

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

**TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESF:
DIFICULDADES OU DESAFIOS?**

Amanda Vaz Tostes Campos Miareli

CAMPOS GERAIS/ MG

2012

AMANDA VAZ TOSTES CAMPOS MIARELI

**TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESF:
DIFICULDADES OU DESAFIOS?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto

CAMPOS GERAIS/MG

2012

AMANDA VAZ TOSTES CAMPOS MIARELI

**TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESF:
DIFICULDADES OU DESAFIOS?**

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: Prof.^a Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto

Banca examinadora

Prof. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto

Prof. Maria Teresa Marques Amaral

Aprovado em 04 de fevereiro de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho à Deus por ter me oferecido a oportunidade de viver e evoluir a cada dia.

A meu marido Breno e meu filho Felipe, pelo constante incentivo.

E a todos os meus FAMILIARES.

Agradecimentos

À **Deus**, de maneira especial, por me oferecer a vida e as condições favoráveis para trabalhar e aprender mais a cada dia: ele é meu grande companheiro de todas as horas;

Ao meu marido Breno, pelo constante apoio e confiança em meu trabalho.

Ao meu filho Felipe pela compreensão na ausência.

A Profa. Dra. Ana Cláudia Porfírio Couto por ter aceitado ser minha orientadora e por suas valiosas contribuições.

A todos os tutores à distância que muito contribuíram para minha formação.

A minha grande amiga Kathita, pelo apoio em todos os momentos.

Agradeço também meus familiares e todas as pessoas que participam de minha vida profissional e acadêmica.

Epígrafe

“Sabedoria é vencer a si mesmo; ignorância, em compensação, é ser vencido por si mesmo; por um si mesmo inferior que prevalece e triunfa sobre o superior.”

Sócrates.

Resumo

O trabalho em equipe contribui para racionalizar o atendimento ao paciente, permitindo aos profissionais abranger um contingente maior de pessoas, com diminuição relativa da sobrecarga. Assim, este trabalho teve como objetivo descrever os principais desafios da equipe na ESF e conhecer os principais problemas do trabalho multiprofissional. Os aspectos positivos do trabalho em equipe se referem à boa comunicação, que favorece a troca de experiências em favor de uma visão integral dos pacientes, e à multidisciplinaridade, que permite incorporar diversos pontos de vista na implementação de melhores estratégias de ação nas áreas de abrangência de cada ESF. Esta riqueza e especificidade do trabalho em equipe podem ser consideradas inovadoras tanto pela forma de participação de cada ator, como na complementaridade no agir, podendo ser reconhecida como um dos pilares da estratégia. Assim, conclui-se que, para construção de autonomia dos profissionais, é preciso que seja constituídos vínculos, espaços de confiança entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Multiprofissionais, Trabalho, Equipe.

Abstract

Teamwork helps to streamline patient care, allowing professionals to cover a larger number of people with relative decrease in overhead. Thus, this study aimed to describe the main challenges in the FHS team and about the main problems of the multi. The positive aspects of teamwork refer to good communication, which promotes the exchange of experiences in favor of a holistic view of patients and the multidisciplinary approach, which allows to incorporate different viewpoints on the implementation of best strategies in the areas covered of each ESF. This richness and specificity of teamwork can be considered innovative both in form of participation of each actor, as the complementarity of action and can be recognized as one of the pillars of the strategy. Thus, we conclude that, for the construction of professional autonomy, it must be made links, places of trust between professionals and users.

Keywords: multidisciplinary, Work Team.

Lista de Figura

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde Brasil - Agosto 2011 18

Lista de Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Saúde da Família

Sumário

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Gerais.....	13
2.2 Específicos	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 Trabalho em Equipe na Saúde.....	15
4.2 Estratégia Saúde da Família	16
4.2.1 Histórico da Estratégia Saúde da Família	16
4.2.2 Panorama do Programa Saúde da Família e aspectos operacionais.....	19
4.3 O Processo de Trabalho na ESF.....	23
4.3.1 NASF.....	23
4.3.2 Atuação do Núcleo de Apoio Saúde da Família	25
4.4 Trabalho Multiprofissional.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe é um desafio que deve ser enfrentado todos os dias para melhoria da integralidade da assistência. Percebe-se em nossas equipes que os profissionais trabalham isolados, muitas vezes sem discussão de condutas pelos envolvidos, o que compromete a qualidade da assistência e o foco do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O problema encontrado nas equipes da ESF é o desafio da interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, com espírito comum e comprometimento com a integralidade da assistência.

