

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TRABALHO EM EQUIPE: um desafio para a equipe de saúde da  
família**

**VERÔNICA LEITE FIGUEIREDO**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**  
**2012**

**VERÔNICA LEITE FIGUEIREDO**

**TRABALHO EM EQUIPE: um desafio para a equipe de saúde da  
família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**VERÔNICA LEITE FIGUEIREDO**

**TRABALHO EM EQUIPE: um desafio para a equipe de saúde da  
família**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 26/11/2012

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde.

Agradeço a Deus por não me deixar desistir, por me manter firme nos momentos em que achei pesados demais

A minha família pelo apoio diário

À Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete pela brilhante orientação

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um grande representante do avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se, assim, como um instrumento de fortalecimento da atenção básica. O trabalho da ESF é realizado basicamente por uma equipe mínima de profissionais que ainda é um desafio entre os inúmeros outros enfrentados pela ESF. O trabalho em equipe destaca-se como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de um serviço de qualidade. Com o objetivo de analisar as dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica narrativa. Utilizou-se como fonte de coleta dos dados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a base de dados do LILACS. Foram selecionados seis artigos com pertinência a realização deste trabalho. A pesquisa evidenciou inúmeras dificuldades em relação à integração e ao trabalho em equipe, destacando a dificuldade em encontrar profissionais que tenham o propósito de trabalhar, valorizando a ação comunicativa. Os resultados revelaram que o trabalho em equipe origina distintos benefícios e, dentre eles, destaca-se a construção de uma rede de relações entre as pessoas. É imperativo que todos os profissionais da equipe de Saúde da Família tenham clareza da importância da integração, apoio e cooperação entre as diversas áreas do conhecimento.

**Palavras chave:** Equipe interdisciplinar de saúde. Comunicação. Programa saúde da família

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (FHS) is a great representative of the advance in the Unified Health System (SUS- Brazilian Public Health System), becoming so, as an instrument for strengthening primary care. The FHS work is performed basically by professional groups and yet considered a challenge among countless others faced by FHS. The teamwork stands out as an indispensable tool for the development of a quality service. With the objective of analyzing the difficulties related to teamwork in family health care, a bibliographical narrative research was developed. It was used as a source of data collection the Virtual Health Library (VHL) and LILACS as a database. Six articles were selected for this study. The research found many difficulties related to the integration and teamwork, highlighting the obstacle in finding professionals with the purpose of working, valuing communicative action. The results revealed that teamwork raises distinct benefits and among them, there is the construction of a network of relationships between people. It is imperative that all professionals in the Family Health team are well aware of the importance of the integration, support and cooperation between the various areas of knowledge.

**Keywords:** Health interdisciplinary team. Communication. Family health program.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>17</b>
<b>4METODOLOGIA</b>	<b>18</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>19</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Divinolândia está localizado no estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil. Tem uma população de 7.036 habitantes, sendo 5.772 moradores da região urbana e 1.264 na zona rural (IBGE, 2010).

Este município conta com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) sediada na zona urbana. Conta, ainda, com uma Unidade de Saúde, modelo convencional que presta atendimento à população durante 24 horas. A ESF tem cadastrada 1.473 famílias, com a cobertura de 5.326 pessoas. Sua área de abrangência é dividida em oito microáreas. A equipe é constituída de oito Agentes de Saúde (ACS) concursados e seis contratados. Além desses oito agentes concursados, a enfermeira também é responsável pela troca de informações entre eles, possibilitando-lhes maior conhecimento da área de abrangência. Quanto aos demais profissionais, eles são contratados e não possuem estabilidade no serviço, ocorrendo, assim, grande rotatividade dos mesmos, o que faz com que não conheçam bem a área onde trabalham.

Cabe ressaltar que a população adscrita excede o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, refletindo em alguns problemas como área de abrangência muito grande para apenas uma equipe de Saúde da Família e profissionais sobrecarregados, interferindo na qualidade dos serviços prestados. Além do mais, a equipe encontrava-se fragmentada, ou seja, os serviços estavam acontecendo em locais diferenciados, isto é, o atendimento de enfermagem acontecia em uma sala na secretaria municipal de saúde e o atendimento médico e odontológico era realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Com isso, o trabalho em equipe era dificultado tanto pelo distanciamento do espaço físico quanto pela grande demanda de atendimento.

