

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

MAÍSA RITA DE FÁTIMA BERNARDES DAVID

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão**

Belo Horizonte

2010

Maísa Rita de Fátima Bernardes David

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialização.

Área de concentração: Atenção Básica em Saúde da Família

Orientador: Professor Ricardo Alexandre

Belo Horizonte

2010

Maísa Rita de Fátima Bernardes David

**ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialização.

Aprovada em: ____/____/2010.

BANCA EXAMINADORA:

ORIENTADOR: Professor Ricardo Alexandre(UFMG)

Examinador - (UFMG)

Examinador - (UFMG)

Às minhas filhas.
Ao meu marido.
Aos meus familiares.
Aos meus professores.
A Deus, razão da minha existência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente devo agradecer a Deus, razão da minha existência, dos meus propósitos e de todos os meus sonhos e desejos. A Ele agradeço de forma incondicional.

É preciso também agradecer aos meus familiares pelo apoio incondicional, carinho, amor, afetividade e ajuda com os estudos e a força que me deram e continuam dando. Em especial às minhas filhas e ao meu marido.

Agradeço aos mestres da UFMG e em especial aos meus professores/Mestres pelo ensino competente, empenho, dedicação na docência e orientação deste e pelo esforço em transmitir e construir um curso fundamentado em princípios científicos éticos.

À UFMG pelos conhecimentos que me forneceu ao longo do curso para que eu me tornasse uma profissional respeitada e capacitada.

Também são merecedores dos meus agradecimentos, os meus colegas de sala que se fizeram amigos presentes nas alegrias e dificuldades.

Aos meus amigos que compreenderam meus momentos de ausência para me dedicar aos estudos.

A todos que fazem parte da minha vida, os meus agradecimentos.

“Quando nada parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras martelando sua rocha, talvez cem vezes sem que nenhuma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas e eu sei que não foi aquela a que conseguiu, mas todas as que vieram antes”.

Jacob Riis

LISTA DE SIGLAS

ESF -	Estratégia Saúde da Família
LOS -	Lei Orgânica de Saúde
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade Saúde da Família

RESUMO

A presente pesquisa aborda o trabalho em equipe como alicerce importante na Saúde da Família, embora ainda pouco pesquisado e documentado na Saúde Coletiva. A ação interdisciplinar, nas equipes, reforça o conceito da integralidade, norteando um objetivo comum de construção de um trabalho eficaz. A implantação do SUS tem-se constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar resposta a necessidades bastante concretas. O Programa Saúde de Família representa um exemplo desta busca. Tem sido uma forma de reorganização da atenção básica de saúde e de reorientação do modelo de assistência. Sob esta ótica, o objetivo desta monografia é apresentar preliminarmente considerações sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. A metodologia utilizada se faz pela revisão bibliográfica, a qual utiliza os meios bibliográficos na busca pela orientação em revistas, livros, periódicos e todo o material disponível sobre o tema proposto.

Palavras-chave: SUS. Estratégia de Saúde da Família. Trabalho em equipe.

ABSTRACT

This research addresses the work and staff as important foundation in family health, although still under-researched and documented in public health. The interdisciplinary action teams reinforces the concept of completeness, guiding a common goal of building an effective work. The implementation of SUS has been a major challenge for managers, health professionals and society as a whole. The search for a new model of care makes sense in practical effort to provide answers to very specific needs. The Family Health Program is an example of this search. It has been a form of reorganization of primary care and reorientation of care model. Under that view, the purpose of this thesis is to present preliminary considerations on the process of work of a group of Family Health. The methodology used is made by an **integrative** review, which is used bibliographic resources in the search for guidance in magazines, books, periodicals and all available material on the theme.

Key-word: SUS. Strategy for Family Health. Working in teams.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Relevância do tema.....	12
1.2	Objetivos.....	12
1.2.1	Objetivo geral.....	12
1.2.2	Objetivos específicos.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Breve histórico sobre o SUS.....	14
2.2	Criação do PSF – Estratégia Saúde de Família.....	18
2.3	Organização do processo de trabalho em saúde na ESF: equipe multiprofissional e integralidade.....	21
3	METODOLOGIA	32
3.1	Método.....	32
3.2	Etapas do estudo.....	33
3.3	Análise dos conteúdos.....	34
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
4.1	Identificação dos artigos, ano de publicação, autores, objetivos, população e amostra dos artigos validados nesta revisão.....	39
5	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Paim e Almeida Filho (1998), a área da saúde, no que se refere ao âmbito coletivo-público-social, tem passado por momentos de transformação e de movimentos de recomposição sucessivos das práticas sanitárias decorrentes de determinadas articulações entre sociedade e Estado. Este, por sua vez, define, em cada circunstância, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde pública com a prestação de serviços.

Santana (2000) salienta que a prestação de serviços de saúde é um processo que se baseia em uma determinada composição de trabalho e a participação efetiva dos diferentes trabalhadores que integram as equipes de saúde deve estar modulada pela experiência acumulada ao longo de muito tempo.

Para o autor, o trabalho em equipe tem como propósito a busca por impactos acerca dos diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença e a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.

Contudo, o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) apresenta peculiaridades em que são redefinidos, cotidianamente, o objeto e os instrumentos de trabalho dessa nova equipe de saúde, ainda em processo de conformação, em termos do perfil de competências e habilidades de seus integrantes. Ou, avançando mais na polêmica, uma equipe cuja composição básica está estabelecida, mas que poderá alterar-se no futuro ou adaptar-se no presente, conforme diferentes contextos sociais, econômicos e culturais do país.

Santana (2000) explica que a implementação do PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu como uma proposta de reorganização do modelo assistencial a partir de uma nova configuração do sistema de atenção básica. Este programa tem por

base a atuação de uma determinada equipe de trabalhadores, em cuja composição, participam tanto agentes comunitários de saúde quanto profissionais com graus de educação superior e médio.