A maioria dos profissionais forma-se para atuarem na assistência, com déficit no trabalho de promoção da saúde e prevenção de doenças. Quando as classes profissionais se encontram há um choque de relacionamentos que, de forma negativa, leva a um distanciamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias. Em consequência, a aceitação das pessoas para o acompanhamento contínuo de sua saúde e a busca por satisfação de suas necessidades fica prejudicada. Deste modo, estes múltiplos profissionais que atuam juntos, acabam em desentendimentos, desrespeito as normas da estratégia e acima de tudo, descaracterização do modelo assistencial preconizado.

Estes descomprometimentos implicam, nos diferentes graus de autonomia profissional, na desigualdade no trabalho e principalmente na fragmentação da assistência ao usuário. Por tudo isto, os profissionais devem contribuir para que a ESF busque sempre a melhoria da assistência e a qualidade dos trabalhos prestados e ainda, possibilitar a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, engrenando uma nova perspectiva de atuação.

Com este estudo, pretende-se descrever o trabalho da equipe multiprofissional que atua na ESF, destacando os principais desafios da interdisciplinaridade para uma assistência integral ao paciente. Assim, os usuários poderão contar com uma assistência que os atenda de forma holística, organizada e comprometida com seu bem estar e sua qualidade de vida, embasada nos preceitos da promoção e da prevenção da saúde.

Em relação aos problemas da equipe, este estudo poderá contribuir para uma melhor integração, proposição de estratégias no relacionamento interpessoal,

motivação para uma atuação com ênfase no ser humano e desenvolvimento de trabalhos com espírito comum. Dessa forma, a proposta de mudança do modelo de assistência vigente no país poderá ser realizada, uma vez que, quando várias pessoas se unem com um objetivo comum, no caso a integralidade da assistência, tudo se transforma. Assim, as práticas profissionais poderão ser desenvolvidas de forma inter e multidisciplinar, multiprofissional e integral.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o trabalho da equipe multiprofissional da ESF.

2.2 Específicos

- Descrever os principais desafios da equipe na ESF;
- Conhecer os principais problemas do trabalho multiprofissional.

3 METODOLOGIA

A fim de resolvermos o problema assumido nesta pesquisa, empregamos os procedimentos da investigação bibliográfico-documental, visando à reunião de informações, conhecimentos e saberes que possam vir a consubstanciar programas de capacitação e desenvolvimento humano e profissional do campo estudado. Com esse intuito, a presente pesquisa foi realizada por meio de busca de materiais impressos e do meio digital em bases de dados científicas e seguras como textos – módulos do CEABSF; livros textos; Biblioteca Virtual de Saúde, bases Lilacs, SciELO etc. (Biblioteca Virtual em Saúde ; consulta no Google Acadêmico; entre outras fontes afins, os quais passaram por documentação, fichamento, organização, discussão e análise para atender aos requisitos da pesquisa qualitativa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Trabalho em Equipe na Saúde

Para maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem, o trabalho em equipe multiprofissional é considerado como um antecedente necessário, orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a modificações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população.

É importante destacar, segundo Matumoto *et al* (2005 p. 4), que a configuração dos diferentes tipos e finalidades, modos de organização e operação do trabalho em equipe em saúde vem se tornando objeto de estudo e discussão para muitos autores. De acordo com Peduzzi (2005, p. 56) e Silva (2005 p. 25), no cotidiano do trabalho, com estas configurações, os problemas relacionados à efetiva articulação entre as ações e a interação entre os profissionais da equipe de saúde vem assumindo maior destaque.

No modelo assistencial tradicional vigente no âmbito dos serviços de saúde, esta realidade é observada nas equipes em vários municípios. São muitos os desafios que devem ser enfrentados, como a centralidade nas ações isoladas do médico, a concentração das decisões e das responsabilidades em um único profissional, a fragmentação da assistência e dos saberes e a incompletude das equipes de saúde da família. Esses desafios são identificados, muitas vezes, como deficiência na formação dos profissionais.

Nesse entendimento, na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) estas dificuldades indicam que o trabalho em equipe, como instrumento articulador das metas inseridas, sofre interferências de fatores relacionados a recursos humanos bem como a operacionalização do sistema de saúde em nível local. Deste modo, é importante compreender essas atuações sobre o trabalho em equipe, na perspectiva de encontrar caminhos para o seu aperfeiçoamento.

