

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

**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DANIELA MENDES MOTTA DE SOUZA**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS  
2012**

**DANIELA MENDES MOTTA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA 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: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

**GOVERNADOR VALADARES /MINAS GERAIS  
2012**

**DANIELA MENDES MOTTA DE SOUZA**

**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA 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.

Banca Examinadora

Fernanda Magalhães Duarte Rocha (orientadora)  
Ayla Norma Ferreira Matos

Aprovada em Governador Valadares: 04/02/2012

**GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS  
2012**

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família veio para organizar a Atenção Primária através de implantação de equipes multiprofissionais, onde o trabalho é realizado, tendo como base a família, prestando uma assistência integral e contínua em todos os ciclos de vida, atuando na promoção, prevenção, reabilitação e cura. O estudo visou demonstrar como a comunicação em equipe é importante, auxiliando no processo de trabalho e na continuidade da assistência. É uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Scientific Electronic Library Online – utilizando as bases de dados do SCIELO, Bireme Enfermagem, além de revistas e livros que faziam referência ao tema proposto. Também foram selecionados artigos, revistas e livros publicados no período de 1990 a 2011 e utilizados as palavras chaves, saúde da família, processo de trabalho e comunicação. Foi realizada a leitura e escolhidos os de maior relevância. Este trabalho propõe como resultado final, uma reflexão sobre esta comunicação e aponta para a importância das relações interpessoais e os elementos que motivam a interação, não apenas entre os profissionais, mas, também, entre a equipe e a comunidade e como atuar diante das divergências teóricas e pessoais. Pode-se concluir que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho em equipe.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Processo de trabalho. Comunicação.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy came to organize the Primary through deployment of multidisciplinary teams, where the work is performed, based on the family, providing a comprehensive, continuous care in all cycles of life, working on promotion, prevention, rehabilitation and healing. The study aimed to demonstrate how communication is important in a team, assisting in the work process and continuity of care. It is a literature review in the databases Virtual Health Library - VHL, Scientific Electronic Library Online - using the databases of SciELO, BIREME Nursing, as well as magazines and books that referred to the proposed theme. Also selected articles, books and magazines published from 1990 to 2011 and used the key words, family health, work process and communication. Reading was performed and selected the most relevant. This paper proposes a final result, a reflection on the communication and points to the importance of interpersonal relationships and the elements that drive the interaction, not only among professionals but also among the team and the community and how to act in the face of theoretical disagreements and personal. It can be concluded that communication between professionals should be part of daily exercise in teamwork.

Keywords: Family Health. Work process. Communication.

## SUMARIO

1-INTRODUÇÃO	7
2-OBJETIVOS	9
3-METODOLOGIA	10
4-RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1- SAÚDE DA FAMÍLIA UM IMPORTANTE TRABALHO EM EQUIPE	11
4.2 - A COMUNICAÇÃO COMO ELO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE E OS USUÁRIOS	14
4.2.1- O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	18
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERENCIAS	23

## 1 - INTRODUÇÃO

A ESF veio para reorganizar a Atenção Primária através de implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (FARIA *et al*, 2010).

Oliveira e Spiri (2006, p. 02) descrevem que:

O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco ao quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se humanizar as práticas de saúde, buscando satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.

As principais ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes de ESF são ações de promoção, prevenção e prestação de cuidados específicos a cada família, relata Fortuna *et al*, 2005.

Para conhecimento do território de atuação da equipe de Estratégia de Saúde da Família faz-se necessário a elaboração do diagnóstico situacional, onde será levantado todos os problemas existentes na comunidade e posteriormente elaborado um plano de ação.

Durante o curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, foi estudado o módulo de Planejamento e avaliações das ações em saúde, onde tivemos como atividade deste módulo a realização do Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família Loanda na qual desenvolvi todo meu trabalho de especialização.

Na elaboração do diagnóstico, identificamos e priorizamos cinco problemas, onde podemos citar: verminose, ausência do técnico de enfermagem, comunicação ineficaz da equipe e quintal com entulho.

