

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

ANA ELÍDIA RIBEIRO RAMOS

**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES
PARA UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE.**

**UBERABA - MINAS GERAIS
2013**

ANA ELÍDIA RIBEIRO RAMOS

**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES
PARA UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE.**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**UBERABA - MINAS GERAIS
2013**

ANA ELÍDIA RIBEIRO RAMOS

**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES
PARA UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE.**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora:

Prof. Edison José Corrêa - Orientador

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em: 6/9/2013.

Dedico, primeiramente, a Deus, minha fortaleza diária.

Dedico à minha querida mãe, pelo amor condicional que tem por mim.

À minha irmã Maria Olímpia, pela amizade incomparável.

Aos amigos que conquistei durante todos esses anos de dedicação ao trabalho Saúde da Família!

SONHO IMPOSSÍVEL

"Sonhar
Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar esse mundo
Cravar esse chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã, se esse chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu delirar
E morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão"

Andrew Lloyd-Weber (versão em português de Chico Buarque)

RESUMO

O Programa de Saúde da Família propõe-se a atender as famílias integralmente em seu espaço social, e para que isto ocorra em perfeita harmonia entre profissionais que integram a equipe, é necessário que haja propostas de trabalho com a definição das responsabilidades e atribuições da equipe de Saúde da Família. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de trabalho com a definição das responsabilidades e atribuições da equipe de saúde da família, motivando-os a um atendimento de qualidade, coerente com as prioridades da unidade de básica de saúde Dr. Inimá Baroni em Uberaba. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica, antecedida de observação participante em que a autora pode participar de dinâmicas de grupo, a fim de motivar toda equipe. Dessa forma, ações prioritárias para a solução dos problemas locais foram definidas, considerando três nós críticos, ou seja, situações que resolvidas podem eliminar ou minimizar os problemas prioritário apontados: (1) falta de articulação interna e de processo de educação continuada da equipe; (2) falta de atuação sistematizada dos Agentes Comunitários de Saúde; (3) conselho Local de Saúde desarticulado da Unidade de Saúde e da Equipe. Para cada um destes “nós” críticos foram apontados os resultados esperados, o produto, as ações estratégicas, o responsável, o prazo, o processo de acompanhamento e avaliação e a viabilidade, sendo que os comentários com base na literatura consultada foram tecidos para cada conjunto de intervenções. Nessa perspectiva, as propostas desenvolvidas junto com a equipe de PSF em um posto de saúde de Uberaba, fez com que o grupo percebesse suas falhas e pudessem caminhar para aprimorar as intervenções diretamente na família, por um processo multiprofissional em que cada um contribui com seu conhecimento para a qualidade das ações.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Atenção primária à saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) is proposed to meet the families fully in their social space, and for this to occur in perfect harmony among professionals who compose the team it is necessary to be working with the proposed definition of responsibilities and team assignments Family Health. In this context, this study aims to present a proposal to work with the definition of the responsibilities and duties of the family health team, motivating them to quality care, consistent with the priorities of basic health unit Inimá Dr. Baroni in Uberaba. Therefore, we performed a literature search for theoretical foundations, preceded by participant observation in which the author can participate in group dynamics in order to motivate the whole team. Thus, priority actions for the solution of local problems are defined, considering three critical nodes, ie, situations resolved can eliminate or minimize the problems pointed priority: (1) lack of internal coordination process and continuing education of staff; (2) lack of systematic role of Community Health Workers, (3) Local Health board disjointed Health Unit and Team. For each of these critical nodes were identified expected results, product, strategic actions, responsible, deadline, the process of monitoring and evaluation and feasibility, and the reviews based on literature were woven for each set of interventions . In this perspective, the proposals developed together with the PSF team in a clinic in Uberaba, made the group realize its flaws and could walk to improve interventions directly in the family, by a multidisciplinary process in which each contributes its knowledge to the quality of the stock.

Keywords: patient care staff. Primary health care. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Diagnóstico situacional	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 MÉTODO	14
5 BASES CONCEITUAIS	15
5.1 Saúde para todos	15
5.2 Política de saúde brasileira	16
5.3 Programa Saúde da Família	19
5.4 Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família	21
5.5 Motivação da equipe no trabalho com o Programa Saúde da Família	22
5.6 A equipe de saúde, seus conflitos, desafios e estímulos	25
6 PROPOSTA DE PLANO DE ESTÍMULO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	28
6.1 Ação estratégica 1: Articulação da equipe de saúde	29
6.2 Ação estratégica 2: Agentes Comunitários de Saúde em Ação	33
6.3 Ação estratégica 3: Pró-Conselho	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

O município de Uberaba, Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião e à microrregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. EM 2008, a população de Uberaba foi estimada em 292.377 (100%) habitantes, sendo 142.354 (51,3%) do sexo feminino e 150.023 (48,7%) do masculino (Uberaba, 2013). de acordo com a estimativa do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE), sua população superou 300.000 habitantes em julho de 2012 passando para 302.628 habitantes (BRASIL, 2012).

A Atenção Primária à Saúde, no município de Uberaba, é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, haja vista que, é por meio desta que os usuários são encaminhados às especialidades, pelas equipes de Saúde da Família. Ademais, o principal papel da atenção primária à saúde é trabalhar com práticas de prevenção e promoção da saúde, enfatizando o autocuidado, sem, contudo deixar de realizar os tratamentos e atividades de reabilitação.

A Secretaria Municipal de Saúde tem por finalidade coordenar e executar programas, projetos e atividades, visando promover o atendimento integral à saúde da população do município, em consonância com as políticas emanadas pelos governos federal e estadual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, pela Secretaria se articulam vários setores com o propósito de disponibilizar a melhoria do atendimento prestado pelas Unidades de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde Dr. Inimá Baroni – Equipe de Saúde da Família Jardim Triângulo -- funcionou durante alguns anos anexa ao Albergue Municipal, à Rua Bom Despacho. Posteriormente, a equipe passou a sediar-se na Casa do Adolescente de Guadalupe até 1996.

Em 2009 a Unidade Básica de Saúde, juntamente com a equipe de Saúde da Família Jardim Triângulo, mudou-se provisoriamente para Escola Municipal Anísio Teixeira – Centro de Atenção Integrada à Criança (CAIC) — Rua João Nascimento s/n, bairro Jardim Triângulo - em uma parte pequena, cedida pela prefeitura, onde permanece até os dias de hoje.

Esse local não é bem estruturado para realizar todas as ações necessárias da atenção primária à saúde, pois não existe estrutura física adequada. Possui apenas dois consultórios médicos, sendo que um deles não possui lavabo e banheiro, uma sala de pesagem das crianças para o programa Bolsa Família, uma sala de enfermagem onde são realizados curativos, vacinação, atendimento de enfermagem e demais atribuições. Além disso, conta com um consultório odontológico, uma recepção ampla com pouca ventilação e uma copa pequena. Inexiste sala de esterilização, expurgo, sala para Depósitos de Materiais de Limpeza (DML) e lavanderia.

A população adscrita da UBS é de 3.624 pessoas, sendo 1.770 homens e 1.854 mulheres, totalizando 1.037 famílias cadastradas e acompanhadas, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013). Os agentes comunitários de saúde (ACS) são oito, incorporados por meio de um processo seletivo. Todos os ACS acompanham em torno de 135 a 140 famílias.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe de Saúde da Família abrange os bairros Jardim Triângulo, Boa Vista, Amoroso Costa e Vila Craid. A população atendida pela equipe é de classe media-baixa a baixa. Apenas 15% da população adscrita possui plano de saúde, 94,32% desde total é alfabetizada. Os adolescentes de sete a 14 anos (89,32%) frequentam a Unidade Básica de Saúde (SIAB, 2013).

Com relação ao tratamento de água, 24,11% da população local não realiza nenhum tratamento domiciliar. O abastecimento é via rede pública em 99,81%. O lixo tem 100 % de coleta pública. O destino das fezes e urina é realizado por rede de esgoto. Em 95% das casas da área de abrangência a energia elétrica é fornecida pelas Centrais Elétricas de Minas Gerais (SIAB, 2013).