Assim, as políticas que englobam o trabalho em equipe na saúde são expressas por diferentes dimensões, em conformidade com o contexto, possuindo uma significação particular. Segundo Ciampone; Peduzzi (2000, p. 142), este tipo de

trabalho surge como uma possibilidade de reorganização dos serviços e do modo de atuação profissional, definindo-se como uma prática que contempla a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho, sendo nela consideradas as dimensões da articulação das ações e da interação entre os envolvidos.

De acordo com Ministério da Saúde (2004), o padrão de organização, torna-se inovador, envolvendo as ações profissionais em saúde, identificando a necessidade de produção da atenção integral e humanizada à população, em correspondência ao conceito ampliado de saúde e aos princípios do SUS. Essa atenção deve caracterizar-se pela ampliação dos referenciais profissionais, pelo reconhecimento da insuficiência da ação uniprofissional na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, pela mudança nas relações de poder entre profissionais e entre estes e os usuários, de modo a concorrer para o desenvolvimento de uma ação cuidante voltada para os interesses e necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Assim, coloca-se para os trabalhadores em formação e/ou já formados a tarefa de desenvolver ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de prestação de cuidados, a partir da incorporação, à prática cotidiana, de um trabalho em equipe centrado na integralidade da atenção, que responda à complexidade dos problemas de saúde.

É importante notar que, assim como a saúde passou a ser garantida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, também consta na Constituição Federal de 1988 o ordenamento e a formação dos recursos humanos como atribuição do SUS, sendo necessária uma superação da formação profissional afinada com prioridades do modelo clínico, para o desenvolvimento de trabalhadores dotados de autonomia, com habilidades para o trabalho em equipe e comprometidos com as exigências atuais do setor.

4.2 Estratégia Saúde da Família

4.2.1 Histórico da Estratégia Saúde da Família

De acordo com Informes técnicos 257, apud Vasconcelos (2001), nos Estados Unidos da América a Medicina de Família foi reconhecida como especialidade

médica em 1969, mesmo que, sem apresentar ainda o caráter de equipe multiprofissional em saúde da família, proposta que surgiu posteriormente em vários países e que influenciou em muito a criação do PSF no Brasil.

Historicamente as ações de saúde da família, embora ainda sem essa denominação, surgiram em 1963, quando foi publicado um documento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o qual sugeria a implementação da formação de médicos de família, em contraponto à especialização médica excessiva que se iniciava na época.

Com a prática do médico de família, surgiu a primeira idéia para a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que faz parte do currículo da medicina e tem como objetivo humanizar a medicina, apoiado pelos esforços realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Fiocruz e pelo Inamps (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

Nos últimos dez anos o Sistema Nacional de Saúde (Sistema Único de Saúde-SUS) passou por importantes transformações em seu arcabouço político e institucional, principalmente com a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Em relação ao aspecto jurídico e constitucional foram assegurados a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações, garantindo a todo cidadão brasileiro o atendimento pela rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003a). As mudanças político-institucionais e legais ocorridas no Sistema Nacional de Saúde são resultados de longos períodos de lutas e negociações do denominado “Movimento pela Reforma Sanitária”. Esse movimento, que envolveu profissionais de saúde, professores universitários, técnicos e movimentos sociais, tinha como objetivo central:

A superação de iniquidades existentes no país; o reconhecimento do direito universal à saúde; a garantia de sistema público, tornando a provisão de ações e serviços de saúde de responsabilidade do Estado. A agenda incluía a expansão da cobertura, a garantia do acesso universal e a integralidade da atenção, a descentralização, a melhoria da qualidade e a garantia de participação e controle social (BRASIL, 2005, p.17).

Os principais desafios do governo federal na implementação do Sistema Único de Saúde em território nacional eram e, ainda são, a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde devido às diferenças macro-

regionais do país. Para fazer frente a esses desafios, a partir de 1995, iniciou-se um movimento intrasetorial para a aceleração do processo de descentralização, a reestruturação dos mecanismos de financiamento do setor saúde e principalmente, o fortalecimento da atenção básica. Nesse contexto, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas pelo Ministério da Saúde, particularmente a NOB 01/96, que resultou em mudanças da atenção básica com a ampliação e a organização da rede de serviços públicos de saúde revelaram-se em instrumentos importantes para um novo desenho da política nacional de saúde no país. A partir de 1998 houve também um aumento do volume de transferência financeira direta do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e o fortalecimento dos gestores locais. Entre as estratégias de fortalecimento da atenção básica, buscou-se a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) em todo território nacional (BRASIL, 2003 a).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado pelo Ministério da Saúde em 1991, pode ser considerado o antecessor do Programa Saúde da Família que tem como elementos comuns o enfoque na família, o agir de forma preventiva em relação à saúde da população da área de atuação e a integração de fato com a comunidade (BRASIL, 2003 a).