Durante todo este processo o que mais me incomodou foi à comunicação na equipe. Como trabalhar em equipe sem uma comunicação eficaz? Isso motivou o meu estudo acerca da comunicação na equipe de Estratégia de Saúde da Família.

Conforme descreve Inojosa (2008) “a teia de relações do PSF e seus fluxos de comunicação são estratégicos para a produção da saúde, trabalho cooperativo e complexo, que ocorre entre as pessoas, mediado pelos saberes e tecnologias”.

Para Cardoso (2004) a comunicação tem um papel importantíssimo em qualquer trabalho em equipe e possibilita a criação de vínculos entre seus membros.

Diante do problema detectado ao realizar o diagnóstico situacional da equipe Loanda, a pesquisa propõe dar ênfase à comunicação e ao trabalho em equipe que é considerado, no conjunto das características da ESF (Estratégia em Saúde da Família), um dos pressupostos centrais na reorganização do processo de trabalho, com maiores possibilidades de atuação congruentes a uma abordagem integral e resolutiva. A comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho em equipe.



## **2 - OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Investigar por meio de revisão bibliográfica como a comunicação na Estratégia da Saúde na Família é importante e auxilia no processo de trabalho.

### **Objetivos específicos**

- Discutir como o trabalho em equipe interfere no resultado de uma boa comunicação.
- Verificar quais os meios de comunicação utilizados pelos membros da unidade de saúde da família

### **3 - METODOLOGIA**

O presente estudo é uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online, consultado nas bases de dados do - SCIELO, Bireme de Enfermagem, além de revistas e livros que faziam referência ao tema proposto. A pesquisa teve como palavras-chave, saúde da família, processo de trabalho e comunicação. Os critérios de inclusão foram artigos, revistas e livros publicados no período de 1990 a 2011; e que faziam referência à importância da comunicação em equipe, trabalho em equipe. Foram encontrados vinte e seis trabalhos que foram analisados para desenvolver o presente trabalho. Segundo Minayo (2004) a revisão bibliográfica é construída com as várias fontes pesquisadas sendo uma discussão entre os autores da qual resulta uma consideração final.

## **4- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1- SAÚDE DA FAMÍLIA UM IMPORTANTE TRABALHO EM EQUIPE**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolidou-se no Ceará no final dos anos 80 após experiência exitosa com o Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS que serviu como um elo da comunidade com o serviço de saúde. A ESF veio para reorganizar a Atenção Primária através de implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (FARIA *et al*, 2010).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL 2000, p. 317):

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada.

Nesse sentido, para Kell e Shimizu (2007), o trabalho da ESF é realizado tendo como base a família e o seu espaço social, de forma integral, contínua, em todos os ciclos de vida atuando diretamente na promoção, prevenção, reabilitação e cura.

Conforme descreve BRASIL, 2011 *apud* FARIA p.38, 2010, “as equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade”.

Assim, Santana e Carmagnani (2001) descrevem a importância de a equipe conhecer a realidade da área adscrita fazendo o diagnóstico local, o que possibilita o levantamento dos problemas de saúde mais relevantes na comunidade e as situações de risco. Com o diagnóstico torna-se mais fácil fazer plano de intervenção para a área.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2488 de outubro de 2011, fica estabelecido que para a implantação da ESF é necessária uma equipe mínima de trabalho, composta por médico (a), enfermeiro (a), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde ainda acrescenta nesta mesma portaria ser recomendável que cada equipe de Saúde da Família seja responsável em média 3.000 pessoas e no máximo 4.000 pessoas.

A ESF deve ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, devendo resolver 85% dos problemas de saúde da população, isso, se estiverem funcionando de forma resolutiva, oportuna e humanizada (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família vem para mudar o modelo de saúde centrado na doença, desenvolvendo um trabalho em equipe voltado para promoção e prevenção (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010).

Através do trabalho em equipe é possível a continuidade da assistência, envolvendo os familiares por meio da abordagem multidisciplinar (OLIVEIRA e SPIRI, 2006).