De início, toda a equipe de saúde acreditou que essa realidade seria provisória e que, com a instalação dos profissionais em um mesmo ambiente físico, o trabalho em equipe iria acontecer. Contudo, apesar do agendamento semanal de reuniões dos profissionais da equipe, na maioria das vezes, não há o comparecimento dos profissionais que integram a ESF e a mesma acaba acontecendo com a presença do

profissional enfermeiro e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não há, portanto, agregação dos profissionais e as ações de saúde não acontecem de forma integrada.

Sabe-se o quanto é importante que os profissionais, que prestam serviço para uma dada população, conheçam bem o território trabalhado e a população adscrita, pois é por meio de conhecimentos que se pode planejar as ações a serem implementadas, respeitando a necessidade real da população.

Diante do exposto, o problema priorizado para este estudo se refere à fragmentação da equipe de saúde da família 1, do município de Divinolândia. Essa fragmentação foi identificada, também, através de observação ativa dos membros da equipe. Faltam: diálogo, definição de metas e objetivos a serem alcançados e ações a serem definidas de acordo com prioridades.

Trata-se, portanto, de um problema que não é percebido por meio de dados epidemiológicos e de morbidade e não é possível quantificá-lo.

Para melhor situar o contexto de onde emergiu o problema deste estudo, alguns dados demográficos serão apresentados, nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - População cadastrada por faixa etária da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1 do município de Divinolândia, Minas Gerais referente aos de 2009 e 2011

Faixa Etária	2009		2011	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 1 ano	0	0	40	0,7
1 a 4 anos	12	3,4	298	5,6
5 a 9 anos	41	12,0	431	8,1
10 a 14 anos	48	13,0	567	10,6
15 a 19 anos	35	10,0	635	12,0
20 a 49 anos	156	44,5	2161	40,6
50 a 59 anos	20	6,0	544	10,2
60 anos e +	39	11,1	650	12,2
Total	351	100,0	5326	100,0

Fonte: SIAB, 2009/2011

Os dados contidos no Quadro 1 mostram um crescimento extremamente significativo no que diz respeito ao cadastramento da população de Divinolândia entre os anos de 2009 a 2011. Chama a atenção o quantitativo de pessoas cadastradas na faixa etária de 20 a 49 anos.

Esse dados mostram também o empenho da equipe em cadastrar a população adscrita e assim ter informações para organizar a oferta das ações de saúde à população.

O Quadro 2 apresenta dados relativos ao sexo e idade da população residente na área de abrangência da ESF 1.

Quadro 2 - População cadastrada segundo sexo e faixa etária da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, 2011

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor de 1 ano	22	0,9	18	0,6
1 a 4 anos	161	6,3	137	5,0
5 a 9 anos	219	8,5	212	8,0
10 a 14 anos	291	11,4	276	10,0
15 a 19 anos	324	12,7	311	11,2
20 a 49 anos	999	39,0	1162	42,0
50 a 59 anos	258	10,0	286	10,0
60 anos e +	286	11,2	364	13,2
Total	2.560	100,0	2766	100,0

Fonte: SIAB, 2011

Os dados apontam que o maior contingente populacional encontra-se na faixa etária de 20 a 49 anos de idade e o sexo feminino começa a inverter o quantitativo populacional, isto é, a partir dessa faixa de idade, ocorre a feminilização da população.

Quadro 3 - População cadastrada por microarea e faixa etária, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 1, no ano de 2011.

Faixa Etária	Micro 1	Micro2	Micro3	Micro4	Micro5	Micro6	Micro7	Micro8	Total
< de 1 ano	4	10	3	3	12	3	2	3	40
1 a 4 anos	76	66	32	15	40	13	35	21	298
5 a 9 anos	35	70	50	30	78	17	54	46	380
10 a 14 anos	145	91	77	58	94	29	65	59	618
15 a 19 anos	132	117	72	58	100	26	65	65	635
20 a 49 anos	278	335	283	232	366	108	256	197	2055
50 a 59 anos	208	87	81	75	72	35	57	45	660
60 anos e +	104	62	126	94	101	32	69	62	650
Total	982	838	724	565	863	263	603	498	5336

Fonte: SIAB, 2011

Os dados do Quadro 3 revelam que a microárea 1 detém o maior número de pessoas cadastradas, seguida da microárea 5. Destaca-se que a microárea 01 é objeto deste estudo.