Os principais momentos históricos do Programa Saúde da família no Brasil tiveram início em 1991 com a criação do PACS como foi exposto anteriormente, sendo implementado na Região Nordeste como estratégia de enfrentamento dos altos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil naquela região. Cabe ressaltar que o êxito do PACS impulsionou a criação do PSF uma vez que reafirma e incorpora princípios do Sistema Único de Saúde.

O Programa Saúde da Família tem como objetivo a melhoria das condições de saúde da população mediante a construção de um modelo de assistência baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Assim, busca reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, assim, melhorar a qualidade de vida e saúde da população brasileira (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

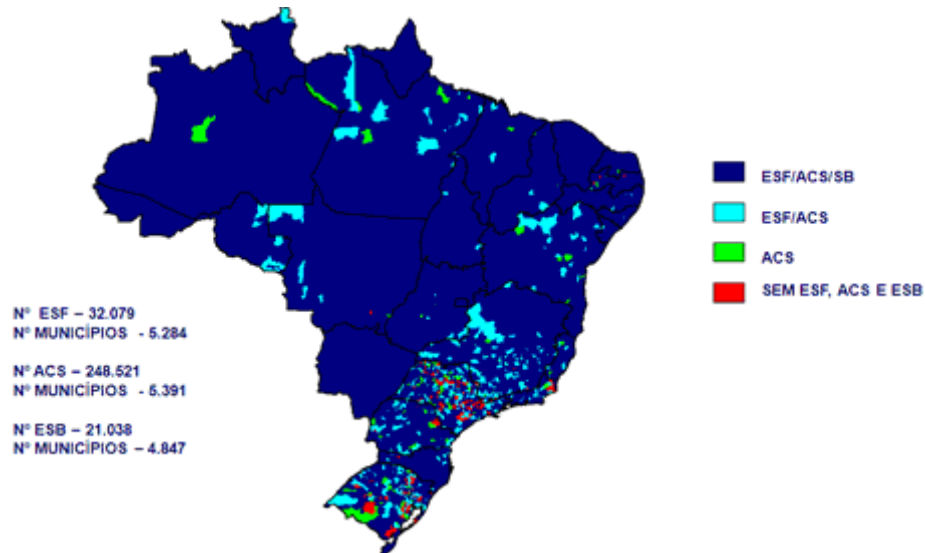
4.2 Panorama do Programa Saúde da Família e aspectos operacionais

O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são estratégias e partes integrantes e fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que vêm avançando, não uniformemente em todos os municípios, com diversos desafios e dificuldades (financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira) (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

Desde 1995 tem sido meta dos governos Federal e Estadual, implantarem novas equipes do PSF e PACS com a finalidade de ampliar a cobertura assistencial da população e contribuir para a organização da Atenção Básica à Saúde, priorizando as ações de promoção e de prevenção de agravos e a oferta de ações curativas de menor complexidade (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

No Brasil o PSF está implantado em 5.284 municípios do Brasil totalizando 32.079 equipes de saúde da família (Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, 2011). Minas Gerais é o Estado com maior atuação do Programa de Saúde da Família (PSF) no país (Figura -1). Em 2011 56% da população mineira têm sido beneficiada com as ações do programa voltadas para a atenção básica. São 5.391 equipes espalhadas em municípios. A intenção da Secretaria do Estado de Saúde é aumentar ainda mais a área de cobertura do programa. Em 2006, já com o nome de Saúde em Casa, o programa beneficiou cerca de 70% da população mineira (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde Brasil - Agosto 2011.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB
SCNES- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde

O PSF segundo Dominguez (1998), deve ser desenvolvido por meio da parceria e da troca de experiências com outros prefeitos e secretários municipais de saúde da micro-região, para permitir que os municípios consorciados executem com eficácia e eficiência as ações e serviços assistenciais necessários às suas populações, atendendo aos princípios preconizados pelo SUS de: equidade, universalização e integração. A implantação do PSF é um projeto aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e sancionado pelo prefeito do município (DOMINGUEZ, 1998).