Nesse sentido, Faria *et al* (2001, p. 42) acrescenta que,

A estratégia de saúde da família pressupõe o trabalho em equipe como forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. No modelo tradicional o trabalho ocorria, quase que exclusivamente, por meio de consultas individuais, em número fixo, desagregadas por área de conhecimento – Medicina, Enfermagem, Odontologia, tendo o corpo doente como objeto e a cura como objetivo.

Sobre este aspecto, “O trabalho em equipe, portanto, pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador” (PIANCASTELLI, FARIA e SILVEIRA, 2000, p. 45).

Fortuna *et al* (2005) descreve o trabalho em equipe como uma rede de relações interpessoais de conhecimento, poder, interesses e anseios. E acrescenta que a maneira de como o trabalho esta organizado interfere diretamente no trabalho em equipe.

Podemos considerar o trabalho em equipe o alicerce da assistência à saúde, que exige conhecimento e valorização do trabalho dos membros da equipe (OLIVEIRA E SPIRI, 2006). Os autores ainda acrescentam que o bom relacionamento dos membros facilita a relação com as famílias e o planejamento e execução das atividades diárias da equipe.

## 4.2 - A COMUNICAÇÃO COMO ELO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE E OS USUÁRIOS

De acordo com Ferreira (1997, p. 170) comunicação é:

O ato ou efeito de comunicar-se. Processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de método e/ou sistemas convencionados. A mensagem recebida por esses meios também pode ser chamada de comunicação. A capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, com vista ao bom entendimento entre pessoas.

Sadala e Stefanelli, (1995) acrescentam que a comunicação tem sido vista historicamente como essencial para o crescimento do ser humano como pessoa e como ser social. Conceituada basicamente como produção, transmissão e recepção de mensagens, ou como todos os procedimentos pelos quais uma pessoa pode afetar os demais, de modo consciente ou inconsciente, sob a forma verbal e não-verbal, e definida como experiência social fundamental para o ser humano. Seja qual for o foco sob o qual é examinada a comunicação, pode-se afirmar que é uma atividade que diz respeito a todos os comportamentos do homem, confundindo-se com a interação e como processo de relacionamento interpessoal importante.

Araújo e Rocha (2007, p. 22) afirmam que:

Na proposta de Saúde da Família, 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 de linguagem.

Segundo Silva (1996), além das palavras através das quais a comunicação se processa, existem mecanismos diferentes que geram estímulos que são recebidos e entendidos. Um olhar, um tom de voz diferente, um franzir ou levantar de sobrancelhas, podem servir para comunicar e manifestar muito mais do que aquilo que poderá estar contido numa mensagem verbal.

Uma das constatações das pessoas que se dizem com grandes problemas de comunicação é que, de fato, são problemas relativamente simples e de fácil solução. O que acontece é que esse problema, por menor que seja, compromete todo o sistema de comunicação. Por

exemplo, uma pessoa pode ter boa cultura, ser extrovertida e desinibida, saber usar bem as mãos, possuir um rico vocabulário e ter uma boa fluência verbal, mas se falar de forma linear, com voz monocórdica irá provocar desinteresse aos ouvintes e, conseqüentemente, a comunicação fica comprometida (SILVA, 1996).

Araújo e Rocha (2007) descrevem outros fatores que interferem no processo de comunicação, que são: os fatores facilitadores e fatores dificultadores. Em meio os fatores facilitadores entre os membros da equipe e coordenadores permanecem: o bom relacionamento inter-pessoal, respeito e compreensão das opiniões alheias e divergentes, obediência às regras verticais e respeito às horizontais, interesse dos funcionários em participar e envolver-se.

Já nos fatores dificultadores, os autores acrescentam os problemas ou distância na comunicação líder-equipe; disputa de poder, relacionamento inter-pessoal prejudicado, profissionais que não se envolvem, ausência de empatia, não aceitação das opiniões divergentes, “mania de detenção da verdade absoluta”.

