoneração] e uma técnica de enfermagem.

Além disso, à época da coleta as ESF estavam desfalcadas em 04 médicos e 02 ASB.

Não aceitaram participar da pesquisa 03 médicos (equivalente a 50% do total de profissionais atuantes nas UBSF), 02 dentistas (22%), 02 técnicas de enfermagem (22%), 01 auxiliar de enfermagem (20%), 04 ASB (57%) e 03 ACS (3%). Houve adesão de 100% dos enfermeiros.

Dos 125 sujeitos aptos a participar do estudo houve adesão de 109 participantes, compreendendo 88% da população de estudo.

Para a coleta, os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, sendo esclarecidos dos seus objetivos e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados produzidos a partir do questionário foram analisados e organizados em categorias criadas a partir da repetição de dados que, sendo agrupados permitiram a apresentação de sua descrição, do número que representa a repetição do dado e do percentual em comparação ao conjunto total dos dados.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado, sob o protocolo nº. 180/2009 pelo Comitê de Pesquisa Médica e Animal do Hospital da Clinicas da Faculdade de Medicina/UFG.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o tratamento dos dados coletados, foram consideradas todas as respostas dos sujeitos, pertinentes a dimensão ambiente físico, as quais representam 2832 do total das respostas obtidas nas três dimensões previstas no estudo maior. Do total das respostas relacionadas nessa dimensão **1230 (43,4%)** são relacionadas como forças impulsoras e **1602 (56,6%)** como forças restritivas.

A partir desse conjunto e tendo em vista o referencial metodológico de análise, foram identificadas, por meio da repetição e agrupamento dos dados, **6 (seis)** categorias relativas aos fatores restritivos e **5 (cinco)** aos fatores impulsores. Dessas observa-se uma tendência de repetição do conteúdo das categorias indicando que o mesmo aspecto que impulsiona, também restringe o trabalho em equipe, embora o volume das respostas relacionadas aos aspectos restritivos seja proporcionalmente maior do que os impulsores.

A análise detalhada dos aspectos relacionados ao ambiente que impulsionam ou dificultam o trabalho das equipes na SF permitiu a identificação de categorias com a representação do número de respostas e do percentual que cada força representa como mostra a tabela 1e 2 a seguir:

Tabela 1. Categorias relacionadas às forças impulsoras para o trabalho em equipe na SF na dimensão **Ambiente**, de acordo com o numero de respostas e percentual. Jaraguá, 2010.

Categoria	n	%
1. Integração com área de apoio	622	51
1.1. Funcionamento adequado	294	47,3
1.2. Benefícios institucionais	231	37,1
1.3. Funcionários	69	11,1
1.4. Facilidade de acesso	28	4,5
2. Ambiente, estrutura física, equipamentos e materiais adequados	345	28
3. Apoio institucional (SMS)	170	14
4. Composição da equipe	54	04
5. Dinâmica e funcionamento adequado das UBSF	39	03
Total	1230	100

Tabela 2. Categorias relacionadas às forças restritivas para o trabalho em equipe na SF na dimensão **Ambiente**, de acordo com o número de respostas e percentual. Jaraguá, 2010.

Categoria	n	%
1. Áreas de apoio: limitações e deficiências	722	45,1
5.1. Funcionamento inadequado	398	55,1
5.2. Funcionários	184	25,5
5.3 Falta de comunicação.	95	13,2
5.4 Desorganização	29	04
5.5. Limitações no sistema de saúde	16	2,2
2. Estrutura física deficitária e deficiência de equipamentos e materiais	382	24,1
3. Postura institucional que prejudica o desenvolvimento do trabalho em equipe	244	15,2
4. Composição da equipe	183	11,4
6. Dinâmica e funcionamento inadequado na UBSF	67	4,2
Total	1602	100

O ambiente aparece como um fator que dificulta o trabalho em equipe, especialmente relacionado à desorganização, áreas de apoio, estrutura física deficitária, deficiência de equipamentos e materiais, postura institucional inadequada, número insuficiente de profissionais e com falta de atividades relacionadas à integração da equipe.