O mesmo autor afirma que o PSF tem como objetivos específicos ampliar a cobertura dos serviços de saúde à população; atingir a equidade na atenção à saúde, abordando a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde, melhorar a qualidade da atenção à saúde, melhorar o sistema de informação sobre a saúde da população, inverter o modelo de assistência hospitalar, voltando-a para a comunidade.

Segundo Santana e Carmagnani (2001) as Unidades Saúde da Família (UBS) devem ser organizadas e estruturadas considerando os seguintes princípios:

- Caráter substitutivo: implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência com ênfase na doença, por um novo processo de trabalho comprometido

com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população;

- Integralidade e hierarquização: a Unidade Saúde da Família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e assegure a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade;

- Territorização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definida, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área;

- Equipe multiprofissional básica: cada equipe saúde da família é composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS.

Esses profissionais devem ser devidamente selecionados e capacitados para cumprirem uma jornada de trabalho de oito horas diárias, de segunda à sexta-feira. Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com esta proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 2003a).

As equipes de saúde são responsáveis pela cobertura de uma área geográfica (territorização), onde habitam 600-1000 famílias por equipe, e até 250 famílias para cada ACS na zona urbana e 100-150 na zona rural aproximadamente, com critério flexível de acordo com as características locais, oferecendo assistência integral à população adstrita com apoio dos médicos e especialistas que pertençam ao hospital da cidade (DOMINGUEZ, 1998).

Segundo o mesmo autor, a promoção de saúde se sustenta na integração (intersetorialidade) e na participação comunitária. Portanto, a equipe de saúde deve realizar gestão participativa para obter apoio de todos os setores da comunidade para o melhoramento das condições de vida. Assim, o PSF deve participar ativamente na vida comunitária, mantendo comunicação sistemática com seus componentes, para garantir informações de saúde a cada indivíduo, sua família e toda comunidade.

Os profissionais da equipe de saúde da família têm que ter um compromisso com a comunidade local. O médico da equipe deve ser preferencialmente um clínico

geral, que atenda todos os membros da família, independente de sexo e idade. São algumas de suas atribuições específicas: executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especialidades da vida: criança, adolescentes, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idoso, realiza atendimentos de primeiros cuidados nas urgências, realizar pequenas cirurgias ambulatoriais, realizar partos, se as condições locais o permitirem (BRASIL, 2000).

O enfermeiro desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na USF e na comunidade, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio. Ele executa, ao nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso, organiza as rotinas de trabalho ao nível da USF e de comunidade, supervisiona e desenvolve ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2000).

O auxiliar acompanha as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde, desenvolve com os Agentes Comunitários de Saúde atividades de identificação das famílias de risco, realiza procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS (BRASIL, 2000).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) funciona como elo de ligação entre a equipe de saúde da USF e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O ACS realiza mapeamento de sua área, cadastra as famílias, identifica situações de risco, orienta famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhamento e até agendamento de consultas e de exames, realiza acompanhamento mensal de todas famílias sob sua responsabilidade, ele deve estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco, desenvolve ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de

doenças, promove educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente (BRASIL, 2000).

Segundo o Portal da Saúde (2008), o PSF não é mais definido como um programa, mas sim com uma estratégia que representa uma transformação do modelo de atenção à saúde dos municípios, pois cria novas oportunidades de acesso aos serviços para aquelas comunidades mais vulneráveis mais expostas aos riscos de adoecer. Estabelece também uma metodologia de organização de trabalhos dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, na família e na ambiente que está inserido, criando vínculos e permitindo assim um melhor conhecimento da realidade em que vivem as pessoas de cada comunidade e suas necessidades.

Sendo assim, baseado em seus diversos programas, a estratégia saúde da família (ESF) concentra na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que colocam essa qualidade em risco, e não somente centraliza na assistência a doença, permitindo uma forte integração entre Ministério da Saúde, as secretarias estaduais, municípios, comunidade local e outros parceiros, para o benefício de todos. Além de envolver as três esferas de governo, competindo aos níveis estadual, federal e municipal, a ESF, contribui fazendo parte de uma proposta de ação para a reorientação do modelo de atenção à saúde visando à organização dos sistemas municipais de saúde, avaliação o acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos.