Os somatórios de pequenos problemas no processo de comunicação podem impedir que alguém comunique com fluidez e naturalidade. É o mesmo princípio "da união faz a força", ou seja, o conjunto dessas dificuldades neutraliza o efeito que a comunicação poderia provocar, impedindo-o de mostrar o seu potencial e a sua competência, gerando frustrações na vida pessoal e profissional. Determinada pessoa pode possuir conhecimentos e talento, mas ao falar em público, numa reunião, quando convidada para proferir uma palestra, ou entre colegas de trabalho, fica limitada e prefere fugir do que enfrentar; não será valorizada por aquilo que sabe ou conhece, mas por aquilo que faz com aquilo que sabe (SILVA, 1996)

Basicamente, alguns problemas manifestam-se por medos, tais como o de não ser bem sucedida e errar, implicando uma baixa auto-estima ou a sensação de incapacidade para se expressar diante de situações de desafio. Além disso, há o excesso de manifestações no próprio corpo, tais como tremores, gaguez, suores, taquicardia, chegando, alguns casos até a desmaios (SILVA, 1996).

Poder-se-á então dizer que os profissionais da área de saúde, principalmente se trabalham em equipe, deparam-se constantemente com problemas de comunicação e empatia que interferem

na execução do trabalho ou na satisfação das suas necessidades interpessoais de inclusão, controle e afeto.

Assim, para alcançar os objetivos comuns é inevitável que todos os membros de um grupo tenham uma boa comunicação, tenham motivação. Essa boa relação/comunicação para ser adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitida por sinais e não por símbolos. As pessoas têm um conjunto próprio de idéias, valores, experiências, atribuindo a cada sinal um significado não só denotativo, mas principalmente conotativo.

Para Fortuna *et al* (2005, p. 266) “a comunicação é um indicador importante dos vários momentos possíveis de se viver num grupo e numa equipe.”

Oliveira (2009) relata que apenas uma comunicação simples e de mão dupla será capaz de desenvolver o empoderamento do individuo dando-lhe força para experimentar novas práticas de saúde.

Nesse sentido, Oliveira (2009, p. 21) descreve que:

Comunica-se com palavras, mas comunica-se também com o tom de voz, com a postura do corpo, com as expressões faciais. Comunica-se pela palavra, mas também pelos silêncios, pelos gritos ou pela ausência, irresponsabilidade ou omissão. Comunica-se pela expressão de afetos e também de desafetos, ou pela não expressão. Comunica-se pelo o corpo e pelo adoecimento.

Assim, Inojosa (2008, p. 6) relata que a “comunicação é um processo de reciprocidade, que precisa da confiança entre as partes.” Já os autores Kell e Shimizu (2007, p. 1540), descrevem que “para melhoria do trabalho em equipe, é preciso privilegiar relações amistosas, na perspectiva de articulações de ações permeadas pela prática da comunicação intra e inter equipe, gestor e usuários”.

Para Santos e Silva (2003, p.09) “a comunicação eficiente provoca mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional.”



Uma tática para melhorar a comunicação em equipe é a realização periódica de reuniões de equipe, onde serão discutidos aspectos objetivos e quantitativos do trabalho, além de ser uma ótima oportunidade dos membros exporem e trocarem suas experiências e expectativas, podendo assim melhorar a convivência e o processo de trabalho, (CARDOSO, 2004).

Jacob Filho e Sitta *apud* Cardoso e Hennington (2011) relatam ser importante que as reuniões tenham data, local, duração e frequência pré- estabelecidos.

Fortuna *et al*, 2005, discutem sobre a importância da reunião para a equipe, relatam que este momento pode servir para que nada se modifique ou para que tudo permaneça do jeito que está; o comportamento dos membros da equipe antes , durante a reunião esta diretamente ligado ao insucesso ou ao sucesso.

