

**SIGNIFICADOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E AS SINGULARIDADES NO SEU FAZER**

**MEANINGS OF PRIMARY CARE AND FAMILY HEALTH STRATEGY AND
THE SINGULARITIES IN ITS DOING**

Renata Cristina Condé¹

Roberta Rosa dos Reis²

Nathally Augusta Silva³

Sylmara Corrêa Monteiro⁴

Rhaissa Gonçalves Souto⁵

Elisabete Cordeiro Muniz Silva⁶

Patrícia Souza Fernandes⁷

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias⁸

Manuela Gomes Campos Borel⁹

Maria Alice de Freitas¹⁰

Andreia Correia¹¹

1 Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais (IF Sudeste MG).

2 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).

3 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).

4 Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais (IFNMG).

5 Universidade de Uberaba (UNIUBE).

6 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).

7 Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

8 Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

9 Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ).

10 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

11 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).



Lázaro Breno Antunes¹²

Diego Barbosa Rocha¹³

Sirlaine de Pinho¹⁴

Alcina Mendes Brito¹⁵

Resumo: Introdução: a saúde, sendo uma esfera da vida, em toda sua diversidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças ocorridas na sociedade. A Estratégia de Saúde da Família consiste em uma estratégia para a mudança do até então existente modelo de saúde brasileiro vivenciado até a década de 90. A Estratégia de Saúde da Família está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. O trabalho em saúde multiprofissional realizado pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) tem-se caracterizado por uma divisão do trabalho entre profissionais de saúde com intuito de promover impactos positivos e efetivos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Objetivo: compreender a trajetória histórica de transformação do modelo assistencial de saúde brasileiro com enfoque na atenção básica e sua interface com a singularidade de atuação dos profissionais que atuam nesse nível assistencial. Métodos: conduziu-se um estudo de revisão integrativa de literatura. Resultados: os resultados evidenciaram a relevância do trabalho desenvolvido para efetivação da saúde, em que compreende-se que a atuação desses profissionais devem seguir um modelo que integre competência, conhecimento e resolutividade. Os profissionais que atuam na estratégia saúde da família são importantes na promoção, informação e educação em saúde das comunidades nos quais se inserem. O trabalho envolve uma atuação respeitosa e humanizada com ênfase na autonomia, no desenvolvimento de hábitos saudáveis, prevenção e cuidados a saúde da população que vão ao encontro da nova visão de sistema de saúde

12 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).

13 Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais (FUNORTE).

14 Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

15 Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).



no país. Conclusão: a construção histórica do sistema de saúde brasileiro perpassou pela mudança paradigmática da compreensão do processo saúde-doença, exigindo frente a essa reforma profissionais dinâmicos, proativos e com competências comunitárias, gerenciais e interpessoais.

Palavras-chave: estratégia saúde da família, gestão em saúde, saúde coletiva.

Abstract: Introduction: health, being a sphere of life, in all its diversity, did not remain outside the unfolding of the changes that occurred in society. The Family Health Strategy consists of a strategy for changing the so far existing Brazilian health model experienced until the 1990s. The Family Health Strategy is inserted in a context of political and institutional decision-making to strengthen primary care within the Unified Health System. The multiprofessional health work carried out by the Family Health Strategy (ESF) teams has been characterized by a division of labor among health professionals in order to promote positive and effective impacts on the different factors that interfere in the health-disease process. Objective: to understand the historical trajectory of transformation of the Brazilian health care model with a focus on primary care and its interface with the uniqueness of the performance of professionals working at this level of care. Methods: an integrative literature review study was conducted. Results: the results showed the relevance of the work developed for health effectiveness, in which it is understood that the performance of these professionals should follow a model that integrates competence, knowledge and problem solving. Professionals working in the family health strategy are important in the promotion, information and health education of the communities in which they are included. The work involves a respectful and humanized action with emphasis on autonomy, the development of healthy habits, prevention and health care of the population that meet the new vision of health system in the country. Conclusion: the historical construction of the Brazilian health system has gone through the paradigmatic change of understanding of the health-disease process, requiring dynamic, proactive and community, managerial and interpersonal skills to this reform.



Keywords: family health strategy, health management, public health.

Introdução

As mudanças ocorridas no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas na vida em sociedade influenciando nas diversas áreas como educação e saúde (VARELA, 2013). Historicamente, grande tem sido os esforços na construção de um modelo de atenção à saúde que promova a proteção e recuperação da saúde das populações por meio de sistemas que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (BARROS, 2014).