Por meio de um trabalho multidisciplinar é possível alcançar maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, porém, vale ressaltar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no Programa Saúde da Família (PSF), por si só, não garante uma abertura com a dinâmica médico-centrada.

Há, segundo Santana (2000), a necessidade de ferramentas que mudem ou provoquem alterações na dinâmica do trabalho em saúde e nos fazeres do cotidiano de cada profissional. É preciso também identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

Sob esta ótica, nota-se que a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), como ferramenta que altere a dinâmica do trabalho em saúde, conforme salienta Santana (2000) constitui-se de um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo.

Nesse contexto, o presente trabalho propõe-se discutir as considerações sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família e assim, poder sugerir como tornar o trabalho em equipe mais eficaz. Além disso, também são expostos conceitos e discutida a importância da integralidade, imprescindível na garantia da qualidade de atenção à saúde.

Quanto à estrutura desta monografia, ela é composta por cinco capítulos e, no primeiro capítulo, o tema proposto é abordado na introdução para que o leitor tenha maior familiarização com o assunto desenvolvido.

O segundo capítulo titulado revisão de literatura faz uma abordagem teórica sobre o Programa Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Composição das Equipes de Saúde da Família, Trabalho em Equipe de Saúde da

Família e o princípio da Integralidade, demonstra o processo de trabalho da ESF, trazendo conceitos, mostrando suas finalidades e o papel a que se destina, dentre outros.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia de pesquisa, ou seja, os métodos usados para a busca por material e coleta dos dados. São os passos que a autora seguiu para chegar ao resultado final dessa monografia.

É apresentada no quarto capítulo a discussão, momento em que a autora demonstra o conhecimento sobre o tema desenvolvido, além de apresentar uma síntese conclusiva sobre o estudo mostrando as conclusões obtidas a respeito da organização do processo de trabalho em saúde na ESF, apresentando as informações analisadas, verificando os fatos apresentados e abordados por meio da compilação dos dados realizando uma discussão dissertativa.

No último capítulo a conclusão é apresentada com base nos resultados alcançados demonstrando se o objetivo central desse estudo foi alcançado, propondo mudanças para pesquisas futuras.

1.1 Relevância do tema

O tema é de considerável relevância pela necessidade de análise, reflexão e discussão por parte dos diversos sujeitos que atuam na Estratégia Saúde da Família, acerca de possibilidades para a potencialização da qualidade das ações em saúde, o enfrentamento dos nós que limitam o seu efetivo funcionamento e progressiva consolidação do Sistema Único de Saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Descrever o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família dentro do modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Demonstrar as diferentes abordagens referentes ao trabalho em equipe.
- Analisar como se dá a organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família.
- Descrever a estruturação das equipes de saúde da família.
- Verificar a relevância da formação adequada dos componentes das equipes de saúde da família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Momentos históricos sobre o SUS

De acordo com Melo e Santos (2007) a luta por um sistema de saúde descentralizado tem o seu auge a partir do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que aconteceu nas décadas de 70 e 80. Tal descentralização das ações de saúde possibilitaria mais equidade na solução dos problemas de saúde no país.

Os autores salientam que a descentralização das ações predominante no Brasil foi a político-administrativa, significando mais do que uma redistribuição de recursos financeiros entre as esferas federal, municipal e estadual de governo, além de representar também a divisão de poder e responsabilidades na implantação e implementação das políticas públicas de saúde.

Melo e Santos (2007) dizem que os estados e municípios passam a partilhar juntamente com a União a responsabilidade de planejamento, formulação, implementação de políticas, programas, serviços de saúde e ações. Neste processo descentralizador, a esfera municipal ganha destaque, por ter sido esta a que mais recebeu atribuições decorrentes da partilha dos recursos financeiros e de poder.

Conforme Silva e Trad (2005) a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se estabelecido como grande desafio para os profissionais da saúde, gestores e toda a sociedade. De acordo com os autores, a descentralização dos processos de tomada de decisão em saúde tem permitido melhor visualização dos problemas a serem encarados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um modelo assistencial inovador ganha sentido prático no esforço de dar resposta a necessidades concretas.

Para o Ministério da Saúde (2009), o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde enfrenta probabilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária, devendo cada gestor ter ações determinantes na superação dos desafios e na consolidação deste sistema que, empenhado com as necessidades

específicas de cada localidade brasileira, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais democrática.

Uma das maneiras de construção de uma sociedade mais democrática, no quesito saúde, é pelo SUS, pois se trata, segundo Giugliani *et al.* (2004), de um dos maiores exemplos de política promotora de inclusão social no país e no mundo.

Os autores salientam que os pressupostos e princípios do SUS definem o acesso universal dos cidadãos, a integralidade do cuidado em saúde e o controle social e, desde que foi criado por meio da Constituição Federal de 1988, é um sistema que vem promovendo significativa expansão no volume dos serviços e ações ofertadas à população, com a ampliação de sua cobertura em todo o Brasil.

Devido a sua ampliação, surgiu então a necessidade de expandir os serviços, além de torná-los mais resolutivos, eficientes, qualificando as ações para uma melhoria do perfil de saúde.

Segundo Giugliani *et al.* (2004), esta preocupação com a qualidade nos serviços do SUS se fez presente na atenção primária, a qual foi nominada atenção básica, terminologia utilizada no país para definir a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema público de saúde.

No ano de 1986, o movimento sanitário e alguns segmentos profissionais e governamentais se juntam na celebração de uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde. Em 1987, foi inaugurado o chamado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

De acordo com dados do Ministério da Saúde foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que houve maior participação da população marcando, assim, as mudanças da saúde no Brasil. Com o impulso desta Conferência e com a grande mobilização nacional para pressionar a Assembléia Nacional Constituinte, foi inserido o modelo defendido e aprovado pelos movimentos sociais na Constituição Brasileira, que aprovou as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a proposta do SUS em sua essência.