Em relação às forças impulsionadoras do Ambiente, a categoria integração com **área de apoio** (51%), aborda fatores relacionados aos aspectos necessários ao bom andamento do processo de trabalho. Essa categoria recebeu o maior volume de dados dentre todas as categorias impulsionadoras ao trabalho das equipes e foi subdividida em quatro subcategorias para facilitar a análise dos dados.

A subcategoria **funcionamento adequado** (47,7%), obteve o maior volume de dados entre as subcategorias analisadas. As respostas estão relacionadas ao funcionamento adequado das áreas de apoio que favorecem o desenvolvimento do trabalho das equipes, exemplificadas por: boa organização dos serviços, facilidade no agendamento de consultas especializadas, exames laboratoriais e encaminhamentos, rapidez no atendimento, entre outros.

A subcategoria **benefícios institucionais** (37,1%), refere-se à variedade de exames realizados, as parcerias estabelecidas com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o oferecimento de cursos de capacitação, a existência de casas de apoio nas unidades de referência, as especialidades médicas oferecidas, entre outros benefícios.

A subcategoria **Funcionários** (11,1%) representa à maneira educada, a disponibilidade, o número suficiente de funcionários, a capacidade técnica e a amizade dos funcionários das áreas de apoio.

Quanto á **facilidade de acesso** (4,5%), esta subcategoria mostra que as localizações das áreas de apoio facilitam o traslado da população, como, fácil localização e fácil acesso.

Especificamente, respostas relativas aos funcionários educados e capacitados destacam-se com o maior volume de dados, as facilidades de agendamentos (consultas, exames, encaminhamentos), o bom atendimento, os benefícios oferecidos à comunidade, a variedade de exames que são realizados, as parcerias, a estrutura física do hospital e as especialidades médicas também aparecem como impulsionadoras ao trabalho da equipe nas SF.

Em relação às **limitações e deficiências das áreas de apoio** (45,1%), esta categoria contextualiza os aspectos que restringem o trabalho das equipes de saúde em relação às áreas de apoio. Esta categoria também foi subdividida em cinco subcategorias para melhor análise dos dados.

A subcategoria, com maior número de respostas restritivas foi **Funcionamento inadequado** (55%), onde os sujeitos apontam o atendimento ruim, falta de equipamentos, burocracia, fila, ineficiência dos laboratórios, entre outros.

A subcategoria **Falta de comunicação** (13%) destaca-se a pouca interação e comunicação e a falta de informação entre as áreas de apoio e as UBSF.

A subcategoria **Desorganização** (4%) das Áreas de apoio é assinalada pelos sujeitos da pesquisa como restritivo para o desenvolvimento do trabalho e refere à desorganização na recepção do Hospital Municipal, desorganização dos documentos dos pacientes, das consultas para laqueadura e vasectomia, entre outras.

Na subcategoria **Limitações do sistema de saúde** (2,2%) destaca-se a falta de UTI no Hospital Municipal, falta de aparelho de hemodiálise, ter apenas um único hospital público são exemplos de alguns fatores, apontados pelos profissionais, que restringem a assistência á população e o trabalho em equipe.

As áreas de apoio são citadas como disponíveis para atender às necessidades da unidade e o próprio fato de existirem já é considerado como facilitador ao trabalho das equipes e á melhoria da assistência a saúde⁽¹⁵⁾.

A categoria áreas de apoio na SF exerce maior impacto com o maior volume de respostas se comparada às outras categorias, tanto como fator restritivo quanto impulsor do trabalho das equipes. A ausência de articulação e integração do trabalho desenvolvido pelos diversos serviços desencadeia a descontinuidade das ações e a fragmentação da assistência⁽¹⁴⁾.

As áreas de apoio constituem-se em um meio de trabalho fundamental, mas é também um eixo delicado de relações no interior da organização, principalmente quando os fatores que restringem o trabalho se relacionam as atividades realizadas pelos próprios profissionais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Como o apoio é dinâmico e depende de relações interpessoais, o fortalecimento das áreas de apoio possibilita o aprimoramento do trabalho em equipe, sem que haja uma sobrecarga da responsabilidade sobre cada profissional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A categoria impulsora **Ambiente, estrutura física, equipamentos e materiais adequados**(28%) contextualiza fatores relacionados ao espaço físico e às condições gerais das UBSF que contribuem para um ambiente de trabalho satisfatório, além do reconhecimento dos profissionais em relação à disponibilidade de recursos materiais adequados para oferecer uma assistência de qualidade. Os profissionais destacam como impulsor ao trabalho das equipes a localização das UBSF, a estrutura, o espaço físico, a boa iluminação e a ventilação adequada.