A saúde, sendo uma esfera da vida, em toda sua diversidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças ocorridas na sociedade. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários em que ela se correlaciona (ANGERAMI, 2008).

Na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se a necessidade de uma mudança no padrão de cuidado em saúde ofertado as populações, encontra-se também um conceito ampliado de saúde e de prevenção às doenças, e a necessidade de criar políticas complementares para promovê-la a todos os cidadãos (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste em uma estratégia para a mudança do até então existente modelo de saúde brasileiro vivenciado até a década de 90. A ESF está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

A partir da implantação das equipes, surgem novas exigências, responsabilidades e amplitudes que englobam aspectos como a qualidade na execução das tarefas e as novas atribuições aos trabalhadores inclusos nessa estratégia (REIS et al., 2016). O ESF surge trazendo um novo paradigma de orga-



nização do trabalho em saúde. O trabalho no ESF está colocado como um dos pilares para o alcance de sua finalidade (FRANCISCHINI et al., 2008).

Nesse sentido, o trabalho multiprofissional em saúde realizado pelas equipes da ESF tem-se caracterizado por uma divisão do trabalho entre profissionais de saúde com intuito de promover maior resolutividade (SILVA et al., 2010). Consiste assim em algo complexo, cujas equipes têm como objetivo a obtenção de impactos reais e efetivos sobre os diferentes fatores e aspectos que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2012).

Assim, as equipes multiprofissionais atuantes no ESF compactuam da tarefa de uma abordagem integral dos indivíduos (famílias) que é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, levando essencialmente, ao entendimento por parte desses profissionais de que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de mudança (ARAÚJO; ROCHA, 2012).

A partir de tais questionamentos considera-se a importância de um suporte técnico profissional em múltiplas áreas, como elemento de promoção e cuidado que considere as diferentes esferas que envolvem a saúde humana. A importância do trabalho em equipe e multiprofissional na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde, esse modelo consiste em uma importante ferramenta complementar da atenção básica que permite a atuação estratégica para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde capaz de vislumbrar o indivíduo a partir de sua complexidade de multipluralidade. Nesse sentido, objetiva-se compreender a trajetória histórica de transformação do modelo assistencial de saúde brasileiro com enfoque na atenção básica e sua interface com a singularidade de atuação dos profissionais que atuam nesse nível assistencial.

Materiais

Conduziu-se uma revisão integrativa da literatura, sendo definida como um instrumento de



obtenção, identificação, análise e síntese dos estudos referentes a uma temática específica. Possibilita elaborar análise abrangente da literatura, abordando inclusive análises acerca de métodos e resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para construção do estudo, baseou-se nas fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010): elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Como a pergunta norteadora definiu-se: Quais transformações ocorreram no modelo assistencial de saúde brasileiro?

Realizou-se o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão foram: pesquisas disponíveis on-line, referentes a trabalhos desenvolvidos no Brasil, com publicações sobre o objeto de estudo. Constituíram critérios de exclusão: cartas ao editor, relatos de casos, editoriais, artigos em duplicidade, publicados em outros idiomas, com exceção do português, inglês ou espanhol que e aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta.

O levantamento dos artigos foi realizado no primeiro semestre de 2023. Foram utilizadas as palavras-chave: estratégia saúde da família, gestão em saúde e saúde coletiva.

Para a coleta de dados, foi elaborado instrumento, contemplando os seguintes itens: código de identificação, título da publicação, autor e formação do autor, fonte, ano de publicação, tipo de estudo, região em que foi realizada a pesquisa e a base de dados na qual o artigo foi publicado. Após a seleção dos artigos, foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Para viabilizar a apreensão das informações, utilizou-se banco de dados elaborado no software Microsoft Office Excel 2010, composto das seguintes variáveis: título do artigo, ano de publicação, delineamento do estudo, intervenção e desfecho. A análise do material foi realizada por meio de leitura crítica e qualitativa que permitiu identificar convergências, possibilitando o agrupamento por categorias temáticas.



Resultados e discussão

Na década de 70 o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica era visto apenas como uma forma de investigar e realizar notificações dos agravos infectocontagiosos, tratando de um processo pouco vinculado à ação junto à comunidade (FIGUEIREDO, 2017). Neste período houve as primeiras discussões acerca da necessidade de se repensar o modelo de assistência em saúde pública praticado no Brasil. Nessa época predominava a medicina hospitalar, que se caracterizava por uma assistência fragmentada, desumanizada, centrada na recuperação biológica (no processo de cura de doenças já instaladas) de modo individual por meio da instituição rígida e retrograda de divisão de trabalho (FRANCISCHINI et al., 2008).