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Após a análise de dados e do cotidiano do trabalho na equipe Saúde da Família (SF) Jardim Triângulo, em 11 meses de atuação como profissional local, constatou-se como problema primordial a falta de informação da população sobre como deve ser desenvolvido o trabalho da equipe e quais suas estratégias, metas e responsabilidades. Entre outras incoerências, destacam-se o pouco estímulo (ou nenhum) da equipe para desenvolver o trabalho previsto pela Estratégia Saúde da Família, o acúmulo de funções para a enfermeira da equipe, a estrutura física imprópria e a pouca participação da comunidade no Conselho Local de Saúde.

Como exemplo, uma das principais preocupações da nossa equipe relaciona-se ao alto índice de tuberculosos não aderentes ao tratamento e ao alto índice de abuso de drogas ilícitas. Realizamos mensalmente em torno de 10 notificações de violência doméstica na nossa área, seja contra mulheres, crianças e idosos. O número de hipertensos cadastrados na nossa equipe é de 558 pessoas e diabéticos em torno de 183 pessoas. Em relação às crianças de até dois anos contamos com uma média de 72 crianças cadastradas, para receber cuidados.

Entre tantos problemas, destacamos como prioridade, no diagnóstico situacional, a questão do pouco estímulo da equipe, podendo caracterizá-lo como de grande importância pelo fato de que, para atuar na Saúde da Família, é necessário que a equipe tenha vínculo com a população da área de abrangência e reconheça a importância de um trabalho da saúde da família, a fim de, alcançar metas e proporcionar a população um atendimento com qualidade e resolutivo, com um bom grau de autoestima.

A resolução desse problema tem urgência, pois a equipe de saúde da família trabalha com prevenção e promoção da saúde. Para tal, é prioritário que a equipe esteja estimulada e com vontade de atuar nessa área.

Considerando que a proposta de intervenção para um problema passa pela capacidade de seu enfrentamento, embora possa haver pouca motivação na equipe, consideramos que enfrentar e agir são parte de um processo de conscientização, em que todos têm a aprender: mesmo com a capacidade de

enfrentamento pela equipe aquém do esperado, é necessário prosseguir com o processo de conscientização.

2 JUSTIFICATIVA

A importância deste estudo, para a minha atividade profissional, objetiva contribuir para que a Estratégia Saúde da Família seja realizada de uma maneira correta e com qualidade por todos.

A situação problema que este estudo busca solucionar é a motivação dos que pertencem à equipe, a obtenção de maior conhecimento e melhor desenvolvimento das ações, para uma nova orientação e nova prática profissional. Uma nova situação pode ser desenvolvida, para que os profissionais estejam mais dedicados a desenvolverem o trabalho.

Para os usuários a importância é ainda maior, pois são os que irão colher os bons frutos de uma equipe que trabalha com motivação, coerência e organização. Para tanto se considera importante elaborar uma proposta de trabalho com a finalidade buscar estratégias de atuação da equipe com mais estímulo e harmonia no trabalho, mesmo em uma ambiência pouco favorável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar uma proposta de trabalho com a definição das responsabilidades e atribuições da equipe de Saúde da Família, motivando-os a um atendimento de qualidade, coerente com as prioridades da Unidade de Básica de Saúde Dr. Inimá Baroni em Uberaba.

3.2 Objetivos específicos

- Apresentar as bases conceituais para o trabalho em equipe, na estratégia Saúde da Família.
- Definir as ações prioritárias, sobre nós críticos, para solução dos problemas locais, seus atores e tempos de atuação.
- Propor mecanismos de articulação da equipe em seu processo de trabalho, na relação com educação continuada com toda a equipe.
- Propor forma de participação do Conselho Local de Saúde para a tentativa de melhorias para a Unidade Básica DE Saúde.

4 MÉTODO

Este trabalho apresenta, inicialmente, uma revisão de dados, analisada a partir do cotidiano da Equipe de Saúde da Família Jardim Triângulo e estruturada sob a forma de análise situacional. Para uma proposta de reorganização do processo de trabalho dos profissionais é apresentada uma revisão de literatura, buscando as bases e as diretrizes do SUS.

Na pesquisa bibliográfica, utilizou-se, como referências, artigos publicados na Biblioteca Virtual da Saúde, os documentos oficiais e publicações de autores que estudam as questões referentes à atenção primária à saúde citados em módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e disponibilizados na Biblioteca Virtual do Nescon, focando a Estratégia Saúde da Família. Os módulos, desse curso, “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e “Iniciação à metodologia: textos científicos” (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) foram também referência para a elaboração do trabalho.

5 BASES CONCEITUAIS

Serão abordados, a seguir, aspectos conceituais relacionados à política de saúde e suas relações com os direitos das pessoas, o modelo de Saúde da Família e seu processo de trabalho e a motivação da equipe no trabalho com o Programa Saúde da Família.

5.1 Saúde para todos

A proposta de organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária à saúde foi preconizada há mais de 30 anos, ou seja, em 1978 na Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, e realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal Conferência teve sua importância destacada por meio do lema “Saúde para todos no ano 2000”, que ficou amplamente conhecido. Diversos países afirmaram esse compromisso com a finalidade de melhorar a saúde da população pela valorização da atenção primária e da participação comunitária. (FARIA *et al.*, 2010; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, s.p.).

Ao se reconhecer a necessidade de obter um pacto voltado para a saúde, conseguiram-se o apoio e interesse de diversos países, todos com o intuito de melhorar a qualidade da saúde em suas localidades. Em novembro de 1986, a discussão sobre o amplo significado e relevância da “promoção da saúde” culminou na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), onde foram destacados progressos alcançados a partir da Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002).

Desde essa Conferência, foi elaborada a Carta de Ottawa que define

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19).

Daí surge uma evolução significativa sobre o conceito em que todos passam a ter o mesmo objetivo e a meta de valorizar a probabilidade de obter grandes resultados ao investir em promoção da saúde, incluindo a participação social.

Além disso, foram discutidos vários fatores intervenientes no estado de saúde do indivíduo, bem como a responsabilidade do estado nesse processo, devendo o mesmo assegurar condições para que as diferenças fossem minimizadas, conforme preconizadas na Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1986).

5.2 Política de saúde brasileira

Em meio a tantos acontecimentos no âmbito mundial, o Brasil vivenciou momentos de conflitos, na área da saúde. Na segunda metade da década de 1970, surge o chamado movimento sanitarista, pretendendo estabelecer um novo relacionamento entre o setor privado e o governo na área da saúde. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) passou por intensa crise financeira, devido ao aumento dos gastos por necessidade de atendimento a uma parcela maior dos trabalhadores (BERTOLLI FILHO, 2004).

A partir de vários movimentos, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que foi aprovado um relatório cujas recomendações

passaram a constituir o projeto da reforma sanitária brasileira (COSTA, 2002). Destacam-se, como principais metas a saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal aos serviços de saúde dignos e com qualidade. Ademais, ficou decidido que a saúde têm fatores condicionantes e determinantes, não incluindo apenas assistência médica, mas também o emprego, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o lazer, a educação, o transporte.

Desde então, a saúde passa a ser entendida como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Esses direitos foram incluídos Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 196). O Estado assume a responsabilidade de disponibilizar e assumir o compromisso de oferecer saúde a todo cidadão, de forma geral, sem comparar condições financeiras, gênero, raça ou cor. Buscando atender de forma geral as dimensões necessárias para o bem estar da população assistida. Espera-se, assim obter por meio dessas ações a qualidade e melhoria de vida da população assistida pelo SUS. Houve a separação definitiva das áreas da previdência social e saúde, estabelecendo novos caminhos para a saúde pública no Brasil (COSTA, 2002).