Quanto aos aspectos ambientais, a comunidade de Divinolândia possui 88,30% dos seus domicílios com esgoto sanitário, 86,5% com abastecimento de água, 89,17% do

lixo do município é coletado e possui destino próprio e 99,06% das casas são de alvenaria (SIAB, 2011).

O Quadro 4 e o 5 mostram, respectivamente, o abastecimento de água de acordo com cada microárea.

Quadro 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água e o destino do lixo, segundo a modalidade e microárea, no período de janeiro a setembro de 2011.

Modalidade	Micro1	Micro2	Micro3	Micro4	Micro5	Micro6	Micro7	Micro8	Total
Rede Geral	235	219	218	163	242	12	157	34	1280
Poço ou nascente	20	1	1	3	1	57	11	94	188
Outros	1	2	0	0	0	0	0	2	5
Total de famílias	256	222	219	169	243	69	168	130	1476

Fonte: SIAB, 2011

Quadro 5 - Destino do lixo segundo a modalidade e microarea, no ano de 2011

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Micro 7	Micro 8	Total
Coleta pública	240	214	211	142	235	33	144	80	1299
Queimado/en terrado	14	7	7	23	7	36	23	46	163
Ceu aberto	2	1	1	1	1	0	1	4	11
Total	256	222	219	166	243	69	168	130	1473

Fonte: SIAB, 2011

Referente aos aspectos socioeconômicos de Divinolândia , tem-se os seguintes dados: a comunidade possuía, em 2000, a maior parte de suas famílias

concentradas na classe de “até meio salário mínimo “(40,37%), seguida da classe “mais que meio até um salário mínimo” (28,15%) e da “mais que 1 até 3 salários mínimos (13,49%). A economia é predominantemente conferida pelos serviços da administração pública com 41,53%, 34,90% correspondentes às atividades de serviços e comércio. A agropecuária é 14,63% e 8,97% relativos à indústria ( SIAB, 2011).

Essa realidade apresentada indica que a demanda de ações de cunho assistencialista sendo importante a interação e cooperação dos membros da equipe de saúde da família para a efetividade de trabalho em equipe.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os resultados deste estudo poderão auxiliar na busca de estratégias viabilizadoras de ações que reúnam os membros da equipe, uma vez que, neste momento, trabalham em paralelo e de forma fragmentada o que tem mostrado inúmeras deficiências ocasionadas por esse trabalho desarticulado.

Dessa forma, este estudo poderá contribuir para solucionar as dificuldades no trabalho em grupo e na comunicação entre seus pares; buscar solução para os problemas das demandas que os usuários trazem , de forma articulada entre as áreas de conhecimento.

Espera-se, ainda, que os demais profissionais, além dos enfermeiros e ACSs participem ativamente das reuniões e que possam, juntamente, criar e operacionalizar grupos operativos para gestantes e adolescentes e participarem dos grupos existentes, isto é, os de diabéticos e hipertensos

Posteriormente, pretende-se ter uma sala de espera para o desenvolvimento de ações educativas, uma vez que há desmotivação da equipe por falta de local apropriado para a realização das atividades. Como foi apresentado nos quadros anteriores, o número de pessoas e, em específico de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, é grande e a demanda, com certeza, de cuidados é também grande.

Ressalta-se que a aquisição de conhecimentos e de ações inovadoras que possam influenciar de forma benéfica no trabalho da equipe de saúde da família 01 serão de extrema relevância.

### **3 OBJETIVO**

Analisar as dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família por meio de uma revisão de literatura.

#### **4 METODOLOGIA**

Este estudo, com vistas ao atendimento de seu objetivo, elegeu a pesquisa bibliográfica narrativa como seu caminho metodológico.

Os dados da pesquisa foram constituídos de artigos científicos, localizados a partir de busca de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS).

O descritor utilizado foi: equipe interdisciplinar de saúde.

Os critérios de inclusão dos artigos se basearam em: ser escritos na língua portuguesa e com texto completo. Foram selecionados seis artigos para elaboração deste trabalho.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma grande conquista social. Dentre as suas atribuições está o cuidado com a saúde da família. No ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com a finalidade de reorganizar o modelo assistencial vigente. Após o estabelecimento de novas propostas, regulamentações, incentivo financeiro e da apresentação de experiências positivas em alguns municípios, o programa foi instituído como estratégia a ser adotada em todo no país como uma política nacional (PEREIRA, 2011).