A categoria **Estrutura física deficitária e deficiência de equipamentos e materiais** (24,1%) representa às respostas relacionados à estrutura física e equipamentos inadequados que prejudicam o processo de trabalho. Especificamente nessa categoria destacam-se as condições inadequadas do ambiente, o espaço físico inadequado da UBSF, a localização, a ventilação e a iluminação inadequadas, ao número insuficiente e/ou falta de materiais, equipamentos e informativos que dificultam o processo de trabalho, tais como, falta de materiais (falta de medicamentos), falta de equipamentos e a falta de material didático.

A escassez de recursos é retratada frequentemente na literatura como fator que restringe o trabalho das equipes e a qualidade da assistência prestada aos usuários levando a precariedade das condições de trabalho e conduzindo à racionalização de custos. Vários são os estudos que apontam para a presença dessas questões no âmbito da SF^(3, 4, 16).

As unidades e os serviços de saúde devem estar habilitados tecnicamente e possuir condições de infra-estrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para prestarem um atendimento adequado e qualificado⁽⁴⁻⁶⁾.

A deficiência de recursos humanos e materiais concorrem para favorecer condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Além disso, compreende-se que sem estrutura física e equipamentos adequados a gestão tem sua capacidade de governo enfraquecida, na medida em que tais condições interferem na capacidade produtiva da equipe⁽⁵⁻⁶⁾.

A falta de tempo, ambiente físico inadequado, carências de materiais e de recursos humanos são algumas das condições evidenciadas que dificultam o trabalho em equipe e uma assistência humanizada^(6, 17-18).

É importante destacar que o ambiente em que o usuário é atendido deve representar um espaço que venha ao encontro da prestação de uma assistência de qualidade pelos profissionais, contribuindo na humanização desta assistência. As condições de trabalho inadequadas representam grandes dificuldades no que se refere à área física das Unidades^(6, 17-18).

Destaca-se ainda a insuficiência de materiais educativos, formulários e fichas, medicamentos que influenciam sobre a qualidade da atenção aos usuários, uma vez que podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos e comprometer a continuidade do cuidado⁽¹⁸⁾.

A categoria impulsora **Apoio institucional (SMS)** (14%) representa as ações positivas institucionais que ajudam no desenvolvimento de um bom trabalho, dentre elas destacam-se a disponibilidade da Secretaria Municipal de Saúde, o apoio, a assistência ao trabalho das equipes, as novas contratações e a atuação ativa.

Os aspectos restritivos relativos à **Postura institucional, que prejudica o desenvolvimento do trabalho em equipe** (15,2%) correspondem às limitações institucionais e as ações negativas da instituição para o trabalho. Nesta categoria se sobressaem as características relativas à gestão que limitam o desempenho das equipes, exemplificada por expressões como: atendimento ruim, gestor ausente, gestor autoritário, desinteresse, desinformação, desvalorização do enfermeiro pelo gestor, desorganização, falta de carro para as ESF, desmotivação salarial e desrespeito com a população.

Sabe-se que a responsabilidade dos municípios com a saúde cresce progressivamente, na medida em que esses adquirem condições e capacidades para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações. Entretanto, constatou-se, neste estudo, a insatisfação de muitos profissionais com a falta de apoio, parceria e atenção das instituições prejudicando o desempenho das equipes^(1,5-6,17).

A postura institucional com pouco interesse dos gestores em saber os efeitos e impactos produzidos por suas políticas e projetos, a comunicação deficiente, e a desvalorização dos profissionais podem prejudicar o desempenho do trabalho da equipe que pouco conhece sobre os métodos e o processo decisório no contexto do trabalho em saúde^(1,6).