A partir desta 8ª Conferência de Saúde realizada em 1986, que possibilitou ao Brasil a realização de uma reflexão profunda acerca da política sanitária vigente até então, buscou também, estratégias de extensão da cobertura da assistência médica a toda a população brasileira, cunhou consenso quanto à necessidade da criação do SUS, sob o controle de um órgão gestor, Ministério da Saúde, além de ter como premissa o direito do cidadão à saúde como um dever do Estado, (NETTO, 2002).

Foi somente na Constituição Federal de 1988, que o SUS adquiriu base legal e, a partir de então, a saúde no Brasil passa a ser um dever do Estado e um direito de todo o cidadão brasileiro.

O SUS conta com diretrizes e apresenta o conceito de saúde:

Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (GIUGLIANI *et al.*, 2004, p. 71).

Estes princípios são essenciais para se entender as diretrizes do SUS no Brasil. As diretrizes, conforme ensinamentos de Giugliani *et al.* (2004), são a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização, controle social, participação complementar do setor privado e recursos humanos.

Os princípios do SUS, para Finkelman (2002), estabelecem as bases para a abordagem integral da saúde no país, contudo, tem se centrado na organização dos serviços de atenção à doença. Tal procedimento pode levar à inviabilidade financeira do sistema pela incorporação e utilização de tecnologias, que não se pautam por critérios epidemiológicos, estando mais sensíveis às injunções do mercado.

Relata, ainda, que o aumento do fluxo de recursos para os serviços de saúde, tal qual estão constituídos, causa pouco impacto sobre o estado de saúde da população, uma vez que, os recursos fornecidos para satisfazer a incorporação e

expansão de tecnologias são independentes dos apontamentos epidemiológicos e avaliativos.

O autor atenta ainda que no Brasil, a promoção da saúde deve se confundir com a construção de sujeitos cidadãos, que se encontra assinalada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e este é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde fazendo parte do esforço da sociedade por qualidade de vida.

Segundo Oliveira *et al.* (2007) o SUS deveria representar para o Brasil uma política que dá a totalidade para as práticas profissionais em saúde, orientado por uma grandeza jurídica e normativa que determinasse as bases filosóficas e operacionais. Nesse sentido, o SUS deve então facilitar e possibilitar o acesso universal dos cidadãos às ações e serviços de saúde, contudo, se depara com dificuldades ligadas à insuficiência de recursos financeiros face às demandas apresentadas e à falta de organização dos estados e municípios para a efetivação de ações regionalmente hierarquizadas. Além disso, é um sistema que também se depara com dificuldades quanto à disparidade de salários e cargos, repasse de recursos financeiros e à disparidade de posições dos gestores e profissionais. Desta forma, salientam:

O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde, mas especialmente pela mudança impressa por ele nas formas de direcionamento, de concepção, e de execução da assistência à saúde no país (OLIVEIRA *et al.* p. 378).

Com todo o sucesso do SUS no sentido de promoção à saúde, em 1994, como forma de extensão de cobertura do sistema, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.2 Criação do Programa Saúde da Família – Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a ESF emerge em uma conjuntura restrita do ponto de vista econômico o qual Garbois *et al.* (2007) observam que as incertezas dessa política refletiam os grandes desajustes nas finanças públicas, bem como mudanças nas taxas de

crescimento, repercutindo de forma negativa no financiamento destinado à saúde no início da década de 90.

No ano de 1991, a estratégia do PSF foi iniciada com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a proposta de reorientar o modelo assistencial, já desenvolvido a partir da Atenção Básica.

Conforme explicam Ribeiro *et al.* (2004), o programa lançado em 1994 foi inicialmente catalogado como estratégia, visando a diferenciação dos demais programas tradicionais já existentes e produzidos pelo MS. No ano de 1997 surge a segunda versão oficial do PSF, desta vez definida efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Em 1994, o Programa Saúde da Família, que de acordo com o autor, tem como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde passou posteriormente a ser considerado como estratégia de reestruturação do SUS, a partir da Atenção Básica.

Leão (2005) salienta que o PSF teve como pressuposto a implementação dos princípios do SUS e como elementos centrais, o trabalho com adscrição de clientela, acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional.

Sob esta óptica, Gomes *et al.* (2009) salientam que o PSF foi introduzido no cenário brasileiro como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, sendo ela justificada pela necessidade de se substituir o modelo existente, centrado na doença e no cuidado médico individualizado, por um modelo inovador e sintonizado com os princípios do SUS. Este programa, ainda coloca em foco, o modelo da produção social da saúde, com maior relevância na atenção primária, no cuidado e na prática sanitária da vigilância à saúde.

A implantação do PSF, como expõem os autores, segue protegendo a dicotomia de que em um lado, ratifica a condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos e de outro lado, reivindica a posição de nomeação de "estratégia" por apresentar caminhos possíveis a serem atingidos de acordo com os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial por meio da atenção básica,

capaz de intervir e produzir resultados no sistema como um todo. Nesse sentido, Gomes *et al.* (2009), explanam:

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o PSF tem como principais características: a adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando a promoção da saúde (GOMES, et al., 2009, p. 745).

Ribeiro *et al.* (2004) afirmam que as equipes de saúde da família têm como propósitos primordiais a prestação de assistência integral ao cidadão, contínua e de qualidade, às necessidades de saúde da população, dando ênfase à perspectiva da família. Entretanto, para que tais objetivos sejam alcançados, os autores explicam que é preciso realizar planejamento das ações, abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, organização horizontal do trabalho e ainda compartilhamento do processo de decisão.

Segundo Harzheim *et al.* (2004), esse mesmo programa, conhecido como Programa de Saúde da Família, composto por equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias nas diferentes comunidades dos municípios evoluiu e passou a ser chamada de Estratégia de Saúde da Família, doravante ESF.

Segundo Araújo e Rocha (2006) as orientações do Ministério da Saúde, no que se refere à ESF, são as ações estruturadas no trabalho em equipe visando a humanização das práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Sobre a ESF, a explicação dada é entendida, conforme Ministério da Saúde, como sendo uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que se faz com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. É um programa acessível e regionalizado, descentralizado, com hierarquização e participação popular efetiva, salientam Harzheim *et al.* (2004). Sua definição é assim dada:

Um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias² (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos (HARZHEIM *et al.*, 2004, p. 88).