Assim, a comunicação é um elemento importante no conceito de liderança para afetar o comportamento e o desempenho dos liderados a fim de realizar as metas estabelecidas por uma instituição. Vale ressaltar que, se os liderados não desempenham corretamente uma tarefa por falta de acesso a informação necessária, o líder falhou em seu papel de disseminador (FORTUNA, *et al* 2005).

#### **4.2.1 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Atualmente, devido ao avanço tecnológico, os processos de comunicação sofreram alterações, dessa forma a comunicação tornou-se ferramenta e estratégia nos setores organizacionais. No entanto, no âmbito da saúde brasileira, ainda é preciso superar a visão instrumental e simplista da comunicação como processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor, modelo que não confere importância ao restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos (SCHARAIBER, 1997).

A troca de informação e as interações entre os indivíduos e as organizações fazem da comunicação um instrumento essencial nas ações da promoção da saúde. Essa troca deve acontecer de forma constante no lar, na escola, no ambiente de trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Hoje, a democratização da informação surge como uma das principais metas para a melhoria da qualidade e a universalidade da saúde brasileira. O desafio é concretizar um projeto nacional que garanta o fortalecimento do SUS a partir da descentralização e da maior participação da sociedade. (SCHARAIBER, 1997).

Nesse sentido, para que o processo de comunicação atue de forma a produzir cidadãos reflexivos e formadores de opinião, é necessária a definição de estratégias mais eficazes, com abordagens específicas e linguagem adequada a cada situação, para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários (TEIXEIRA, 1997).

As políticas presentes nos princípios do SUS buscam uma prática descentralizada, no entanto, observa-se que com relação à comunicação, as políticas governamentais não têm acompanhado esse processo. Em geral, trabalha-se com um discurso único e os atores apenas reproduzem a mensagem hegemônica do governo, um modelo típico das campanhas. Não há interação com a população (TEIXEIRA, 1997).

A assistência prestada e as chances de tratamento e de sobrevivência têm melhorado consideravelmente em vista da melhoria das condições materiais produzidas pelo avanço tecnológico e científico. No entanto, essas tecnologias, ao invés de serem trabalhadas a favor

da melhoria da interação comunicativa, têm enfraquecido os vínculos entre profissionais de saúde e pacientes/usuários. A anamnese e o exame físico têm sido, em parte, substituídos por aparelhos que fornecem informações diagnósticas e indicam terapêuticas, diminuindo a participação do doente nesse processo de levantamento das suas condições de saúde. (TEIXEIRA, 1997)

Mendes 1999 *apud* Moreira 2010 afirmam que o problema comunicacional, proveniente da falta de interação entre o profissional de saúde e o usuário, data das origens das práticas de saúde. Esse problema tem se agravado pelo fato de o atendimento ser, cada vez mais, realizado por equipes que se servem do anonimato para a tomada de decisões unilaterais sobre a vida do paciente, ampliado a impessoalidade desse atendimento, como vêm analisando alguns pesquisadores.

De acordo com Teixeira (1997, p. 52):

Esse processo de “tecnologização” da assistência tem produzido um olhar sobre a doença e não sobre o indivíduo doente, muitas vezes, a individualidade de cada sujeito (inseguranças, preocupações, necessidades, angústia) passa a ser um ruído no processo de comunicação que, para se exercer, tende a silenciar o doente, realizando-se em uma única direção, sem espaço para o diálogo e para a participação do doente como sujeito que percebe a sua condição de doente. Esse tipo de comunicação baseado na utilização de tecnologias “duras” ocorre de forma unilateral.

Nesse sentido, o uso corrente de uma terminologia ancorada em vocábulos técnicos complicados e termos típicos do meio hospitalar, pelos profissionais, acaba por reforçar uma relação de domínio e opressão. (TEIXEIRA, 1997):

Diante disto, Gauderer (1991) lembra que o profissional da saúde, imbuído de poder de curar, adquire status e prestígios especiais que, quando não compartilhados com o paciente mediante uma discussão mais ampla sobre as suas condições e possibilidades, podem desencadear abuso de poder pela posse de saberes e de segredos que se tornam inacessíveis aos pacientes.