Destacamos a importância da participação do gestor no monitoramento e na avaliação do trabalho da equipe para o planejamento e a formulação de políticas e programas,

oferecendo subsídios para uma visão crítica da realidade e para a tomada de decisão baseada em evidências com vistas ao desenvolvimento de atividades compatíveis com a realidade, que garantam a qualidade dos serviços prestados à comunidade^(1,5-6,17).

Além da prestação de serviços de saúde, a atuação eficiente do gestor é considerada ferramenta principal para o subsídio de equipamentos, estruturas físicas e recursos financeiros adequados e necessários à assistência. Por isso, é de suma importância que o gestor desempenhe seu papel de forma eficiente e eficaz proporcionando o apoio institucional necessário as ações e serviços da SF, de forma a potencializar o trabalho das equipes de saúde da família^(1,5-6).

A **Composição da equipe** (4%), relacionada aos fatores impulsores, refere-se ao número adequado de profissionais nas equipes que contribuem para um ambiente de trabalho favorável, destaca-se a equipe completa e a presença de no mínimo dois técnicos de enfermagem.

Os fatores restritivos relativos à **Composição da equipe** (11,4%) refletem o número insuficiente de profissionais que contribuem para um ambiente de trabalho desfavorável, ilustrados por respostas como: equipe incompleta (Falta de médico) falta de outros profissionais nas equipes, além da falta de integração entre as equipes.

Destaca-se nessa categoria a alta rotatividade dos profissionais em cada unidade especialmente, do médico, geralmente são recém-formados e logo que passam nos exames para residência, se desvinculam do serviço, deixando o município desprovido do profissional. Esse é um problema recorrente em municípios do interior⁽²⁻³⁾.

É preciso que os próprios integrantes das equipes de saúde da família tenham o compromisso e a responsabilidade com o serviço e a comunidade e assimilem a estratégia como uma prática inovadora e reestruturadora das ações de saúde, com resgate de uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e da importância das relações e interações entre os membros da equipe de saúde^(3,5,7).

É importante que haja número suficiente de profissionais e integração das ações desenvolvidas. Cada profissional desenvolve suas próprias atividades de maneira desarticulada, o que tem direta repercussão no trabalho e composição da equipe de saúde⁽²⁻³⁾. As ações desarticuladas reforçam processos de trabalho fragmentados, com baixa capacidade resolutiva. Além disso, o número insuficiente de profissionais ocasiona sobrecarga de trabalho e estresse profissional. Neste contexto, o trabalho em equipe articulado e eficiente

possibilita lidar com as situações de sobrecarga e conflitos aliviando situações de tensão profissional^(7,8,9).

A quantidade insuficiente de profissionais interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados à comunidade, pois com um número reduzido de profissionais o tempo de cuidado prestado é limitado devido à sobrecarga de trabalho, o que dificulta o cuidado integral, o acolhimento, e o vínculo, influenciando diretamente na própria equipe de trabalho com comprometimento do trabalho em equipe coeso e eficaz^(7,8).

Uma das maiores dificuldades na implementação da SF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade. Faz-se necessário, portanto, número suficiente de profissionais e o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos⁽⁵⁻⁷⁾.

A categoria impulsora **Dinâmica e funcionamento adequado das UBSF** (3%) refere-se às condições gerais das unidades que possibilitam boa funcionalidade do serviço. Destacam-se nessa categoria: a limpeza das UBSF, unidades bem equipadas, público direcionado e a comunicação.

A Dinâmica e funcionamento inadequado na UBSF (4,2%) diz respeito a respostas referentes ao funcionamento propriamente dito, como restritivo ao trabalho em equipe. Ilustram essa categoria respostas como: falta de carro para as SF e a falta de organização.

No que se refere ao aspecto normativo, a Política Nacional de Atenção Básica preconizou a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo destacados uma lista de aspectos que devem estar presentes em cada unidade de saúde, como por exemplo, os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contra-referência para os serviços especializados^(6,16,19).

No campo da avaliação de saúde, a estrutura é um dos componentes que se destaca. Sua abordagem se baseia no modelo sistêmico onde a estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos ou insumos financeiros, humanos e materiais utilizados), o processo, ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, e os resultados às mudanças verificadas, sejam elas relacionadas a um efeito no

estado de saúde dos indivíduos, ou a mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços^(19,20).