A ESF é um programa dinamizador do SUS que, segundo o Ministério da Saúde é condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil e funciona como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde provocando um importante movimento na área, além de buscar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Trata-se ainda, de um programa que, tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2009).

De acordo com Santana (2000), o processo de trabalho da ESF apresenta algumas particularidades que tangem as questões de ordem e trata-se de uma equipe cuja composição básica está estabelecida, mas que poderá alterar-se no futuro ou até mesmo adaptar-se no presente, dados os ditames da realidade nos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais do país.

Quanto à criatividade com que deve ser focado o trabalho da ESF, Santana (2000) afirma que alguns princípios foram adotados como ponto de partida para a construção da metodologia de organização desse trabalho, lembrando que a organização do cuidado em saúde se faz em torno do conceito de problema e as implicações práticas decorrentes dele.

Sob esta óptica, o autor relata que o trabalho da equipe da ESF desenvolve-se como um processo para identificar os problemas de saúde, com o levantamento das tecnologias disponíveis e apropriadas, por meio de planejamento conjunto.

Tais princípios citados por Santana (2000) referem-se a uma iniciativa conduzida pela equipe, ter o problema caracterizado pela percepção de todos, não somente do médico, estar delimitada pela disponibilidade de recursos locais, envolver ações e

responsabilização de toda a equipe e ainda requerer acompanhamento e avaliação contínuas. Para o autor:

Este processo implica em reconhecer que as normas, os desafios e o amplo aspecto de criatividade e possibilidades para a intervenção sobre problemas de saúde em determinada área de abrangência não existam, a priori, e o caminho para a realização de um trabalho em equipe – visando qualidade na prestação e recebimento do cuidado – passa, necessariamente, por um caminho de intermediação e construção coletiva (SANTANA, 2000, p. 14-15).

O funcionamento da ESF, de acordo com Santana (2000), ainda enfrenta dificuldades que envolvem sujeitos com formações diferentes e que devem trabalhar a favor de objetivos comuns.

Vale ressaltar também que, segundo Harzheim *et al.* (2004), a ESF é um programa que ainda não está totalmente acabado e se encontra em processo de aprimoramento e criação de novas práxis entre os trabalhadores que compõem a equipe.

2.3 Organização do processo de trabalho em saúde na ESF: equipe multiprofissional e integralidade

A atuação e a responsabilidade dos profissionais de saúde, segundo Leão (2005), deve seguir uma postura ética em que exista domínio dos conhecimentos e sensibilidade de uma escuta realmente efetiva na identificação dos problemas e dificuldades alegadas pela população, pacientes e membros da comunidade atendida. Tais profissionais, ao fazerem parte de equipes de saúde devem ter maior equilíbrio nos conhecimentos para que possam garantir a eficácia no atendimento e orientação sobre a saúde devendo, então, ser criada uma estratégia para essa orientação.

Garbois *et al.* (2007) salientam que por meio da atuação de equipes multidisciplinares de saúde, em território delimitado e com clientela adscrita, é possível a preconização de uma produção social da saúde a partir da co-responsabilidade e estabelecimento de ligações entre os diversos atores sociais

participantes da embaraçada e complexa rede de relações, sustentáculos da dinâmica social.

A equipe está vinculada ao processo de trabalho que, de acordo com Santana (2000) se sujeita às transformações pelas quais este vem passando ao longo dos tempos. Pode-se entender a equipe como uma estratégia para melhorar o trabalho e efetivar a satisfação do trabalhador. E para melhor desempenho e eficácia no atendimento e promoção à saúde, a ESF é formada por equipes multiprofissionais que, de acordo com o Ministério da Saúde, atuam com ações de promoção da saúde por meio de prevenção, reabilitação e recuperação de doenças, além de promoverem a manutenção da saúde da comunidade em que atuam.

Saupe *et al* (2005) fazem reflexão sobre a importância da multidisciplinaridade em equipes de promoção à saúde e fazem também alusão sobre a pluridisciplinaridade:

A multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação. Na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas terminologias são frequentemente colocadas como sinônimas, o que necessariamente não se constituiria um erro. Rosenfield *apud* Perini *et al* (2001) chama de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma seqüencial ou paralela por disciplinas específicas (SAUPE *et al*, 2005, p. 523).

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS, e nota-se que a participação de uma equipe multidisciplinar tem maior eficácia na promoção à saúde:

A ESF tem tido consistentes repercussões positivas nos indicadores de saúde nas populações por ela atendidas e na satisfação dos usuários. Esse sucesso, explicitado pela redução da desnutrição e da anemia ferropriva em crianças, pela redução da mortalidade infantil, pelo aumento da cobertura do pré-natal e pelo alcance de equidade no acesso ao nível primário da atenção, entre outros resultados em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2004, p.98).

A todos estes profissionais são atribuídas responsabilidades em grupo e individual. Dentre as atribuições a todos os membros da equipe da ESF, Harzheim *et al.* (2004)

salientam que, conforme redação da portaria de Diretrizes e Bases do Ministério da Saúde, cabe a todos os profissionais que compõem as equipes a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, como também a melhoria contínua destas informações.

De acordo com Harzheim *et al.* (2004), cabe ainda aos membros da equipe realizarem o cuidado em saúde da população adscrita, priorizando o âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários. Além disso, realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população, inclusive as previstas nos protocolos da gestão local. Aos membros está atribuída ainda a garantia da integralidade da atenção por meio de ações de promoção à saúde, a realização de busca ativa e notificações de doenças e agravos, a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações e a responsabilização pela população adscrita. A equipe, além de participar das atividades de planejamento e avaliação das ações, deve promover a mobilização e participação da comunidade para efetivar o controle social, bem como, identificar parceiros e recursos na comunidade para potencializar ações intersetoriais. Conforme complementam Harzheim *et al.* (2004), os membros da equipe devem ainda garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica e participarem das atividades de educação permanente.