O artigo 198 da Carta Magna (BRASIL, 1988), referente às ações e serviços públicos de saúde, instituiu o SUS como proposta de reorganização da saúde no país. Entre seus preceitos e princípios doutrinários (BRASIL, 1990, p. 4), para assegurar o acesso, a igualdade de oportunidades e a qualidade, estão:

Baseado nos preceitos constitucionais a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

UNIVERSALIDADE – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal

EQUIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas

necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

INTEGRALIDADE - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;

as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;

as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim: “O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”.

QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS QUE REGEM A ORGANIZAÇÃO DO SUS?

REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

DESCENTRALIZAÇÃO - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do

governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde.

Percebe-se que os princípios dos SUS buscam assegurar o acesso, a igualdade de oportunidades e a qualidade. Em termos da organização do sistema, preconiza a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade e a descentralização. Observa-se, ainda, a questão da igualdade nos atendimentos, atentando para as particularidades de todos os usuários. Além disso, consideram-se as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do ser humano íntegro e com direitos à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio, inclusive de ações preventivas.

Esses princípios descritos estão contidos nas leis 8.080/90 (BRASIL, 1990b) e 8.142/90 (BRASIL, 1990c). A primeira detalha a organização do SUS, baseando-se na descentralização das ações e políticas de saúde e o fornecimento de um atendimento integral à população. A segunda destaca principalmente a participação da comunidade.

Com a contribuição da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa e com as diretrizes deste novo sistema regulamentadas, o SUS foi implementado. Entretanto, mesmo estando incluída na Constituição Federal, a mudança de certos paradigmas só foi conquistada com o passar do tempo.

A promoção da saúde e a atenção primária ainda teriam um longo caminho a percorrer e, para contribuir com essa mudança criada pelo Ministério da Saúde, em 1991, no estado do Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) composto por agentes comunitários, que são moradores da comunidade, responsáveis pelo cadastro e acompanhamento das famílias dentro de uma determinada área geográfica (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde (ACS) são capacitados e orientados, conforme a necessidade de suas áreas. Os ACS conhecem a população e suas intercorrências, sendo seu principal objetivo a redução da mortalidade materna e infantil. Esse programa foi implantado em parceria com a

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e as secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 2005). Devido a sua expansão, integram-se em um trabalho de detectar focos de problemas de saúde e solucioná-los em nível domiciliar, com a expectativa de diminuir as causas e levar orientações à população, por meio do Programa de Saúde da Família.

5.3 Programa Saúde da Família

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) divulgou o primeiro documento referente ao Programa Saúde da Família (PSF), sendo necessárias à sua implantação, parcerias entre o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2005). Neste período, o PSF não representava um modelo de substituição do PACS, mas sim de complementaridade da atenção primária à saúde.

Em 1998, foi estruturado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que visava colher dados referentes às atividades desenvolvidas pelo PSF, acompanhando, monitorando e avaliando o desempenho das equipes (BRASIL, 2005).

Um aspecto relevante a ser destacado é que o programa introduz uma visão ativa de intervenções em saúde, não mais aguardando a demanda nos serviços de saúde, mas agindo na busca ativa no sentido de promoção e prevenção (VIANA; DAL POZ, 2005).

[...] A família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento e decisões em matéria de saúde e onde se originam a cultura, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem as normas sociais básicas (SECLIN-PALACIN, 2004, p. 16).

O modelo hospitalocêntrico e curativo, vigente há anos, deixa de ser a área de concentração de esforços, até mesmo em relação às diretrizes orçamentárias dos governos (BRASIL, 2005). O processo saúde-doença é, portanto, correlacionado com o contexto social, ambiental e familiar do indivíduo, sendo possíveis intervenções preventivas.

O Programa Saúde da Família passa a ser considerado uma estratégia -- Estratégia Saúde da Família (ESF), representando um grande avanço na reorganização da atenção primária à saúde, visto que a partir de então o principal enfoque das ações e políticas de saúde seriam baseadas na família e não mais no indivíduo de forma isolada.

Sendo assim, a ESF seria o caminho mais viável para a mobilização um número maior de pessoas, para uma ampla integração entre os usuários e os profissionais. É relevante o impacto que a unidade familiar exerce sobre seus membros durante todo o ciclo de vida, sendo importante destacar tal fator no entendimento dos problemas e conceitos de saúde e a necessidade de uma abordagem holística e integral. Essa estratégia pode, portanto, ser definida como um modelo de organização da atenção primária, mediante ações preventivas e promocionais graças à atuação de uma equipe multiprofissional, comprometidas com a integralidade da assistência, focado na unidade familiar e condizente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico em que o indivíduo está inserido (FERNANDES; SECLÉN-PALACIN, 2009).

Normalmente, a equipe de saúde da família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, variando de acordo com a dimensão da área de abrangência (CAMPOS, 2007).

5.4 Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família

Na Política Nacional da Atenção Básica, atualizada pela Portaria 2.488, de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), define o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, as atribuições comuns a todos os profissionais, atribuições específicas do Enfermeiro, do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem, do Médico, do Agente Comunitário de Saúde, do Cirurgião-dentista, do Técnico em Saúde Bucal (TSB), do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

Segundo Schimith e Lima (2004, p. 1488), a equipe do programa saúde da família: “*pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência*”. Dessa forma, em um trabalho integrado, a equipe acolhe as famílias, dialogando, orientando e sanando as dúvidas, intervindo com a promoção e prevenção, atuando, sempre que necessário, com a prática curativa, encaminhando os familiares aos ambulatórios, hospitais e clínicas de odontologia, sempre que necessitem de uma assistência mais especializada.

Nas pesquisas de Pedrosa e Teles (2001), o intuito da equipe que atua no PSF é promover a solução e enfrentamento de dificuldades reconhecidas, por meio da união de conhecimentos e intervenções diferenciadas segundo a complexidade de cada caso, integrando diversos profissionais da área da saúde, assim como, facilitar a formação dos agentes para adquirirem capacidade de promover o acolhimento e mudanças nas condutas dos profissionais da equipe de saúde para melhor atender os problemas das familiares.

Ao pesquisar sobre a equipe que atua no Programa Saúde da Família, Fortuna *et al.*, (2005) afirmam que os profissionais integrantes têm como finalidade as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e assistência específica à família, conforme definidos no programa de atenção básica. Compete, também, à equipe do PSF a formulação do diagnóstico situacional da área de atuação, vinculado às ações de promoção da saúde da criança e dos adolescentes, a fim de erradicar a mortalidade infantil.

Nessa perspectiva, o PSF passou a ser reconhecido como uma nova forma de atuar em saúde, centralizando na família o foco da atenção e não apenas o seu integrante já enfermo, inserindo uma nova concepção no processo de promoção em saúde, uma vez que aborda a população, intervindo de maneira preventiva sobre todos os familiares, configurando a equipe multidisciplinar como um modelo inovador de atenção à saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Para Nascimento e Nascimento (2005, p. 334), o PSF: “[...] *propõe organizar as práticas nas suas unidades básicas de saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde da família (ESF)*”. Uma vez formada essa equipe, em uma abordagem interdisciplinar de atenção e atendimento integral, de acordo com as necessidades básicas de saúde, atua em

um modelo de referência em saúde incluindo doenças de maior complexidade, encaminhando para tratamento específico, mas, sobretudo divulgando a saúde como um direito de cidadania, ao motivar a estruturação das comunidades para conduzir uma vida saudável.

Nessa perspectiva, o Programa Saúde da Família representa uma estratégia de reorientação do modelo de atenção básica a saúde, e assim, pode ser entendido como uma nova etapa dessa busca de fazer a saúde de forma diferente, sendo considerado eficiente e eficaz de aproximar os serviços, os profissionais de saúde e a população.

5.5 Motivação da equipe no trabalho com o Programa Saúde da Família

Para consolidar a estratégia da saúde da família, são diversos os aspectos que contribuem para que a equipe possa atuar na qualidade da promoção e prevenção, auxiliando a diagnosticar os problemas sociais que afetam a saúde das famílias de uma comunidade, tais como as condições precárias de saneamento, conflitos psicossociais, baixa renda, moradia insalubre, atuando em uma perspectiva interdisciplinar.