4.3 O Processo de Trabalho na ESF

4.3.1 NASF

Para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, a Atenção Primária à Saúde necessita de um conjunto de saberes para que se torne eficiente, eficaz e resolutiva, pois esta é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos. E de acordo com Starfield (2004, p. 23) a Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio

sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

Deste modo, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008, com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2011).

Como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), apoiando as equipes de saúde da família e tendo como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família, assim são constituídos o NASF.

Com o apoio da equipe do NASF, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, está dividido em áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família. O NASF atua compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual está cadastrado.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de

forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2011).

De acordo com Ministério da Saúde, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

4.3.2 Atuação do Núcleo de Apoio Saúde da Família

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criaram espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e têm como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2011).

A organização do processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando:

(a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto; (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc)

(b) Intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de SF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessária;

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores. Como por exemplo o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos,

trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc).

Portanto, dentro de tal perspectiva, implantar NASF implica, portanto, na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que incluiria discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção.

Enfim, o NASF possui potencialidades distintas, e espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho, no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade.

4.4 Trabalho Multiprofissional

Estudos indicam que existem evidências relacionadas à formação profissional e trabalho multiprofissional com os profissionais de saúde, especificamente no PSF. Estas evidências mostram uma falta de estrutura na formação universitária para o trabalho em equipe. Comprovando a ausência de um direcionamento na academia tanto para o trabalho multiprofissional quanto para a atenção básica de saúde (CAMPOS; REIS; GHERARDI-DONATO, 2010)

O PSF como já foi descrito, trabalha em equipe permitindo a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe. Deste modo, é importante que seus membros tenham boa interação. Ou seja, o PSF por constituir-se de equipes multiprofissionais que atuam em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática.

Conforme Pedrosa; Teles (2001, p. 303), o agente comunitário de saúde (ACS), trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe, portanto o ACS é fundamental na comunicação entre a equipe e a família. Já o profissional enfermeiro, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, tornando-se mais atuante e próximo à equipe, podendo ser o seu trabalho reconhecido e valorizado. A Enfermeira desenvolve seu trabalho no PSF e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem. Em fim, são desenvolvidas as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes.

Santos (2000, p. 49) em sua obra observou que o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde e completando segundo os autores Schraiber *et al* (1999), para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida.

Conforme Teixeira; Mishima (2000, p. 386), o vínculo é facilitado quando o paciente é abordado no seu contexto fisicamente, psicologicamente e socialmente, pois é atendido por todos os membros da equipe envolvendo na resolução do seu problema, incentivando a sua autonomia para os cuidados em saúde.

Com base nos conceitos de Teixeira; Mishima (2000, p. 386) a equipe de saúde do PSF, tem o compromisso, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas, também o comprometimento de elevar a qualidade de vida da população, considerando o contexto biopsicossocial do ser humano. Portanto, a equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho, compartilhamento de decisões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Schraibe *et al* (1999, p. 222) comentam sobre o trabalho em equipe que deve ser integrado exigindo conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.

Deste modo, torna-se importante assinalar segundo o Ministério da Saúde que:

As atribuições técnicas de cada um dos profissionais previstos no PSF – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde - encontram-se arroladas no documento do Ministério da Saúde, sendo inclusive enfatizado que estes devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo” (BRASIL, 1998, p.13).

Porém, não é suficiente um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania.

Ao pesquisar a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde que emerge como modalidade de trabalho coletivo, Peduzzi (1998), traz a tipologia de trabalho em equipe, definida como equipe agrupamento e equipe integração e como se configura a relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes, ou seja, na dialética do trabalho e da interação.

Campos (1997, p. 230), referem-se aos saberes específicos de cada profissional, os núcleos de competência e responsabilidade, que se fazem presentes nas diferentes situações com o desenvolvimento de intervenções técnicas específicas, isto remete à autonomia dos profissionais, mas ao mesmo tempo à interdependência destas autonomias.

Ainda segundo o mesmo autor, estabelecer espaços de negociação para uma atuação integrada, para que haja uma equipe integração e não equipe de agrupamento, há necessidade de uma construção dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho, devendo essa nova construção articular as ações e a interação dos agentes, requerendo um compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com o usuário.

No entanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral, pois, o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não supera a complexidade do atendimento das necessidades de saúde.

Oferecendo os argumentos explicativos Peduzzi em sua obra comenta que:

O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados; arguir a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios e levar em consideração a interdependência dos trabalhos especializada no exercício

da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde (PEDUZZI, 2000, p.6).