Para os autores, no que se refere às ações individuais, ao médico cabe realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, consultas clínicas e procedimento na USF, atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, encaminhar os usuários a serviços de média e alta complexidade sempre que for necessário, bem como, indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar.

É atribuída também ao médico a contribuição e participação nas atividades de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde e gerenciamento dos insumos necessários para o perfeito funcionamento da ESF.

No caso de ausência do enfermeiro, o médico deverá planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, conforme redação no Ministério da Saúde (2000).

Como atribuições dadas aos enfermeiros, Harzheim *et al.* (2004) iniciam dizendo que estes profissionais devem realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na USF, consultas de enfermagem, solicitar exames complementares. Cabe também aos enfermeiros, que compõem a equipe da ESF, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e supervisionar a realização das atividades de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem.

Harzheim *et al.* (2004) salientam que eles devem contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do auxiliar/técnico de enfermagem e outros, além de participarem do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O auxiliar ou técnico de enfermagem também faz parte da equipe da USF, sendo este profissional considerado um dos mais presentes nos ambientes onde se pratica o cuidado em saúde, e a ele são atribuídas algumas atividades específicas como participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o apropriado funcionamento da USF.

E por fim, os agentes comunitários de saúde, que Harzheim *et al.* (2004) afirmam serem estes os pilares da organização da APS no Brasil, pois eles moram na comunidade e integram a equipe de saúde da família atendendo a comunidade mais de perto, estando eles em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

A estes profissionais são atribuídas as ações de integração entre equipe de saúde e a população adscrita na USF. Eles trabalham com adscrição de famílias em base

geográfica definida, estão sempre em contato com as mesmas de modo a desenvolverem ações educativas, fazerem o cadastro de todas as pessoas de sua microárea, mantendo-os sempre atualizados e ainda orientarem as famílias quanto ao uso dos serviços de saúde que estão disponíveis.

Conforme consta na redação da Portaria de Diretrizes e Normas para Atenção Básica/2006 do Ministério da Saúde, Harzheim *et al.* (2004) completam que aos agentes comunitários cabe, também, o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças e agravos, fazerem o acompanhamento de todas as famílias sob sua responsabilidade por meio de visitas em domicílio e cumprirem com todas as atribuições que a eles são definidas em relação à prevenção e controle da malária e da dengue.

Dadas as atribuições a todos os membros que compõem a equipe da ESF, nota-se que todos, sem exceção, têm suas responsabilidades de grande relevância para o êxito das ações. E ao se considerar o trabalho em equipe na ESF, é notório que o trabalho de um completa o do outro, resultando em sintonia. Contudo, por existirem atribuições específicas, estas devem ser revistas no sentido de passar a ser do conhecimento de todos os componentes da equipe.

De acordo com definição de Bueno (1997, p. 224), equipe é um “grupo de pessoas que executam o trabalho”. Sob esta ótica, nota-se que o trabalho em conjunto pode tornar-se mais eficaz e demonstrar melhores resultados uma vez que conta com a colaboração de todos os envolvidos.

Uma equipe soma esforços que, segundo Santana (2000):

Surgiu da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada; e da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidade para o alcance dos objetivos (SANTANA, 2000, p. 45).

O trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana e segundo Santana (2000), mesmo com incentivos, existem

dificuldades em realizar o trabalho quando existem vários componentes e isso se deve às diferentes percepções do que seja trabalhar em equipe.

Dentre as equipes de maior relevância existentes em tempos atuais, tem-se a da ESF, sendo exemplo de organização no que se refere à Atenção Primária à Saúde, peculiar do SUS, formada por equipes multiprofissionais. Segundo Gonçalves *et al.* (2009), este trabalho realizado desta forma, em equipe, contribuiu para a racionalização do atendimento ao paciente, possibilitando ao médico aumentar um contingente maior de pessoas, com diminuição relativa da sobrecarga.

Gonçalves *et al.* (2009) dizem que os aspectos positivos do trabalho multiprofissional se referem à eficiência da comunicação, favorecendo, consecutivamente, a troca de experiências em favor de uma visão integral dos pacientes e, quanto a multidisciplinaridade, esta possibilita a incorporação de diferentes pontos de vista na implementação de melhores estratégias de ação nas áreas de abrangência de cada USF.

De acordo com os autores, esta especificidade do trabalho em equipe na ESF, composta por profissionais de diferentes formações, pode ser considerada inovadora, seja pela forma de participação de cada ator, seja na complementaridade no agir de cada envolvido, podendo ainda ser reconhecida como um dos pilares da estratégia em questão.

Para Araújo e Rocha (2006) o trabalho em equipe na ESF desencadeia um processo de construção de novas práticas, o que torna imprescindível para que os profissionais envolvidos na estratégia articulem dimensões novas no desenvolvimento do trabalho em equipe. E sobre o processo de trabalho, Araújo e Rocha (2006) dizem:

As especificidades do trabalho em saúde demarcam um campo específico das práticas, sendo que estas se desenvolvem em um espaço de encontro e de intervenção denominado de espaço intercessor, enquanto espaço onde se processa a produção de ações de saúde e onde cada trabalhador potencialmente pode decidir coisas, ou seja, exerce um certo autogoverno (ARAÚJO e ROCHA, 2006, p. 458).

Segundo os autores, existem alguns fatores que podem influenciar negativamente o trabalho em equipe da ESF, os quais podem ser citados: a divisão intensa do trabalho, influência, barreiras comunicacionais, dominância da profissão médica, a omissão de informações por parte dos integrantes da equipe, dentre outros.

Para que tais fatores não ocorram e exista maior eficácia no trabalho em equipe, Giugliani *et al.* (2004) sugerem o planejamento, pois, trata-se de uma tentativa de explicar didaticamente um processo que, na realidade, é contínuo e dinâmico. A OMS propôs os critérios freqüência, transcendência e capacidade de intervenção como ferramentas técnicas para serem utilizadas na eleição de prioridades.