É importante salientar também a influência do comportamento individual pelo ambiente físico, político, econômico e social, sobre este e os demais componentes. A estrutura, denominada como capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços. Entre esses estão a análise de pessoal, que considera a educação e treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço e a análise dos equipamentos com a finalidade de avaliar a disponibilidade de recursos para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do sistema de saúde^(8,19-21).

CONCLUSÃO

O trabalho em equipe é um instrumento eficiente para melhoria do processo de trabalho e também uma das formas de atuação que mais tem contribuído para a melhoria contínua dos processos nas instituições. É utilizado como uma das possibilidades de lidar com os inúmeros problemas enfrentados pelos profissionais da enfermagem, como o estresse, superlotação, sofrimento, falta de materiais e recursos humanos entre outros.

O estudo permitiu analisar o campo de forças para o trabalho da equipe de saúde nas UBSF na dimensão do Ambiente. Foram identificados pelos sujeitos mais fatores restritivos do que impulsores para o trabalho em equipe nas unidades de saúde estudadas.

A dimensão do Ambiente refere-se aos elementos que são relacionados aos aspectos que envolvem estrutura, recursos materiais, entre outros. Nesta dimensão foi evidenciada forte tendência das forças restritivas, indicando que esta é uma limitação ao trabalho em equipe e que necessita de atenção por parte dos gestores e profissionais de saúde.

Com este estudo foi possível perceber que na equipe saúde das UBSF estudadas há um campo de forças que precisa ser trabalhado em busca da melhoria da qualidade da assistência, em particular, pelo potencial a ser desenvolvido se considerarmos as forças impulsoras identificadas e o maior volume de respostas relativas aos fatores restritivos ao trabalho das equipes.

Porém, é necessário que a opção pela adoção do modelo de trabalho em equipe como eixo da ação dos profissionais seja reconhecida como um desejo dos profissionais envolvidos na assistência, dos gestores e das instituições. Nesse sentido, é fundamental a qualificação desse grupo e do apoio institucional no que se refere ao desenvolvimento de equipes,

fundamentado em um referencial teórico/técnico que viabilize a transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes relativos a essa modalidade de trabalho.

Nesse sentido, se o maior problema que restringe o trabalho em equipe está relacionado ao Ambiente, sendo as UBSF a porta de entrada do sistema de saúde, considera-se fundamental a busca de mudanças diante desta situação, já que ela interfere na qualidade da assistência prestada, diminui a capacidade de atendimento às demandas dos usuários e de oferecer condições dignas aos profissionais para desenvolverem o seu trabalho.

Consideramos que os fatores impulsores e restritivos ao trabalho em equipe devem fazer parte do planejamento das instituições. Como ferramenta para ser incorporada nos modelos de gestão de recursos humanos, possibilita o desenvolvimento de estratégias para mobilizar as equipes de trabalho, bem como, para com os elementos que favoreçam sua efetividade.

REFERÊNCIAS

1. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 23-34.
2. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008; 42(2): 256-61.
3. Pavoni DS, Medeiros, RG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm*. 2009;62(2): 265-71.
4. Giroti SKO, Nunes EFPA, Ramos MLR. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008; 29(1): 9-26.
5. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.*. 2008; 20(2): 237-246.
6. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Glauce D. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 15(3): 7-18.
7. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-464.

8. Campos L, Wendbausen A. Participação em saúde: concepções e praticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2007; 16(2): 271-9.
9. Silva IZQJ, Trad, LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*; 2005;9(16): 25-38.
10. Neckel LG, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 1463-1472.
11. Moscovici F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.
12. Moscovici F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
13. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2): 237-246, 2008.
14. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2009; 62(2): 265-71.
15. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6):1187-1193.
16. Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8):1561-1572.
17. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Xavier AL, Costa AF. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010; (Supl. 1): S69-S81.
18. Trad LAB, Meneses e Rocha AAR. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1969-1980.
19. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2009 mar;30(1):54-61.

20. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010; 20(1): 235-259.

21. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2008; 12 (24):153-67.

22. Tesser CD; Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 5(3):3615-3624.