Assim, nesta autonomia relativa, com um saber próprio, ou seja, nesta relação de complementaridade e interdependência, que é compreendido o trabalho desses profissionais: médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde etc.

No entanto, para que esta articulação aconteça, requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis, possamos construir a idéia de equipe integração, pois, reunir estes aspectos é um empreendimento lento de uma equipe de profissional. Portanto é preciso adquirir experiências que estão disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania.

Coadunam-se com essas reflexões como Teixeira et al. (2000), quando ressalta que em estudo sobre o trabalho de enfermagem no PSF em um município paulista, identificaram na fala dos trabalhadores de enfermagem que outros instrumentos são necessários ao trabalho na Saúde da Família e:

Acréscimo 'as agulhas e linhas' ao arsenal já conhecido como 'termômetros e aparelhos de pressão' e, considerar a forma como o PSF em espaços específicos está construindo este novo indivíduo (integralmente), pode ser um caminho para pensarmos na conquista deste desafio (...) de encontrar na teoria e na prática a totalidade fundamental do ser humano (TEIXEIRA, 2000, p.198)

Segundo Boff (1999, p. 56) o desafio está em (re) construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, outra visão sobre a relação no trabalho de equipe para que possa pensar no cuidado à saúde como mais que "um ato, uma atitude".

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF foi criado, para que seja desenvolvido um trabalho que constitui em uma estratégia com estrutura de um novo modelo assistencial em saúde. Porém, após a implementação do PSF no Brasil, estudos revelam sobre a atual realidade, que existem tanto pontos positivos na proposta, em relação à organização e gestão do trabalho, quantos problemas em relação a condições de trabalho. Verifica-se ainda, a persistência dessas características tanto no trabalho em saúde e, como na atividade desenvolvida no PSF.

Assim, para uma reorganização da Atenção Básica para adaptação da ESF, exige uma transformação das atividades de saúde, dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e os usuários.

Um dos maiores desafios para os profissionais da saúde está no exercício cotidiano de reconhecimento e respeito à autonomia das pessoas em relação ao seu modo de agir, como forma de reafirmar o compromisso com a atenção à saúde integral e humanizada.

A formação dos profissionais precisa estar pautada na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde, incorporando a escuta aos processos singulares e subjetivos, o estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território.

Portanto, para construção de autonomia dos profissionais, é preciso que seja constituído vínculos, espaços de confiança entre profissionais e também com os usuários. Deste modo, outras atuações devem ser sempre estimuladas e realizadas, inclusive com a ajuda de outros saberes profissionais que apontem alternativas, preenchendo as lacunas existentes do conhecimento, a fim de enfrentar e vencer os desafios do desenvolvimento do trabalho em equipe.

Dada a complexidade destas questões este estudo, poderá não conter respostas prontas e completas para muitas indagações que possam ser feitas sobre o trabalho em equipe multiprofissional da ESF, mas acredita-se que contribuiu para uma maior compreensão do significado deste fenômeno que apontem possibilidades para o enfrentamento do trabalho multiprofissional nas ESF.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do Modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p.113-125, jan./mar. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Informe da Atenção Básica**, n.4, Brasília, nov. 2000 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília; 2010.

CAMPOS, D. A. de; REIS, L. N. dos. GHERARDI-DONATO, E. C da Silva. Da formação à prática no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.70-74, 2010.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Ver Bras Enferm**. nº 53(esp), 2000, p.143-7

DOMINGUEZ, B.N.R.; **O Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Parma,1998.

FIGUEIREDO, N. M. A., TONINI, T.. **SUS E PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis, 2010, 89p.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface Comunic Saúde Educ**. nº9, v.16, 2005, p. 9-24.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em: 2 out. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF), 1998

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. 2001, nº 35, p. 303-11.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, jan./jul. 2001.

SANTOS, B. R. L. O PSF e a enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**. 2000, nº 53, (N Esp), p. 49-53.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A. NEMES, M. T. B.; CASTANHERA E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc Saúde**. 1999, nº 4, p. 221-42.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS-Diretoria de Atenção Básica. <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/view//>. Acessado em 7 de setembro de 2011.

SILVA, Izqj. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunic Saúde Educ**. nº 9, v. 16, 2005, p.25-38.

SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO EM SAÚDE - SCNES-2011

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB, 2011

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estud Psicol (Natal)**. 2003, nº 8, p. 515-23.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem**. 2000, nº 53, p. 386-400.