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, que de acordo com Araújo e Rocha (2006) é caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação. E nesse sentido, observa-se que, apesar das escassas definições sobre equipe de saúde, diferentes abordagens foram destacadas na literatura.

Sobre as atividades em equipe, Araújo e Rocha (2006) salientam que é imprescindível para uma equipe de promoção à Saúde, conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde e situações de risco, realizar o planejamento e a programação na comunidade, com a participação e contribuição comunitária, estabelecer vínculo de confiança com usuários, por meio da conduta ética e ainda resolver os problemas relacionados à saúde, no âmbito da atenção básica.

A equipe deve também garantir o acesso à comunidade de modo a promover um tratamento de referência e contra-referência, além de prestar atendimento integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma constante e racionalizada.

Para os autores, cabe ainda à equipe, coordenar e também participar de grupos de educação em saúde e outras parcerias com organizações formais e informais. Dadas estas informações, os autores procuram demonstrar a necessidade de um trabalho em equipe eficaz que possa resultar na satisfação de todos os envolvidos, tanto os profissionais quanto aos membros da comunidade.

Contudo, no que trata sobre o processo de produção em saúde, Araújo e Rocha (2006) salientam que o entendimento de saúde sempre existirá referência a uma situação de trabalho que está diretamente relacionado à obtenção de bens e produtos para a atenção às necessidades humanas. Na ESF, os autores dizem que o trabalho em equipe:

Constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO e ROCHA, 2006, p. 459).

Na proposta da equipe da ESF, os autores afirmam que a articulação faz alusão à recomposição de processos de trabalhos específicos, devendo ser consideradas as conexões existentes entre cada área profissional. A interação é importante na equipe para a construção de um projeto assistencial comum, conforme afirmam Silva e Trad (2005).

Mas não é somente a formação de equipes que garantem a eficácia no trabalho e atenção à saúde, a integralidade é importante na incorporação de um amplo aspecto de intervenções, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação.

Campos (2003) falando da integralidade, afirma que é um dos pilares a sustentar a criação do SUS, consagrado pela Constituição de 1988 e seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Em tempos diferentes, no Brasil existia separação entre ações preventivas que, de acordo com Giugliani *et al.* (2004) eram ligadas ao Ministério da Saúde e as ações curativas que eram vinculadas ao Ministério da Previdência.

Para Giugliani *et al.* (2004), o princípio da integralidade, consagrado pela constituição de 1988, é imprescindível na garantia da qualidade de atenção à saúde. Eles prevêem que as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação aos danos sejam oferecidas aos usuários do sistema de forma articulada. Ainda de

acordo com os autores, não deve mais existir tal separação, as ações de caráter individual e coletivo devem ser financiadas e articuladas no mesmo sistema.

Vale ressaltar, segundo ensinamentos dos autores, que a importância do trabalho em equipe é fundamentada pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. A integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

A integralidade, além de contribuir na organização, visa uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida, podendo ser entendida como um “tipo de marcador contínuo” que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições. Nesse sentido:

O atendimento com a diretriz da integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenções, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação. Essa ação integrada deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e readaptação ao convívio social (GIUGLIANI *et al.* 2004, p. 72).

É importante o princípio da integralidade na equipe da ESF, uma vez que este trata do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, aborda Campos (2003).

Para Campos (2003) as organizações do setor da saúde sempre procuraram dividir suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, devido a isso, tiveram pesos distintos no sistema, sendo oferecidas à população de maneira desigual. Na conjuntura atual, visa oferecer a assistência integral por meio de uma maior articulação das práticas e tecnologias.

Além ainda do enfoque do atendimento nos SUS ser centrado na doença, existe o problema da divisão do trabalho médico em especialidade e subespecialidades, que cada vez mais dividem o corpo do paciente, e que para Giugliani *et al.* (2004), faz com que o profissional perca a noção de indivíduo integral.

Na prática, segundo Giugliani *et al.* (2004), nota-se um agigantamento das ações curativas, sem qualquer articulação com a prevenção. Esta é uma situação influenciada por mecanismos de financiamento que pagam por produção médica e orientam-se por uma lógica de mercado.

Por isso é importante o princípio da integralidade para a equipe da ESF, uma vez que torna possível a participação efetiva de todos os envolvidos, os quais têm comprometimento maior em propor soluções em grupo. Santana (2000) complementa que, para ser uma equipe é preciso que todos trabalhem em conjunto numa mesma tarefa, sendo fundamental que as pessoas tenham o mesmo objetivo do trabalho e queiram alcançá-lo de forma compartilhada.

3 METODOLOGIA

Para Mattar (2001, p. 18), a pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema da pesquisa em perspectiva por meio de estudos bibliográficos.

Diante da definição do autor, pode-se afirmar que o método mais adequado para este trabalho é o estudo teórico a partir do tema “Organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família” para subsidiar conhecimento acerca do tema. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em periódicos de circulação nacional que tratam do tema para a construção da literatura.

A presente pesquisa foi desenvolvida em material bibliográfico e artigos consultados nos bancos de dados Scielo, Lilacs, Midline e Bireme, na busca por uma melhor fundamentação teórica sobre o tema proposto.

Para Vergara (2004), considera-se pesquisa bibliográfica como sendo o estudo sistematizado desenvolvido com base em livros, revistas, jornais e redes eletrônicas.

A pesquisa bibliográfica serviu de base para a compreensão da “Organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família”, o qual foi esclarecido o conceito e demais variáveis do sistema.

3.1 Método

Neste estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura que, segundo Ursi (2005):

É uma técnica de pesquisa, na qual estudos são reunidos e sintetizados, por meio da análise dos resultados evidenciados nos estudos de muitos autores especializados. Deve ser rigorosa e sistemática, discutir os métodos e estratégias utilizadas, avaliar as fontes e sintetizar os resultados. A construção do conceito requer um trabalho de reconhecimento de pesquisas prévias na área, bem como a identificação de quais questões permanecem sem respostas (URSI, 2005, p. 32).