Conforme Oliveira e Spiri (2006), a equipe precisa se organizar e tomar decisões para evitar que tais problemas ganhem maiores proporções. Nesse sentido, a equipe motivada consegue estabelecer um diálogo fluente com os familiares, a fim de aprimorar a convivência, com o intuito de traçar diretrizes para atender as prioridades e objetivos a serem desenvolvidos, por meio de intervenções democráticas e soluções coletivas para a qualidade dos acolhimentos.

Araújo e Rocha (2007) esclarecem que nas interações direcionadas à compreensão mútua na equipe da PSF, cada profissional é concebido como um ser capaz de definir estratégias compartilhando os mesmos interesses em agir orientado para o diálogo, como motivação e decisões coletivas, para se alcançar a cooperação e o sentido comunitário. Nesse cenário, torna-se necessário destacar as vantagens das reuniões como prática eficaz para determinar o que é prioritário, constituindo-se em um momento ímpar para a gestão dos

conhecimentos múltiplos e da informação, com a finalidade de planejar o melhor a ser encaminhado para as famílias da comunidade em que atuam.

Nessa linha de pensamento, as equipes podem se tornar grupos ao conhecerem os processos grupais nos quais estão envolvidos e aprender a conduzi-los rumo à aprendizagem e ao alcance da tarefa que, neste caso, é o cuidado em saúde produzido em equipe (AGNOL, 2003).

Segundo Rocha (2006) o enfermeiro é um profissional com formação acadêmica que vive tensões entre o teórico e o prático, o ideal e a realidade e que, aparentemente, possui dificuldades em delimitar seu real campo de ação. Portanto, convive com o universo profissional a partir da interação dos diversos fatores, gerando estímulos à prática autônoma em seu exercício ou restringindo-a. Diante desse fato, o enfermeiro precisa mudar esse paradigma e atuar em equipe multiplicando o valor do trabalho coletivo.

Assim, procura-se despertar nos integrantes de uma equipe de Saúde da Família suas potencialidades de interação a partir do conhecimento da Técnica de Grupo Operativo. O grupo é uma situação espontânea, um modelo espontâneo de interação. Já os elementos do campo grupal podem ser organizados e regulados por meio da técnica operativa, a fim de tornar eficaz e potencializar a ação grupal em vista de seus objetivos (PICHON-RIVIERE, 2005).

A ilusão da harmonia nas relações internas na equipe, e na equipe de saúde da família pode ser um conflito, uma ameaça à coesão do grupo. No entanto, entende-se que nesse espaço convivem diferentes percepções, crenças e valores, nem sempre convergentes, o que demanda respeito à diversidade cultural. Nessas contradições, emerge o conflito, compreendido como inerente à natureza humana, propulsor de mudanças, transformação e convívio em grupo. O conflito é inerente a todo e qualquer grupo, o problema não é sua presença, mas o conflito não resolvido (ROMERO, 1994).

No sentido de se resolver a individualidade e dificuldade em se manter uma interação ideal em equipe e superar a repressão em estar se interagindo, surge a

ideia de se reuniões periódicas, a fim de se manter o diálogo aberto e claro entre seus elementos, em que muitas vezes criam-se soluções plausíveis contra a pressão de que uma equipe seja perfeita. A coesão da equipe constrói-se a partir dos valores que um grupo acredita ter e crê para alcançar seus objetivos, criando condições para se unir em torno de um "nós" e desenvolver uma identidade grupal (DEL CUETO; FERNANDEZ, 2008).

A falta de uma avaliação sistemática do trabalho produzido pela equipe pode ser pontuada como sendo uma fragilidade do grupo, pois, quando ocorre, frequentemente restringe as ações de seus integrantes. Nesse sentido, de acordo com Araújo e Rocha (2007), ao derrubar as resistências ao novo e à inovação, tais atitudes contribuem para a produtividade, em que as relações passam a ser harmônicas para que os conflitos sejam resolvidos dentro dos processos de trabalho interno das equipes.

5.6 A equipe de saúde, seus conflitos, desafios e estímulos.

A dificuldade de gerenciar conflitos nas equipes de saúde, independentemente do contexto, tem sido um achado recorrente em estudos (MARTINS, 2007). Na área da saúde em geral, especialmente quando se investiga o processo de trabalho e saúde do trabalhador, os conflitos são mais evidentes, os quais merecem maiores aprofundamentos em estudos subsequentes.

Peduzzi (2007), em um trabalho realizado sobre a comunicação para superar os conflitos existentes nas equipes da área da saúde, indica que:

[...] Estudamos o trabalho em saúde, com o objetivo de analisar as concepções de agentes sobre o sentido do trabalho em equipe multiprofissional e as evidências empíricas do caráter coletivo desse trabalho. Tomamos, como referencial teórico, os estudos do processo de trabalho em saúde e do agir comunicativo (PEDUZZI, 2007, p 151).

Nesse sentido, as propostas em torno da solução de conflitos e maior interação entre os profissionais de uma equipe multiprofissional está na qualidade dos processos comunicativos. Com efeito, a interação verbal é o processo pelo qual

se podem levantar as causas dos conflitos ou falta de motivação para saná-los com respeito às diferenças de estilo de trabalho de cada integrante.

Para Fernandes *et al.*, (2009) o profissional atuante na coordenação de equipes na área de saúde necessita ter habilidade para atuar a interação pessoal na atenção primária reduzindo os conflitos existentes. Nesse contexto, a habilidade administrativa, deliberação quanto ao alcance de metas e objetivos, relacionamento e capacidade em unir as pessoas em torno de interesses comuns, são fatores determinantes para a efetividade das ações, motivação da equipe do programa saúde da família e satisfação dos familiares.

Importante ressaltar que, segundo Campos e Wendhausen (2007), para um grupo de profissionais realmente é um desafio o trabalho em equipe, pois há diferentes modos de atuar. Entretanto, devem-se compartilhar interesses, objetivos e competências, para enfrentar a falta de motivação, os conflitos e as desuniões na equipe. De fato, a equipe que trabalha com estratégias de saúde da família deve lembrar que o exemplo de um grupo coeso é uma referência para quem trabalha a saúde como cidadania.

Em pesquisa de Souza e Carvalho (2003, p. 521) encontraram que

O convívio diário com a problemática social da comunidade, a precariedade das condições de trabalho, os baixos salários e os conflitos internos, foram apontados como os principais elementos que comprometiam a qualidade do trabalho em equipe e da assistência à população. Sob a dimensão organizacional, as intervenções se nortearam pelo objetivo de promover o diálogo entre as pessoas e, partindo de um esforço conjunto, melhorar a convivência e elevar a motivação do grupo para o trabalho.

Nessa perspectiva, o trabalho comunitário demanda motivação da equipe para atender prontamente as famílias que muitas vezes irão reclamar não apenas das questões de saúde, mas também da baixa qualidade de vida. Por isso é muito importante ter uma equipe com múltiplos profissionais que possam unir as competências e habilidades, para construir ações que possam realmente atender não apenas à carência material das comunidades, mas às enfermidades que possam estar ligadas a fatores como desnutrição, falta de saneamento e desemprego, entre outros problemas identificáveis nas visitas às famílias.

Pereira e Fávero (2001) acrescentam que a gestão de sistemas de saúde pública, conduz os coordenadores de equipes a mudanças de comportamentos para enfrentar a resistência e incentivar a união, a fim de alcançar a qualidade de vida e a mudança da realidade, quanto ao atendimento aos familiares e à comunidade.

O funcionamento da estratégia de saúde da família, portanto, é resultante de um trabalho em equipe, na busca permanente de comunicação e troca de saberes entre profissionais e a população. Nesse modelo de assistência, cada profissional executa um dado conjunto de ações, em separado, porém buscando, constante e continuamente, articulá-las às ações realizadas pelos demais agentes (FIGUEIREDO *et al.*, 2009, p. 263).