Segundo Moysés e Collares, (1997, p. 6) “a singularidade de cada sujeito, doente ou sadio, continua sendo o principal fator de perturbação para o olhar clínico, que precisará, então, para poder se exercer, silenciar o corpo doente do doente, fixando-se no corpo doente genérico”. Todavia, novas regulamentações têm surgido para tentar minimizar esse distanciamento (BRASIL, 2006). Um exemplo disso são as políticas de humanização e as cartilhas de direitos dos usuários do SUS, promovidas pelo Ministério da Saúde. Como parte dessas cartilhas e de programas de busca do cuidado integral.

De acordo com Fortes (2004, p.3):

O cliente deve receber informações sobre exames e condutas a que será submetido, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços; É direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados, recebendo, por escrito, o diagnóstico e o tratamento indicado, com identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão.

Nesse sentido, o exercício da autonomia é condição importante para que a relação profissional/usuário aconteça em condições de igualdade, onde o usuário se sinta assistido e orientado para a prática do auto-cuidado e para o compromisso com sua própria vida. O exercício dessa autonomia se dá a partir do momento em que o indivíduo, no caso o usuário, toma conhecimento de todas as explicações necessárias sobre a situação (riscos envolvidos nas diferentes alternativas de escolha) e compreensão das informações para tornar mais fácil a escolha que melhor atenda às necessidades da situação. A autonomia exige cidadania garantida: implica acesso igualitário à educação, saúde, informação (FORTES, 2004).

Schraiber (1997, p. 63) afirma que:

No entanto, em países onde as desigualdades sociais são muito grandes, observa-se que a autonomia e princípio da beneficência são conceitos vazios, uma vez que, os indivíduos, na maioria das vezes, são desprovidos de conhecimento e do direito à liberdade de escolher e decidir sobre suas vidas e seu bem-estar porque a relação profissional de saúde e paciente ocorrem com frequência, entre pessoas que, no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais. Assim

tendemos a vê-la como uma interferência de uma só mão: do médico para o paciente; do profissional de saúde para o usuário, etc.

Reconhece-se que a informação de qualidade, difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde. O processo de comunicação deve ser ético, transparente, atento aos valores, opiniões, tradições, culturas e crenças das comunidades, respeitando e considerando e reconhecendo as diferenças, baseando-se na apresentação e avaliação de informações educativas, interessantes, atrativas e compreensíveis (SCHRAIBER, 1997).

De acordo com Mendes (1994, p. 16):

O objetivo básico na comunicação é se tornar agentes influentes é influenciarmos os outros, nosso ambiente físico e nós próprios, são nos tornarmos agentes determinantes, é termos opção no andamento das coisas. Em suma, a comunicação existe no intuito de influenciar com intenção.

Cardoso e Nascimento (2007) relatam que a comunicação é percebida como uma forma de transmitir mensagens de um pólo a outro, preocupando-se com os ruídos durante a transmissão.

Conforme Santos e Silva (2003, p. 02):

A comunicação é entendida aqui como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como ocorre o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo. Esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto. Isto permite afirmar que as pessoas se encontram constantemente envolvidas por um campo interacional.

Para melhorar o processo de comunicação podemos utilizar de várias técnicas como: grupos operativos, palestras, reuniões com a comunidade, workshops, cartazes, carros de som, realização de sala de espera, boletins e informes epidemiológicos (ARAÚJO E ROCHA, 2007).

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os achados, foi possível discutir sobre a Estratégia de Saúde da Família, trabalho em equipe e comunicação. Percebemos que o trabalho na ESF é realizado por uma equipe multidisciplinar e para que este trabalho seja efetivo, a equipe deve trabalhar com objetivos em comum, respeitando sempre os valores, idéias, crenças, conhecimentos e sugestões dos outros membros. Vale ressaltar que cada membro possui uma história de vida e valores criados por essa história que devem ser sempre respeitados.