Para Campos (2005, p. 51), “a revisão integrativa é parte valiosa do processo de criar e organizar um corpo da literatura devendo ter os mesmos níveis de clareza, rigor e replicação das pesquisas primárias”.

3.2 Etapas do estudo.

Este estudo bibliográfico inclui alguns artigos sobre a “Organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família” encontrados na literatura nacional, sem determinação de período, usando como descritores: SUS. Estratégia de Saúde da Família. Trabalho em equipe.

A seleção foi estabelecida obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- Periódicos nacionais publicados em português, sem determinação de período.
- Artigos indexados com a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/BIREME): SUS. Estratégia de Saúde da Família. Trabalho em equipe.

A seleção final foi constituída por sete artigos indexados no banco de dados do Scielo, que preenchiam os critérios de inclusão acima descritos, entre o período de 1999 a 2009. Desta forma, notou-se que as expectativas e objetivos da pesquisa poderiam ser alcançados com aprofundamento nestes artigos.

3.3 Análise dos conteúdos:

Para a análise dos conteúdos, em um primeiro momento, foi avaliada a relação dos mesmos com os objetivos propostos no estudo.

De posse dos artigos que fizeram parte da seleção, eles foram catalogados por ano de publicação e numerados.

Em seguida foi realizada leitura dos artigos e análise considerando os seguintes aspectos: ano e país de publicação do periódico; país de origem do estudo; idioma; delineamento do estudo; declaração dos objetivos da pesquisa e análise dos resultados.

Para a apresentação dos resultados utilizou-se quadro descritivo, com sinopse do que foi desenvolvido na pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante dos dados compilados e desenvolvidos nesse estudo, foi demonstrado que, segundo os autores Melo e Santos (2007) a história da criação do SUS se deve a uma luta por um sistema de saúde descentralizado e tem o seu auge a partir do movimento da Reforma Sanitária no Brasil que aconteceu nas décadas de 70 e 80.

Com a administração e descentralização das ações seria possível uma melhoria na redistribuição de recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e municipal, passando cada estado ou município a partilhar com a União a responsabilidade de planejar, formular, implementar políticas, programas, serviços de saúde e ações.

Também foi demonstrado na literatura que a implementação do SUS estabeleceu grande desafio para os profissionais da saúde, gestores e sociedade, na busca por um modelo assistencial novo que ganha sentido prático no esforço de dar respostas às necessidades da população.

Os princípios do SUS foram apontados como essenciais, os quais podem ser citados a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social, e, devido ao resultado positivo apresentado pelo sistema é criado em 1994, o PSF.

Foi explanado por Harzheim *et al.* (2004), que esse programa evoluiu e passou a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família. Esta estratégia é desenvolvida por meio de ações estruturadas no trabalho em equipe e pela a humanização das práticas de saúde, dentre outras.

Esta estratégia, conforme verificada na literatura, é organizada com equipes multiprofissionais com o objetivo da integralidade do atendimento, além do melhor desempenho e eficácia no atendimento e promoção à saúde. Esta equipe é formada por profissionais diversos, como um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde. Conforme Harzheim *et al.* (2004), a todos os profissionais da ESF são atribuídas responsabilidades em grupo e individual.

De acordo com a literatura científica desta pesquisa, a ESF é formada por equipes multiprofissionais e estas formam um dos melhores pressupostos deste programa.

Durante a pesquisa, notou-se que a produção científica acerca desse tema é reduzida, o que permitiu que fossem analisados pontos principais no sentido de compreender a complexidade que é a formação de um grupo e de trabalhar em equipe, que é a forma de organização do sistema.

A divisão de trabalho contribui para que a equipe de saúde se torne menos harmoniosa, podendo produzir fragmentações e até mesmo desequilíbrios, afetando a eficácia do processo que deve receber mudanças, devendo, portanto, trabalhar de forma harmoniosa e em conjunto, pois se trata de uma organização eficaz, desde que bem administrada.

Dentre os fatores verificados que mais contribuem para a ineficácia de um trabalho em equipe da ESF, os constatados estão relacionados aos técnicos e comportamentais e os que mais contribuem para isto são a intensa divisão do trabalho, dificuldades de comunicação, responsabilidade direcionada unicamente ao médico, o não compartilhamento de informações por parte dos integrantes do grupo que compõem a equipe multidisciplinar. Diante dessa informação, caso seja organizado de forma contrária, seguida de capacitação, tais fatores podem se tornar eficazes no sistema.

Tratando-se da questão da divisão do trabalho, deveria se revista, pois, pode influenciar de forma negativa o trabalho em equipe, uma vez que não se deve apenas considerar os papéis e responsabilidades individuais.

Alguns fatores que prevalecem no trabalho em equipe podem ser trabalhados e sanados, para maior eficácia da ESF. As ferramentas propostas para uma maior efetividade do grupo são: reuniões de equipe, dinâmicas de grupo, atividades comunitárias com todos os membros da equipe, reafirmação do papel de cada membro da equipe, delegação de obrigações/funções a cada componente da equipe, valorização do trabalho de cada membro, troca/discussão freqüente e definida de informações e de problemas das equipes, socialização entre membros, discussões clínicas dos casos de pacientes, sistematização das atividades de atendimento e coletivas das equipes.

A realização de reuniões com equipe podem ser semanais ou quinzenais de modo que durante o encontro, todos os profissionais que compõem a equipe da ESF participem e debatam sobre propostas de melhorias.

Diante desse tocante, é necessário que exista o diálogo entre a equipe na busca do consenso que constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho, apontando a possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa, pois, o ator principal desse sistema é o cidadão.