Dessa forma, o avanço da Estratégia da Saúde da Família (ESF), vem demandando mudanças na formação dos profissionais de saúde, na compreensão do processo saúde-doença, procurando sair do foco eminentemente biológico, com atendimento fragmentado e tecnicista para uma abordagem articuladora de diferentes saberes dos profissionais e das comunidades para fazer intervenções pautadas na pessoa, no cuidado individualizado e não apenas em ações curativista (BRASIL, 2006).

Para Silveira, Sena e Oliveira (2011), a ESF vem demonstrado os avanços do SUS, uma vez que, ela vem melhorando o acesso da população aos serviços de saúde e uma melhor qualidade dos serviços prestados. Prioriza ações de promoção e de prevenção de agravos, sem contudo olvidar-se das ações assistenciais e de reabilitação.

Os princípios que direcionam o trabalho da ESF são a descentralização, a municipalização, a integralidade e a qualidade das ações, configurando-se assim, como um instrumento de fortalecimento da atenção básica. Tem também, como função “gerar, obter e analisar dados, produzir informações sobre a necessidade de saúde, organizar o trabalho em equipe e interferir nos problemas de saúde das famílias” (SLALINSKI; SCHOCHI; MATHIAS, 2006 *apud* CAMELO; ANGERAMI, 2008, p.45).

Pereira (2011), no que se refere à Equipe de Saúde, afirma que a mesma deve ser composta, no mínimo, por um médico de Família ou generalista, um enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados outros profissionais de acordo com as necessidades do território. O Ministério da Saúde estabelece até 4.000 habitantes por equipe e um número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. A equipe pode ser ampliada com a implantação da equipe de saúde bucal modalidade I (dentista, auxiliar de saúde bucal) ou modalidade II (com incorporação do técnico de saúde bucal à equipe).

Camelo e Angerami (2008, p. 46) descrevem que a ESF é um modelo de atenção que já atingiu grande quantitativo de pessoas, principalmente em municípios de pequeno ou médio porte e tem provocado mudanças no “enfoque de assistência à doença para promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor saúde uma atuação articulada com outros setores da sociedade”.

O trabalho da ESF é realizado basicamente por grupo de profissionais e ainda se constitui como um desafio entre os inúmeros outros enfrentados pela ESF. Como bem reportaram Silveira; Sena; Oliveira (2011), é preciso ter clareza do que seja trabalho em equipe. A concepção de trabalho em grupo ocorre da necessidade de que objetivos comuns sejam instituídos e elaborado um plano de trabalho onde se estabeleçam as necessidades prioritárias e os integrantes da equipe criem as condições necessárias tanto para o crescimento em nível individual quanto coletivo com a intenção primeira de, ofertar um cuidado centrado no usuário e na comunidade. O trabalho em equipe destaca-se, por conseguinte, como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de um serviço de qualidade.

Nesse contexto, o trabalho em equipe multiprofissional é um instrumento de intervenção importantíssimo para que as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos sejam desenvolvidas. O trabalho realizado por intermédio das equipes devem promover a integralidade das ações de saúde e contribuir para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita (MATOS, 2001 *apud* PEREIRA, 2011).

Silveira; Sena; Oliveira (2011, p. 198) comentam que

A configuração da ESF tem por base a atuação de equipes de trabalhadores com perfis de competências, qualificações e responsabilidades diferenciadas e correlacionadas com a qualificação profissional. Essas equipes tem como foco a família em seu contexto social, histórico e cultural, buscando identificar e qualificar os problemas de saúde e, em um planejamento conjunto, estabelecer planos de intervenção e acompanhamento.

Apreende-se dessa assertiva que o trabalho em equipe deve ser compartilhado, interativo, com respeito aos diversos saberes bem como com a corresponsabilização de todos os integrantes da equipe.

No entanto, é notória a dificuldade de se encontrar médicos, enfermeiros e ACS integrantes da equipe que tenham o propósito de trabalhar valorizando a ação comunicativa, favorecendo, assim, a interação da equipe, ao mesmo tempo em que buscam entendimento, troca de conhecimento e experiências técnicas (RIVERA, 1997 *apud* PEDROSA; TELES, 2001).