O advento da Reforma Sanitária dispôs sobre as novas e então necessárias metodologias para a promoção, proteção e recuperação da saúde das populações, evidenciando a necessidade da criação de políticas capazes de promover a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Neste cenário a vigilância à saúde é uma proposta valiosa de redefinição das práticas sanitárias até e tão vigentes para práticas fundamentais e da integralidade em saúde (FIGUEIREDO, 2017). A vigilância em saúde incorpora na sua implementação a reflexão em torno da adequação das ações e serviços aos problemas vivenciados nas comunidades (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

O SUS foi implementado na década de 90 e visava proporcionar essa mudança tão almejada na saúde pública, trazendo um novo paradigma para a saúde coletiva. O SUS consiste em um dos maiores sistemas públicos de acesso à saúde no mundo (BARROS, 2014).

Na década de 90, o SUS incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, constituindo-se em uma forma de pensar e de agir em saúde, de acordo com a situação de saúde das populações e trazendo nas discussões sobre a saúde pública brasileira uma proposta mais adequada as necessi-



dades e demandas da população, articulando o enfoque populacional promoção, proteção e assistência.

A Política Nacional de Saúde e o SUS é representada e baseada na Constituição Federal (CF) de 1988 como direitos de todos e dever do estado definindo o conceito de saúde que está representado no artigo 196 da CF/88 no caput. art. 3 da lei 8.080/1990 (BRASIL, 1988).

A deficiente oferta de cuidados básicos para população levava o aumento crescente dos gastos públicos em saúde. Tal situação não condiz com a determinação da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946, que fixa a saúde como “direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social o gozo do grau máximo de saúde, definida como bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doenças” (BRASIL, 2012).

A partir de então os sistemas de saúde no Brasil sofreram varias mudanças, muitas delas provocadas pelas alterações e reformulações dos padrões políticos, culturais e sociais que modificaram o processo saúde-doença. O novo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica surge então como parte do o Sistema Único de Saúde.

As políticas e diretrizes desse novo sistema surgiram da necessidade de mudança do modelo assistencial à saúde no país, migrando do modelo médico-assistencialista para um modelo de promoção à saúde como partícipe no processo de transformação de sua própria realidade, centrado nas necessidades do indivíduo e observando-se suas várias dimensões (SILVA et al., 2010).

O SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da federação: a União, os Estados e os municípios (BRASIL, 2010).

Abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso universal, gratuito e integral, para toda a população do país. O SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação e a Atenção Primária em



Saúde (APS) constitui-se em uma das principais portas de entrada do sistema, muitas vezes sendo a única para o sistema de saúde. A APS está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Na APS serão realizadas ações individuais e coletivas relacionadas à promoção e proteção da saúde, diagnóstico, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da população, sendo considerada um arranjo assistencial importante para saúde qualificada (CAMPOS; GUERRERO, 2010). Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o tema saúde da família consiste em algo amplamente discutido desde a década de 60, a proposta médica da família expandiu-se a partir do conceito da família como unidade de cuidado, e a partir desta perspectiva deu sentido ao processo de trabalho da ESF (BARROS, 2014).

A ESF tem como propósito contribuir na organização do SUS, sua criação foi uma direção institucional de fortalecimento da Atenção Básica e do SUS (BARROS, 2014). Foi criada, assim, pela carência de uma nova forma de assistência, uma vez que, a estrutura clássica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estava acolhendo a urgência da comunidade. A ESF constituiu-se de confiança política e institucional de fortificação da atenção básica no âmbito do SUS (MIOTO, 2000).

Sua expansão ganhou impulso a partir da implementação da Norma Operacional Básica de 1996). Esta norma operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, podendo os municípios gerir seus recursos de forma mais simplificada (COIMBRA et al., 2005).

Pretende-se com a ESF atuar como meio de mecanismo de prevenção de doenças e reabilitação, pretendendo reorganizar os serviços públicos de saúde e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e ad-



ministrativa inovadoras (COIMBRA et al., 2015).

A ESF pressupõe a multidisciplinaridade humanizada do trabalho e a integralidade do cuidado por meio da vigilância à saúde sobre a população ou comunidade que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (COIMBRA et al., 2005).

A ESF tem como primazia as atividades de promoção, defesa e melhoria da saúde das pessoas e da família. Tem como finalidade a reestruturação das práticas assistenciais, mudando o modelo contemporâneo de auxílio, na qual a família recebe atenção como um todo no ambiente físico e social, o que torna possível ao grupo de trabalho de técnicos da saúde o entendimento amplo da metodologia saúde-doença, e que o tratamento tem que ir mais à frente nas práticas curativas (MIOTO, 2000).