Convém relatar que os ACS, como integrantes da equipe de saúde da família, estão diante de um contexto específico, já que precisam residir no território em que toda a equipe atua, por acreditar ser mais fácil unir os interesses das famílias em prol de um ambiente mais saudável, fazendo dos agentes um canal de comunicação entre órgãos de saúde e sociedade, razão pela qual a motivação é essencial.

No presente trabalho, concorda-se com Peduzzi (2007, p. 1) ao dizer que: “*O trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais*”. Desse modo, é importante a autocrítica de cada integrante de uma equipe, para criar condições de integralizar os conhecimentos em prol das famílias e das comunidades. Nesse cenário, as transformações precisam ser internalizadas, para que se possa compreender a relevância de se trabalhar com as famílias em um programa nacional de saúde pública.

A motivação e a união em volta da qualidade nos atendimentos às famílias, conforme Friedrich e Pierantoni (2006) justificam a necessidade de procurar novas atitudes e novos comportamentos para que os profissionais do Programa Saúde da alcancem maior efetividade ao acolher as famílias, sobretudo aquelas que precisam de uma orientação para uma vida mais salutar. Dessa maneira, são importantes pesquisas que visam à motivação das equipes em torno das famílias, para que desenvolva uma acolhida com qualidade e percepção em como atuar com base na dignidade humana.

Um comentário é importante, em relação ao Conselho Local de Saúde, ele é o espaço de negociação de todo o segmento organizado da sociedade (usuários, profissionais de saúde, gestores locais e órgão representativos da comunidade), com a incumbência de ir além dos trâmites da formalidade e burocracia, para a efetiva participação com legitimação da representatividade de seus membros, ganhando visibilidade e destacando-se por meio de suas deliberações, e efetivamente decidir as diretrizes da política de saúde local (NOGUEIRA, 2008).

6 PROPOSTA DE PLANO DE ESTÍMULO PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a construção de uma proposta de intervenção que atenda ao objetivo geral de “Propor um plano de estímulo para a equipe de Saúde da Família” são apresentadas as ações descritas a seguir, consideradas estratégicas, correlacionadas aos nós críticos – pontos que resolvidos, colaboram para a solução do problema maior –, para se alcançar a união e a motivação no trabalho em equipe com o Programa Saúde da Família.

Inicialmente, buscou-se determinar um leque de intervenções para buscar a democratização, por meio de decisões participativas para solucionar problemas considerados prioritários, a fim de atuar com união e qualidade junto aos agentes comunitários, demonstrando sua real importância na busca por ações efetivas para os familiares e as comunidades.

Assim, definiram-se três nós críticos, para cada um dos quais se estabeleceu uma ação estratégica:

- Nó crítico 1 — Falta de articulação interna e de processo de educação continuada da equipe
- Nó crítico 2 — Falta de atuação sistematizada dos Agentes Comunitários de Saúde
- Nó crítico 3 — Conselho Local de Saúde desarticulado da Unidade de Saúde e da Equipe.

6.1 Ação estratégica 1: Articulação interna da equipe de saúde

Intervenção proposta	Plano de estímulo para a equipe de Saúde da Família
Nó crítico 1	Falta de articulação interna e de processo de educação continuada da equipe
Ação estratégica 1	Equipe articulada
Resultados esperados	Processo permanente de articulação da equipe e acesso à educação continuada
Produto	Equipe articulada e atualizada
Ações estratégicas	Reuniões mensais. Biblioteca local.
Responsável	Enfermeira da Equipe de Saúde da Família
Prazo	6 meses
Acompanhamento e avaliação	Através das ações desenvolvidas pelos integrantes da Estratégia Saúde da Família e avaliações mensais.
Viabilidade	Média

Comentários: Mecanismos de articulação da equipe e relação com educação continuada

Na Unidade Básica de Saúde onde atuo, o desenvolvimento das equipes profissionais na atenção primária à saúde, sobretudo na área ao lidar com o PSF, precisa ser sistêmico e permanente, para que se alcancem as necessidades primeiras de capacitação e possa acompanhar os avanços já obtidos curso das atuações. Dessa forma, as unidades saúde devem ser abordadas como um conjunto integrado e harmônico entre as atividades dos agentes e da equipe multiprofissional, atualizando os conhecimentos de acordo com as prioridades.

Nesse sentido, a missão dos agentes e o desempenho de cada profissional da saúde se voltam para um conjunto de atividades e comportamentos que são precisos àqueles que lidam com o atendimento diário das famílias, para perceberem onde a assistência médica, psicológica e odontológica é prioritária, articulando-se aos saberes imprescindíveis para uma atuação de qualidade (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

No estudo do desenvolvimento da equipe na UBS Dr. Inimá Baroni, os profissionais do PSF desempenham uma missão setorial, ou seja, atuam de acordo uma divisão já preestabelecida para facilitar as visitas e o acompanhamento mensal de cada família, em se tratando dos agentes. Por sua vez, os demais profissionais buscam utilizar suas competências, de acordo com sua formação (médico, dentista, psicólogo, enfermagem, etc.), a fim de atuar em uma visão multidisciplinar, ou seja, mais globalizada.

Nos diálogos com a equipe, o desempenho profissional é influenciado por uma série de fatores internos e externos ao grupo. Entre os fatores internos está a relação entre o coordenador, os agentes e os profissionais da área da saúde, em que a coordenação busca ensinar-lhes sempre que necessitem de uma função específica, por meio da formação em serviço, oferecida pela Prefeitura Municipal de Uberaba, para todos os integrantes.

Na verdade, o desenvolvimento profissional em serviço inicia com as instruções da coordenação que repassa ao profissional os conhecimentos primeiros com os quais poderão desenvolver suas atribuições e atividades. Por outro lado, como fator externo, o atendimento às famílias de unidades de saúde é de suma importância, pois os profissionais devem saber como abordar a comunidade para que a confiança possa ser alcançada (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Nessa concepção, o coordenador da equipe da UBS Dr. Inimá Baroni procura se inteirar das complexidades e dificuldades apontadas pelos agentes em relação às famílias para que toda a equipe possa atuar com qualidade, aumentando a credibilidade junto às famílias que fazem parte do programa. Assim sendo, procura observar as diferentes habilidades humanas úteis e necessárias para a qualidade das visitas e intervenções à luz do Programa Saúde da Família. Ao realizar seus

estudos e com base no diagnóstico situacional, a coordenação pode agregar conhecimentos profissionais à equipe, por meio da formação continuada.

De fato, no caso das unidades básicas de atenção em Uberaba, compete ao coordenador das equipes do PSF definir os momentos propícios à formação em serviço, a fim de manter a equipe atualizada e preparada para os desafios que a cada dia as famílias expressam para poderem encaminhar a melhor forma de assistência, promoção ou prevenção à saúde.

Importante ressaltar que uma das principais dimensões dos sistemas de saúde é o capital intelectual – o conjunto de habilidades de uma equipe em uma unidade para melhor atendimento das famílias. Esse capital intelectual, não é necessariamente o somatório das habilidades de cada pessoa, mas sim as potencialidades que essas habilidades podem trazer ao desenvolvimento dos atendimentos prestados (FERNANDES *et al.*, 2009).

No cotidiano das unidades básicas de saúde em Uberaba, a competência profissional pode ser explorada, em maior ou menor nível, por meio do aperfeiçoamento constante das capacidades e habilidades dos profissionais e agentes comunitários que são importantes para se conseguir os objetivos dos programas de saúde que buscam a qualidade nos atendimentos e assistência.

Dessa maneira, a aplicabilidade das competências humanas pode ser amplamente valorizada, se a equipe do PSF da unidade pesquisada pudesse ter mais encontros de formação capazes de dinamizar e canalizar os potenciais dos profissionais e transformá-los em pessoas realmente conscientes do seu valor para as comunidades. Nessa visão, a equipe observada nesta pesquisa precisa ter um local mais específico para que as habilidades individuais e coletivas possam se desenvolver se expandir em proveito das famílias que integram o PSF.