Para que seja alcançada a integralidade das ações que interferem na promoção da saúde da população, é imperativo que o trabalho seja desenvolvido em equipe. Desse modo, são fortalecidas as ações interdisciplinares, rompendo-se com o enfoque apenas institucional onde o trabalho é desenvolvido. Deve-se respeitar, assim, uma divisão hierarquizada na execução de ações de saúde realizadas pelos diferentes profissionais que integram a equipe de saúde no contexto do processo (UCHÔA *et al.*, 2012).

Peduzzi (2001, p.108) descreve assim o trabalho em equipe

[...] o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Para Uchôa *et al.* (2012), o trabalho em equipe origina distintos benefícios e, dentre eles, destaca-se a possibilidade da construção de uma rede de relações entre as pessoas, o que possibilita cultivar uma união e troca de ideias, de saberes e de trabalho voltados às práticas inovadoras. Consegue-se, assim, melhor organização do serviço, fundado no respeito, na autonomia e no vínculo entre profissionais e usuários, com a busca de uma abordagem integral e resolutiva sedimentadas em intervenções multiprofissionais.

A união e a troca de saberes e a busca conjunta de ações resolutivas propiciam o cuidado integral e resolutivo.

Neste sentido, os esforços intersetoriais e multiprofissionais facilitam o alcance das metas da reabilitação e ajuda os profissionais na superação das dificuldades vivenciadas, por exemplo, durante as complicações no estado de saúde dos pacientes, demandando a ação conjunta de outros profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e psicólogos (UCHÔA *et al.*, 2012).

Uchôa *et al.* (2012) quando referendam que o trabalho em equipe possibilita a interação entre as pessoas, quebra a individualidade entre as especialidades, favorece a união e a troca de conhecimentos e possibilita estabelecer vínculos entre profissionais e usuários.

Ainda no tocante aos benefícios do trabalho em equipe, pode-se afirmar que o mesmo proporciona variados benefícios também para os estabelecimentos de saúde, reduz os erros médicos e possibilita mais segurança para os pacientes, entre outros. Para a existência de um trabalho eficaz, os profissionais têm que possuir conhecimentos, habilidades e, acima de tudo, disposição para trabalhar coletivamente (PEREIRA, 2011).

Na visão de Uchôa *et al.* (2012), com base em outras leituras, as demandas impostas pelo nível central no processo de trabalho, é um dificultador para os profissionais da equipe na realização das ações programáticas. A sobrecarga impossibilita o trabalho em equipe fazendo com que as atividades sejam realizadas de forma fragmentada.

Ainda no estudo de Uchôa *et al.* (2012), observou-se que mesmo a equipe sendo multiprofissional, não existia a interdisciplinaridade devido à inexistência de projetos assistenciais e uso de protocolos compartilhados.

De acordo com Pereira (2011), a principal dificuldade encontrada pelos profissionais é na comunicação entre as diferentes áreas do conhecimento, tornando-se necessário discutir sobre a transdisciplinariedade, união de saberes e divisão do trabalho.

As dificuldades encontradas pelos profissionais na interação e na articulação entre eles residem, sobretudo, na sobrecarga de trabalho, na rotatividade dos profissionais, na pressão externa devido ao grande número de famílias cadastradas, nas condições precárias de trabalho, nos baixos salários e ainda na dificuldades de comunicação dos membros envolvidos (SILVA, 2005).

Segundo Pereira (2011), as relações interpessoais são consideradas um problema no desenvolvimento do trabalho em equipe devido às diferenças de personalidade, interesses conflitantes e as variadas concepções do que é trabalhar em equipe. O trabalho em conjunto possibilita grande interação social e boa comunicação o que proporciona aos usuários uma atenção profissional qualificada atendendo a todas as suas necessidades.

Na pesquisa realizada por Silveira, Sena e Oliveira (2011) foi observado um esforço para o desenvolvimento do trabalho em equipe, que se encontrava restrito apenas em reuniões semanais, com o simples propósito de discutir os casos mais complicados. Foi identificado, ainda, dificuldade em conciliar as atividades da agenda programada com os da demanda espontânea. Mesmo sabendo-se da importância de se trabalhar em equipe, a fragmentação das tarefas no processo de trabalho ainda era algo dominante. Outro dificultador identificado foi relacionado à educação permanente, uma vez que a mesma é direcionada prioritariamente aos profissionais de nível superior. Identificou-se também dificuldades em desenvolver a intersectorialidade devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais, número insuficiente de pessoal e o excesso de demanda.