Também podem ser realizadas dinâmicas de grupo, proporcionando o aumento da familiarização entre os membros da equipe, subsidiando maior liberdade para questionamentos futuros sobre o trabalho entre eles e promoção de atividades comunitárias reafirmando a necessidade de participação dos membros da comunidade e da equipe da ESF.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte, onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe, mas que podem ser resolvidos. Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e interesses próprios.

Essas diferenças exercem influência sobre o processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe, podendo representar fator tanto positivo quanto negativo na efetivação do trabalho.

É também relevante a reafirmação do papel de cada membro da equipe, delegação de obrigações/funções, a valorização do trabalho dos componentes, a troca freqüente e definida de informações como por exemplo a colocação dos problemas das equipes não permitindo que estes tomem proporções de difícil resolução.

Nesse contexto, as relações de poder hierarquizadas estabelecidas entre os profissionais configuram elementos que fortalecem a situação de *status* de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das USFs as responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas.

Nota-se que há socialização entre membros que compõem equipes da ESF, participação em discussões clínicas dos casos de clientes/pacientes, sistematização das atividades de atendimento individual e coletivo das equipes, organizando e fortalecendo o atendimento da comunidade.

Diante das evidências apontadas, os propósitos descritos nesta pesquisa foram alcançados, pois contribuiu de forma significativa para a autora da construção e trouxe algumas contribuições científicas para futuras pesquisas.

Portanto, pode-se afirmar, como disse Campos (2003), que o SUS herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral e que ainda sofre com as restrições orçamentárias, devendo as equipes prestar serviços eficazes e de qualidade à população, uma vez que está em primeiro plano nesse sistema.

Tal informação aponta a necessidade de um trabalho baseado no princípio da integralidade pela equipe da ESF, para tornar possível a participação efetiva de todos os envolvidos, seja profissional ou cidadão.

4.1 Identificação dos artigos validados nesta revisão, ano de publicação, autores, objetivos, população e amostra.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos estudos segundo seus autores, títulos, ano de publicação e objetivos.

QUADRO 1: Distribuição dos artigos validados nesta revisão segundo título, ano de publicação, autores, objetivos.

Autores	Título da publicação	Ano de Publicação	Objetivo do estudo
Maísa Paulino Rodrigues, Mariza Sandra de Souza Araújo.	O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família	2006	Discutir sobre a natureza do processo de trabalho em saúde, resgatando alguns conceitos básicos do trabalho.
Júlia Arêas Garbois, Liliana Angel Vargas, Fátima Teresinha Scarparo Cunha.	O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária	2007	Identificar os limites e as possibilidades da proposta de garantir o direito à saúde da população brasileira, em particular no Rio de Janeiro.
Jairnilson Silva Paim; Carmen Fontes Teixeira.	Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte	2006	Realizar um balanço do estado da arte da área temática Política, Planejamento e Gestão em Saúde entre 1974 e 2005.
Karine de Oliveira Gomes; Rosângela Minardi Mitre Cotta; Mariângela Leal Cherchiglia; Sandra Minardi Mitre; Rodrigo Siqueira Batista	A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas.	2009	Analisar as concepções e percepções sobre o SUS e o PSF que norteiam as ações dos ACS, refletindo sobre sua função e formação profissional.
Denize Cristina de	O Sistema Único de		Comparar as

Oliveira, Antonio Marcos Tosoli Gomes, Sonia Acioli, Celso Pereira de Sá.	Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde.	2007	representações sociais de profissionais de saúde acerca do Sistema Único de Saúde, adotando a Teoria de Representações Sociais.
Cristina Maria Meira de Melo, Tatiane Araújo dos Santos.	A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal.	2007	Analisar a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde.
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres	Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas.	2007	Discutir recentes contribuições conceituais para a construção de modelos de organização das ações de atenção à saúde.

5 CONCLUSÃO

Como objetivo principal esta pesquisa propôs a realização de uma revisão de literatura para demonstrar como é a organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família.

De acordo com o propósito, foi verificado que o trabalho em equipe na ESF é uma forma de organização eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, possibilitando uma visão global e coletiva do trabalho. Além de possibilitar o compartilhamento de tarefas e reconhecimento da necessidade de cooperação para o alcance de objetivos comuns.

Para o desenvolvimento de ações de saúde, na perspectiva do princípio da integralidade, faz-se necessária uma aproximação completa entre os sujeitos que prestam o cuidado, uma vez que seja possível estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos das estruturas hierarquizadas.

Tal realidade demonstra que os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho com relativa autonomia, mas com subordinação ao fazer do médico, as relações de poder, com o trabalho em equipe se esmaecem.

Diante do exposto, pode-se dizer, que o trabalho em equipe é uma forma de organização usada pela ESF que implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades e representam a possibilidade do novo no trabalho da ESF.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO; ROCHA. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-64, 2007.

BUENO. **Dicionário escolar de ouro da língua portuguesa**. São Paulo: Edições de Ouro, 1997.

CAMPOS. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, Rosângela Galindo. **Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica**. 159f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

FINKELMAN, Jacobo (organizador). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

GARBOIS, Júlia Arêas; *et al.* O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma Reflexão Necessária¹. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [1]: 27-44, 2007.

GIUGLIANI, Elsa; *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOMES, Karine de Oliveira; *et al.* A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary; *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33 (3): 393 – 403; 2009.

HARZHEIM, Erno; *et al.* **A Estratégia Saúde da Família**. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEÃO, Ennio. **Pediatria ambulatorial**. 4ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MELO, Cristina Maria Meira de; SANTOS, Tatiane Araújo dos. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007, Jul-Set; 16(3): 426-32.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. (Acesso em 23 de out. de 2009).

NETTO, Papaleo, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; *et al.* O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007, Jul-Set; 16(3): 377-86.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

RIBEIRO, Edilza Maria; *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, no.2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2004.

SANTANA, José Paranaguá de. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2000.

SAUPE, Rosita; *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.521-36, Set/Dez 2005.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.25-38, Set.2004/Fev.2005.

URSI, Elizabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 130f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto São Paulo. 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004.