Quando o coordenador de equipe do PSF se propõe a modernizar a unidade em que atua, deve-se iniciar pelo desenvolvimento profissional, associado a um ambiente adequado a reuniões, aos atendimentos e a promoção da saúde junto às famílias. Nesse sentido, além do ambiente propício, os integrantes da equipe precisam acreditar que a atualização passa antes pela potencialidade de todos, agrupando a competência para, então, alcançar a excelência dentro das ações propostas pelo

PSF. Na realidade, a motivação dos avanços e sucesso na UBS Dr. Inimá Baroni, para melhor produtividade comunitária e assistencial, está no conhecimento, habilidades e atitudes dos agentes e profissionais da área da saúde, assim como no poder de criatividade e inovação.

Na realidade, se o coordenador da equipe adota a postura de considerá-los como parceiros no momento das decisões (preferencialmente coletivas), os profissionais e os agentes se transformam em potencialidades dinâmicas com que a Unidade Básica de Saúde pode contar.

Segundo Del Cueto (2008), os profissionais são orientados a aplicar os conhecimentos adquiridos com a formação em serviço, para saberem que postura adotar frente a uma comunidade para auxiliá-la da melhor maneira possível. Desenvolver o potencial de uma equipe, demanda do coordenador que gerencia os agentes e profissionais da saúde a capacidade de propor cursos de aperfeiçoamento, sempre que novas habilidades são requeridas, para que novos conhecimentos sejam inseridos, nos Programas Saúde da Família e os ganhos sejam mútuos, tanto da UBS Dr. Inimá Baroni, quanto dos profissionais e agentes.

De fato, trabalhar com as potencialidades rumo ao desenvolvimento organizacional e profissional possibilita ao gestor de sistemas de saúde buscar uma ampliação da competência dos profissionais em nível setorial ou individual. Segundo Peduzzi (2007) tal potencialidade voltada o desenvolvimento organizacional e profissional pode motivar a fidelização dos usuários e ao mesmo tempo construir a satisfação pessoal do trabalhador. Nesse clima organizacional, é que foi proposto momentos de formação continuada e em serviço para os agentes e os profissionais do PSF, sendo que já nos primeiros cursos se sentiram motivados a atender as comunidades.

6.2 Ação estratégica 2: Agentes Comunitários de Saúde em Ação

Intervenção proposta	Plano de estímulo para a equipe de Saúde da Família
Nó crítico 2	Falta de atuação sistematizada dos Agentes Comunitários de Saúde
Ação estratégica 2	Agentes Comunitários de Saúde em Ação
Resultados esperados	Agentes atuando de forma organizada, integrados à equipe e com bom grau de estímulo profissional.
Produto	Equipe articulada
Responsável	Enfermeiro, Agentes Comunitários, Gestor.
Ações estratégicas	Reuniões quinzenais sobre papel do ACS, da visita domiciliar, da relação com a comunidade.
Recursos críticos	Disponibilização de horário quinzenal. Presença do gestor (a). Material educativo de apoio.
Prazo	4 meses (16 reuniões semanais)
Acompanhamento e avaliação	Acompanhamento e avaliações através das reuniões semanais
Viabilidade	Médio

Comentários: Definindo estratégias para atuação dos agentes comunitários de saúde

Para unir a equipe para se buscar a união das competências e das habilidades de todos no trabalho em grupo, propusemos reuniões semanais, a fim de definir quais as melhores diretrizes para que as famílias fossem visitadas e acolhidas com base na visão humanista em saúde. Para tanto, foi necessário, preliminarmente, dialogar com os agentes, atentando para a importância de seu papel e sua missão com elo entre as famílias e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nesses encontros anteriores, foram levantadas as principais ações a serem realizadas no futuro, para que a comunidade acreditasse no real valor dos profissionais de saúde da família, com a finalidade de esclarecer a todos que o projeto público se volta para a qualidade de vida, que será conquistada apenas se a comunidade cooperar com os agentes. Além disso, havia sido explicado aos agentes que a atuação com a saúde é de suma importância para a melhoria das condições de vida de cada família. Para tanto, houve algumas discussões em termos da conduta dos agentes e da equipe multiprofissional de apoio à saúde.

Quanto aos conflitos, decidiu-se que seriam debatidos dentro do grupo, com profissionalismo e imparcialidade, para que todos tivessem canais de voz, com a finalidade de unir a equipe em torno de soluções democráticas e pertinentes, contribuindo cada qual com a sua experiência e convivência na comunidade que é de suma relevância para um trabalho harmônico e satisfatório tanto às famílias, quanto aos profissionais do Programa Saúde da Família.

Uma das propostas foi a motivação que poderia ser trabalhada por meio de dinâmicas de grupo, em que a enfermagem e a psicologia pudessem se unir e chegar a um consenso de como estimular a equipe a buscar novas formas de enfrentar as dificuldades cotidianas e assim poder caminhar todos juntos rumo à excelência nos atendimentos às famílias. Desse modo, a harmonia foi uma das primeiras propostas, pois todos precisam se dedicar ao trabalho de melhoria além de um ambiente saudável, objetivando uma forma de atuação que pudesse trazer realização profissional e produtividade.

Para tanto, faz-se necessário que o trabalho em equipe se caracterize por dedicação durante as atividades diárias. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integradas, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. Isso vem comprovar que as ações integradas são muito importantes para que a equipe do PSF da UBS tenha maior interação e assim poder aperfeiçoar a atenção básica oferecida às famílias.

Pode perceber que a união e dedicação devem ser cotidianas, de maneira que a cada dia as famílias possam esperar a equipe ou o agente na certeza de que será bem atendido. Dessa forma, foi proposta para os integrantes da equipe observada na UBS Inimá Baroni que o diálogo fosse um exercício diário, tanto com as famílias como com os demais profissionais.

Ainda sobre estratégias em equipe, para Pereira e Fávero (2001) dificilmente se consegue generalizar sobre a motivação em equipe por cada uma tem seu próprio perfil, além das competências individuais. Essas diferenças ocorrem, pois os agentes e demais profissionais possuem anseios e interesses particulares, independentemente da habilidade de compreender a sua importância na equipe. Mesmo havendo uma postura descentralizada nas decisões da equipe, não há, de fato, uma estratégia, mas sim um grupo de táticas para manter a motivação de uma equipe cujos profissionais são heterogêneos em suas concepções de trabalho em equipe.

Diante do grupo (heterogêneo), a melhor estratégia foi flexibilizar as intervenções na equipe, em um primeiro momento, buscando a união, para então começar as reflexões em torno das possibilidades de mudanças, convidando os resistentes à inovação e à autocrítica, frisando que a equipe necessitava de suas habilidades diferenciadas. Nesse caso, conseguimos bons resultados, pois as mudanças foram gradativas e lentas, mas ocorreram e, com isso, a autoestima dos profissionais da equipe da UBS Inimá Baroni foi se elevando até o grupo começar a compreender o que era realmente trabalhar em equipe.

Retomando a pesquisa de Souza e Carvalho (2003, p. 517) eles comentam que:

As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida. Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade, não podendo ser asseguradas apenas pelo setor sanitário.

Na verdade, os profissionais da equipe já conhecem as condições sociais e socioeconômicas da comunidade, o que reflete nas dimensões da saúde (médica, psicologia, enfermagem, odontologia), razão pela qual devem estar cientes que são pessoas sofridas, que muitas vezes não quer o atendimento por causa da saúde, mas como uma forma de desabafar os sofrimentos. Dessa maneira, a responsabilidade da equipe, geralmente, vai além das questões sanitárias e alcançam as carências sociais e econômicas.