Grando e Dall'agnol (2010) relatam que as reuniões de equipe, no dia a dia de trabalho, são dispositivos essenciais não só para a estruturação e a organização do trabalho, mas também um espaço de informações, estabelecimento de diretrizes e de tomada de decisões. Afinal, é nessa interação face a face onde se originam especificidades que os profissionais precisam se relacionar. Contrariamente ao que se espera nessas reuniões, veem-se pessoas desanimadas porque as reuniões são cansativas, com comentários que não acrescentam e ao seu término, as pessoas saem com a sensação de que perderam tempo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela leitura dos artigos selecionados, os resultados encontrados evidenciaram que a Estratégia de Saúde da Família vem contribuindo para a organização da atenção básica e conseqüentemente com SUS uma vez que, possibilita aos usuários maior facilidade de acesso aos diversos serviços de saúde e concomitante contribui para melhoria da qualidade dos serviços prestados. Falta, portanto, materializar sua política e filosofia de atendimento por meio de profissionais comprometidos e afinados com o preceitos do SUS.

Ressalta-se que está expresso, na literatura consultada, a existência de dificuldades com relação á integração dos serviços e o trabalho em equipe no processo trabalho em saúde.

Muitos óbices são aventados com destaque para a sobrecarga de trabalho, pressão externa devido ao grande número de famílias cadastradas, condições precárias de trabalho, baixos salários, dificuldades de comunicação dos membros envolvidos, demandas impostas pelo nível central e municipal no processo de trabalho, as relações interpessoais deficientes, dificuldade em conciliar as atividades da agenda programada com os da demanda espontânea, entre outros.

Frente a isso, outro desafio identificado foi a dificuldade em encontrar profissionais que tenham o perfil de trabalhar valorizando a ação comunicativa, que possa favorecer a interação da equipe. É preciso que todos se conscientizem de que por meio da comunicação, do diálogo entre os pares, problemas poderão ser solucionados e ações mais eficientes poderão ser encontradas conjuntamente.

Os resultados revelaram, ainda, que o trabalho em equipe acarreta distintos benefícios e, dentre eles, mencionam a construção de uma rede de relações entre as pessoas, o que possibilita a troca de ideias, de saberes e de trabalho voltados às práticas inovadoras. O trabalho em equipe, sem dúvida possibilita o intercâmbio entre as pessoas, quebrando a individualidade entre as especialidades, favorecendo a união e a troca de conhecimentos entre os profissonais. Permite, também, estabelecer vínculos entre profissionais e usuários e pode proporcionar benefefícios

para os estabelecimentos de saúde, tendo em vista que, possibilita reduzir os erros médicos e mais segurança para os usuários.

Diante do exposto, é importante que os profissionais de saúde continuem seus processos de preparação para o exercício profissional por meio de cursos de educação permanente com a finalidade de aderirem o trabalho em equipe como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde. É imperativo que todos os profissionais da equipe de Saúde da Família tenham clareza da importância do trabalho coletivo e da cooperação entre as diversas áreas do conhecimento.

Espera-se, contribuir com a Equipe de Saúde da Família 1, do município de Divinolândia, na reflexão da importância do trabalho em equipe para melhorar as relações entre os integrantes da equipe de saúde e gerar benefícios para a comunidade. Todos reconhecem a importância do trabalho em equipe, resta-nos portanto colocar em prática esta ferramenta da estratégia saúde da família.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica Brasília**: Ministério da Saúde;2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **CiencCuidSaude**.v. 7, n.1, p. 45-52, 2008

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. D. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. v.14, n. 3, p. 504-510,2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2009**. Rio de Janeiro, 2010.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipe do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-11,2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe multiprofissional: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. v.35, n. 1, p.103-9, 2001

PEREIRA, R. C. A. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – FundaçãoOswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

SIAB –SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Divinolândia,2009 a 2011.

SILVA, I.Z.Q.J. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - **Interface Com. Saúde Educ**. v.9, n.16, p :25-38.2005

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicação para a promoção da saúde. **Rev Mineira de Enfermagem**. v.15, n. 2 , p. 196-201, 2011

UCHOA, A. C. ; VIEIRA, R. M. V. ; ROCHA, P. M. ; ROCHA, N. S. D. ; MAROTO, R. M. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil – **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.22, n. 1, p. 385-400, 2012.