Quando o trabalho é realizado em equipe e com objetivos em comum os usuários são os mais beneficiados, pois o trabalho em equipe permite maior proximidade com a comunidade e melhor acompanhamento. Os usuários sentem-se melhor assistidos e envolvem mais nas atividades da equipe. E os profissionais mais gratificados com os resultados alcançados com o trabalho em equipe. Como em toda organização, o trabalho em equipe funciona como um mecanismo formado de peças interligadas, onde se uma falhar, falha todo o processo.

Faz-se necessário, também, para um bom trabalho em equipe a comunicação, a mesma é considerada um indicador importante para se viver em equipe, ocasionando mudanças no comportamento do individuo e melhoria no processo de trabalho prestado. O bom relacionamento é resultado do exercício da boa comunicação. No processo de comunicação é importante ressaltar alguns fatores que auxiliam no processo de comunicação; o bom relacionamento inter-pessoal, respeito, compreensão. Através de uma comunicação clara, direta, sem utilização de termos técnicos quando não for necessário será possível atingir os objetivos propostos no trabalho em equipe, nas consultas e nas ações na comunidade.

Portanto conclui-se que o trabalho em equipe e a comunicação são os alicerces para um adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família e devem fazer parte do cotidiano do trabalho da equipe, melhorando assim o vínculo entre os membros da equipe, a eficiência de suas ações, o processo de trabalho e levando ao reconhecimento do trabalho pela população atendida.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, M. B. de S. ; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dez. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde; **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 29 de outubro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9102000000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102000000300018)>. Acesso em: 19 de abr 2011.

CARDOSO, A. dos S.; NASCIMENTO, M. C. do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010 Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000700063&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700063&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 abr. 2011.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais na Equipe do Programa Saúde da Família. **Revista APS**. V.7, n. 1. P. 47-50. Jan/jun. 2004. Disponível em: <

<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Relacoes.pdf>>. Acesso em: 18 de abri. 2011.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462011000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2011.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FERREIRA, A. B. de **O. Miniaurélio Século XXI escolar: o mini dicionário da língua portuguesa**. 4<sup>ao</sup> ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FORTES, P. A. C. *Ètica, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde soc.*; São Paulo, v. 13, Dez, 2004.

FORTUNA, C. M. *et al* . O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, Abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Abr. 2011.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do Paciente**: um manual de sobrevivência. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991

INOJOSA, R. M. Comunicação em Saúde: o papel do agente comunitário de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, vol 2, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/390/373>>. Acesso em: 28 de out. 2011.

KELL, M. do C. G. e SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1533-1541, 2010 Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/065.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo; Sarvier, 1994.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L.. Inteligência Abstraída, Crianças Silenciadas: as Avaliações de Inteligência. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641997000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 out. de 2011.

MOREIRA, B. M.. **Comunicação:tecnologia para a interação dos saberes e prática do cuidado – enfermeiro e usuários**. Campos Gerais / Minas Gerais. 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0900.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisas qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2004.

OLIVEIRA, A. M. F. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós-modernidade. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**.,vol. 3, n. 1, p. 14 -27, jan/mar. 2009. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/708>>. Acesso em: 28 de out. 2011.



OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Aug. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102006000500025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000500025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2011.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. **O trabalho em equipe**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000. p. 45-50.

SADALA, M. L. A.; STEFANELLI, M. C. Desenvolvendo a habilidade de comunicação. **Rev. Paul. Enf.**, v. 14, n. 2/3, p. 66-76, 1995.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01042902001000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902001000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 de out. 2011.

SANTOS, K. M. A. B. dos; SILVA, M. J. P. da. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n.2, jun. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342003000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2011.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2 ed. São Paulo: Gente, 1996.

SCHRAIBER, L. No encontro da técnica com a ética; O exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho médico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v.1, n.1, ago.1997 Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista1/artigo1.pdf> >. Acesso em : 22 de out. 2011.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface** Botucatu. v. 1, n. 1, Aug. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831997000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de out. 2011.