É importante reafirmar que os ACS executam um trabalho complexo, mas realmente imprescindível para uma tomada de posição de toda a equipe, pois são eles que coletam as informações que podem ser utilizadas para melhorar as

condições de saúde das famílias e por extensão da comunidade. Assim sendo, a motivação foi uma das dimensões mais trabalhadas para pensarem sobre as responsabilidades coletivas, pois cada informação coletada pode atender as necessidades de grande parte da comunidade.

Diante dessa responsabilidade, nesta proposta de intervenção foram proposto mecanismos de interação com a equipe em seu cotidiano de trabalho, considerando a relevância da educação continuada e permanente com todos os integrantes, como forma de se atualizar e conhecer condutas novas. Os momentos de formação em serviço são muito importantes para que outras posturas sejam obtidas e o tradicional e inoperante sejam realmente descartados.

6.3 Ação estratégica 3: Pró-Conselho

Intervenção proposta	Plano de estímulo para a equipe de Saúde da Família
Nó crítico	Conselho Local de Saúde desarticulado da Unidade de Saúde e da Equipe.
Ação estratégica 3	Pró-Conselho
Resultados esperados	Participação do Conselho Local de Saúde para melhorias da Unidade Básica e do processo de atenção à população.
Produto	Conselho Local de Saúde
Ações estratégicas	Reuniões mensais com os conselheiros locais de saúde focando o trabalho da Equipe de Saúde da Família.
Responsável	Gestor, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde.
Prazo	6 meses.
Viabilidade	Alto

Comentários: Participação do Conselho Local de Saúde para melhorias na Unidade Básica.

Na interação com o Conselho Local de Saúde, podem-se buscar mudanças planejadas da Unidade Básica de Saúde, que ainda está no Centro de Atenção Integrada à Criança e Adolescente (Uberaba), pleiteando uma sede própria. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da unidade em um novo local, parte de uma visão sistêmica para a construção de uma nova sede, com o encaminhamento do Conselho Local de Saúde, a fim de melhorar o acolhimento do usuário e a eficácia dos processos assistenciais, por meio de ações construtivas na estrutura e nas atividades.

Para o PFS da Unidade Dr. Inimá Baroni, o desenvolvimento de uma nova sede é a esperança de aumentar ainda mais a motivação dos ACS e profissionais, enfim de toda a equipe assistencial e administrativa, para atender as comunidades do Jardim Triângulo. Ademais, procura-se ajustar as alterações de comportamento profissional adquirido nos cursos de aperfeiçoamento às condições estruturais e materiais para o melhor desempenho da equipe do PSF em uma nova sede. Implica dizer que a participação do Conselho Local de Saúde objetiva transformar a cultura e o espaço organizacional para adequar às exigências dos programas de saúde, o que demandará mudanças tecnológicas e processuais, sobretudo, preocupados com a satisfação das famílias quando ao bom atendimento.

Segundo Schimith e Silva (2004, p. 1492) *“O verdadeiro papel do trabalhador nesse sentido seria a construção da cidadania estimulando as pessoas a participar do Conselho Municipal de Saúde e lutar por seus direitos com o acompanhamento da equipe”*. De fato, com a nova sede e cursos de formação espera-se que as equipes possam desenvolver as políticas públicas de saúde, tendo a sede como referência, com o auxílio de uma formação capaz de atualizar as competências profissionais. Dessa forma, com a nova sede e cursos de formação, o desenvolvimento da UBS passa a ser sistêmico e abrangente, ao alcançar o aprimoramento profissional, orientado pela capacitação em serviço, voltado para a excelência dos processos assistenciais e acolhimento da saúde da família.

Um dos motivadores do desenvolvimento das equipes é a formação continuada por ser uma proposta mais abrangente, capaz de oferecer subsídios e conhecimentos para proporcionar a aprendizagem de novas habilidades que sejam requeridas para a otimização dos procedimentos e tarefas da unidade básica de saúde. Segundo Pedrosa e Teles (2001), no processo de desenvolvimento organizacional, as aprendizagens que ocorrem por meio dos cursos de formação promovem mudanças, inclusive, no comprometimento do profissional. Dessa forma, pudemos vislumbrar os primeiros resultados e a empolgação dos ACS e profissionais pela possibilidade de se ter uma sede própria e apropriada.

As ações dos Conselhos Locais de Saúde, articuladas com a Secretaria Municipal da Saúde, levantaram uma possibilidade em mediar negociações que possam agilizar a construção ou locação de um lugar ideal para se desenvolver a prática com a saúde e o PSF. Essas informações elevaram a vontade da equipe em se aperfeiçoar e atualizar os conhecimentos, tanto que as mulheres das famílias atendidas já têm aderido aos exames Papanicolau para prevenção de câncer de útero. A formação continuada e a possibilidade de ganhar uma nova sede têm influenciado positivamente as relações interpessoais na equipe.

Rosa e Labatte (2005) advertem que a efetivação das diretrizes propostas para melhorar a saúde é de suma importância, pois deve sair do papel, ao passo que as expectativas tanto da equipe como das famílias precisam ser atendidas. Na verdade, no caso da UBS Dr. Inimá Baroni, é preciso que as políticas públicas alcancem a totalidade dos sistemas de saúde (a exemplo das UBS), em que o ambiente é aprimorado para melhor atender os familiares que precisam de um exame, uma intervenção odontológica, um aconselhamento psicológico, entre outras funções assistenciais, como a coleta de material para realizar um diagnóstico diferencial.

Geralmente, tais expectativas necessitam se articular com os processos que realmente efetivam a confiabilidade das famílias e a qualidade dos serviços prestados na área da saúde. Diante da possibilidade de uma nova sede e ampliação da assistência médica e outras especialidades, os profissionais ao aprenderem novas competências necessitam ser orientados para a sua aplicabilidade imediata, senão corre o risco de cair no esquecimento. Por isso, a

construção da nova sede está sendo esperada por todos profissionais e comunidade.

No desenvolvimento dos ambientes de trabalho, Friedrich e Pierantoni (2006) apontam que as habilidades operacionais também podem ser buscadas nos treinamentos planejados para desenvolver competências e talentos necessários à execução ou operação das atividades assistenciais em local adequado. Trata-se de um desenvolvimento interno, orientado para o cotidiano dos serviços prestados, a fim de melhorar a avaliação de mercado, evidenciando que os processos alcançaram qualidade, justificando a necessidade de um lugar específico de funcionamento das UBS.

De fato, os ACS e os profissionais de saúde avaliaram que o desenvolvimento operacional das políticas de atenção à saúde se sustenta, também, na mudança de atitudes, de modo a favorecer a conscientização para determinados aspectos do comportamento, desenvolvendo iniciativas que demandam um ambiente melhor: arejado, higienizado, com equipamentos próprios. Nessa perspectiva, atentar para que a chegada de equipamentos que facilitam o diagnóstico e até mesmo o tratamento está compatível com a aquisição de novos hábitos e competências. Novas atitudes levam a novas posturas operacionais, sendo assim, a conquista de um ambiente propício à assistência e acolhimento das famílias (sempre que necessário) está vinculado a novas concepções e atuações no programa saúde da família.

Há políticas públicas que incluem mediação de informações para se conseguir o enriquecimento profissional dos coordenadores e dos gestores setoriais dentro da própria unidade de saúde. Essas mesmas informações devem ser multiplicadas pela hierarquia de forma que a excelência na comunicação e no compartilhamento de competências seja valorizada, por todos profissionais, como forma de motivá-los a se aprimorar por meio de uma formação contínua em serviço (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003).

Ao envolver as pessoas da coordenação e os conselheiros de saúde, no aprimoramento e desenvolvimento das atividades e serviços em saúde, procura-se substituir a relação de rivalidade e conflito por uma de cooperação mútua, em que a coletividade das decisões passa a ser uma dinâmica da administração participativa. Nesse contexto, a coordenação da UBS Dr. Inimá Baroni, em

uníssono, com os agentes e profissionais da saúde, devem abordar sistemas integrados de gestão, planejar estratégias para ampliar competências e assim ganhar a credibilidade das famílias, cada vez mais exigentes em termos de qualidade nos atendimentos.

Na visão da coordenadora da UBS Dr. Inimá Baroni, o fator humano é uma das razões basilares, em função das quais a inserção de mudanças alcança os objetivos e metas potenciais. Assim, a referida unidade de saúde necessita considerar o uso de metodologias e práticas de comprovada eficiência na espera de um novo ambiente de trabalho, que assegure um nível de qualidade de todos os integrantes da equipe, perante novas estratégias de administração e assistência na área da saúde.

Na prática, a articulação entre Conselho de Saúde e Unidade Básica de Saúde precisa desenvolver ambientes propícios à mudança e, assim, levar a equipe a adotar as novas maneiras de atuar e até mesmo realizar atividades, a partir de aprendizagens e formação continuada por meio de cursos ou gestão do conhecimento, pela formação em serviço. Dessa forma, para o futuro é importante relatar o que efetivamente já foi alcançado na Unidade Básica de Saúde Dr. Inimá Baroni, para que novos estudos possam contribuir na conquista da excelência das atividades desenvolvidas. Esse trabalho de conclusão de curso deixa registrada a sua contribuição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário investir em estratégias inovadoras para que serviços fragmentados de uma equipe de saúde da família funcionem de forma coordenada e abrangente e desempenhem suas funções com expectativas de uma efetividade maior e/ou melhor. Nesse cenário, estratégias que fortalecem a capacidade da atenção primária e que enfatizam a promoção da saúde tendem a melhorar o status de saúde e reduzir custos.

A insegurança em se trabalhar confiante, com liberdade e com autonomia em estar expondo pontos de vistas bem como soluções para problemas diante o restante da equipe, pode ser causa de certa opressão, o que resulta em um desconforto em estar exercendo seus papéis com mais naturalidade. Resignar-se ao silêncio, embora seja uma opção adotada por alguns integrantes da equipe para a preservação da autoimagem, as situações que podem gerar conflitos subjacentes que terminem por deixar um clima de mal resolvidos, se fosse a motivação poderia levá-los a uma interação superficial durante o convívio com a equipe, bloqueando a interação.

A promoção da saúde, política e prática essencialmente intersetorial, envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação dessa prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

Dificuldades de tomar decisões no coletivo, protelar discussões quando os assuntos eram polêmicos e a superficialidade do diálogo foram identificados como formas de evitar o enfrentamento do confronto de ideias, alternativas que o grupo utilizava para tangenciar conflitos mal resolvidos da equipe. Essas questões foram pontuadas como geradoras de sofrimento e desgaste nas relações, resultando no distanciamento entre as pessoas, razão pela qual a

proposta de estímulo e motivação foram realizadas para resgatar a autoestima dos profissionais e agentes da equipe.

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Dr. Inimá Ferreira foi de considerável relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais, próprias do cotidiano dos serviços de saúde, em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual.

No sentido funcional e ambiental, a reunião do Conselho Local de Saúde com os órgãos municipais foram de grande relevância para estimular ainda mais todos os integrantes das equipes constituídas, pois a nova sede facilitará a troca de informações, desenvolvimento de novas ideias e resolução de problemas. A relação de trabalho no PSF baseia-se na interdisciplinaridade, por meio de uma equipe multiprofissional, desprezando-se as atividades isoladas (salvo nas visitas às famílias realizadas periodicamente pelos agentes comunitários de saúde). Dessa forma, para melhorar ainda mais a confiabilidade da equipe requer uma nova abordagem, promotora das intervenções e estimulante na comunicação para satisfação de todos – profissionais, agentes, famílias e comunidade.

REFERÊNCIAS

AGNOL, C. M. D, MARTINI, A. C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 89-96, 2003. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ppgenf/disciplinas-oferecidas/planos-de-ensino-2011-2/disciplinas/ENF520%20-20Grupos%20operativos.pdf/at_download/file>. Acesso em: 10 maio 2013.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-64, 2007. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e662b005a6b3.pdf. Acesso em: 15 maio 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Editora Ática, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Infográfico - cidades: dados básicos** [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=317010>>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. DATASUS. **Uberaba em Dados** [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>. Acesso em 19 maio 2013.

BRASIL. **Presidência da República, 1988** [online]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios V**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080**, 1990b [online]. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8142**, 1990c [online]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: as Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. 2 ed. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/saude_familia>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0568_05_04_2013.html>. Acesso em: 19 maio 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da população 2012** [online]. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>>. Acesso em: 19 maio 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: ANDRADE, L. O. M. de; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A.. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S0103-1104201300010001600001&lng=en. Acesso em: 21 maio 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. 2. ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3920.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2013.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, n.18, p. 49-71, jun., 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782002000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 18 maio 2013.

COTTA, R. M. M.; MORALES, M. S. V; LIOPIS, A. G, *et al.* Obstáculos e desafios à saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas**, Porto Alegre, n. 1, v. 1, p. 1-25, 2002. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/53427020/revista-vol15-n3>. Acesso em: 21 junho 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978 [*online*]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

DEL CUETO A. M, FERNÁNDEZ, A. M. **El dispositivo grupal** [*online*]. Disponível em: <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/13/biblio/13DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.

FARIA *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FERNANDES, L. C. L. *et al.* Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1541-1552, 2009. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2427.pdf>. Acesso em: 21 junho 2013

FERNANDES, A. S.; SECLLEN-PALACIN, J. A.(org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004 [online]. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2944>. Acesso em: 19 maio 2013.

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. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZcWieBswW_UJ:publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/download/62/28+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 21 junho 2013.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000100006>. Acesso em: 25 junho 2013.

LABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, p. 481-490, 1994. Disponível em:<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Educacao_em_saude__uma_nova_abordagem/58> Acesso em: 21 maio 2013.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N. E. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.197-203, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/36.pdf>.. Acesso em: 12 maio 2013.

MARTINS, E. R. C, ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 639-644, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a13.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, 333-345, 2005. Disponível em: <www.fmc.br/tcc10.pdf>. Acesso em: 21 maio 2013.

NOGUEIRA, F. C. P. *et al.* Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Rev. baiana saúde pública**. 2008;32(1):104-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a17v21n2.pdf> Acesso em: 15 maio 2013.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C.. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09112010.../Dulce.pdf> Acesso em: 04 maio 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa, 1986** [online]. Disponível em: <<http://new.paho.org/saludyuniversidades/>>. Acesso em: 19 maio 2013.

PEDUZZI, M.. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. Catalão: UFG, 2007. Disponível em: <http://www2.catalao.ufg.br/uploads/files/118/Bib_13.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013. Acesso em: 19 maio 2013.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana Enferm**, v. 4, n. 9, p. 7-12, 2001. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/1555/1317>>. Acesso em: 21 maio 2013.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2005.

ROCHA, J. B. B. **O trabalho da enfermeira no Programa Saúde da Família em Floriano/PI** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2013.

ROMERO, R. **Grupo: objeto y teoría**. 4. ed. Buenos Aires (AR): Lugar Edit; 1994.

ROSA, W. A. G.; LABATTE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2427.pdf>?. Acesso em: 12 junho 2013.

SECLLEN-PALACIN, J. A. Enfoque da Saúde da Família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. *In*: FERNANDES A. S.; SECLLEN-PALACIN J. A.(org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2944>. Acesso em: 19 maio 2013.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2309.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA -SIAB. **Base de dados**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 19 maio 2013.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

UBERABA. **Plano Municipal de Saúde de Uberaba de 2013** Uberaba: PMU, 2013. Disponível em: <http://www.google.com.br/url/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 19 maio 2013.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-64, 2005. Disponível em:<[t.scribd.com/doc/134287316/A-reforma-sanitaria-brasileira-apos-20-anos-do-SUS](http://www.scribd.com/doc/134287316/A-reforma-sanitaria-brasileira-apos-20-anos-do-SUS)>. Acesso em: 19 maio 2013.