A ESF é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 2000). Os princípios que a norteiam ESF são: descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações, dentre outros. Essa estratégia tem entre suas funções gerar/obter e analisar dados, produzir informações sobre a necessidade de saúde, organizar o processo de trabalho em equipe e intervir nas necessidades de saúde das famílias (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

A atuação das equipes de ESF surgem a partir da delimitação do território de atuação, da formação do vínculo dos profissionais com a população assistida e na necessidade de incorporar outros saberes em saúde, famílias e comunidades que devem somar-se à competência clínica (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

A cada dia tem se tornado mais importante cuidar da vida de modo preventivo, de forma que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer, do sofrimento crônico e as chances de morte prematura de indivíduos e população por meio de estratégias e trabalhos multiprofissionais realizados pela equipe ESF (MIOTO, 2000).

A ESF é uma possibilidade de melhor compreender, delimitar e enfocar os aspectos da saúde das populações através do reconhecimento do território e do trabalho em redes (MIOTO, 2000). Assim,



a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui na construção de mecanismos que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

Tradicionalmente, os modos de viver e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças e têm sido abordados numa perspectiva individualizante no processo saúde-adoecimento. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde a ESF busca a compreensão desses aspectos e sua correlação com as enfermidades e problemas secundários relacionados à vida na comunidade (BRASIL, 2010).

Por meio do trabalho realizado pelas equipes de ESF pode-se ampliar as ações e investigar questões como, por exemplo: falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, subemprego, fome, urbanização desordenada, violência, desemprego, qualidade do ar e da água ameaçada que potencializam formas mais amplas de intervir em saúde evidenciando sua importância para o país.

A saúde como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os indivíduos envolvidos em sua produção, isto é: usuários, trabalhadores da saúde, movimentos sociais, gestores do setor sanitário e de outros setores, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida fazendo com que todos tenham um importante papel para sua consolidação (VARELA, 2013).

O ESF tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, de forma a promover a mudança no padrão de cuidados realizados pelo modelo tradicionalista de saúde. O importante trabalho realizado pelas equipes de ESF tem como prioridade ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a transformação do corrente padrão dominante em saúde, com contato contínuo e enérgica dos colaboradores de diferentes classes e com diversidade de saberes e capacidades (BRASIL, 2011). Segundo a Política de Atenção Básica (PAB), para a implantação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da ESF há necessidade uma equipe de



saúde, que deverá prioritariamente ser composta de forma multiprofissional. Esse grupo de profissionais com diferentes habilidades precisam continuamente unir seus saberes para oferecer à população uma assistência humanizada e ampla.

Todo o trabalho realizado equipes do ESF consiste na tentativa de modificar a estrutura política de atenção em saúde até então existente no Brasil, e emergiu mediante a elevada taxa de incidência de doenças potencialmente evitáveis. O desafio do trabalho em equipe seria inventar, desbravar e construir novos meios de atuação de acordo com cada território, o que pode complexificar ainda mais as relações entre os trabalhadores que atuam na ESF (FORTUNA, 2005). Para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe (LOPES, 2013).

Faz-se necessária a incorporação de novos conhecimentos, novas responsabilidades, uma mudança na cultura e no compromisso a população, de modo que se garanta uma prática humanizada e igualitária, pautada nos princípios da promoção da saúde (LOPES, 2013).

A ação interdisciplinar do trabalho das equipes atuantes no ESF pressupõe a possibilidade da prática de um profissional capaz de se reconstruir na prática do outro, consiste no aprendizado mútuo, ou seja, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

O modelo que envolve a política da ESF envolve uma diversificada e complexa realidade sanitária brasileira, neste cenário, os profissionais que atuam na ESF são importantes elementos para efetivação da estratégia, já que devem atender às múltiplas exigências deste modelo de assistência (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

O trabalho executado pelas equipes com diferentes profissionais das mais diversas áreas consiste na ampliação do escopo das ações, pois permite uma visão sistêmica da necessidade das populações, assim o trabalho dos profissionais que atuam na ESF vai além de um trabalho técnico, para um trabalho com interação social e com maior horizontalidade (FORTUNA, 2005).



O trabalho dos profissionais do ESF não deve consistir do modelo retrógrado de atuação em saúde hierarquizado, trata-se de um padrão de trabalho com maior flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior integração da equipe e a construção de um trabalho com autonomia e criatividade entre os profissionais.

A interdisciplinaridade é um princípio que permeia todo esse trabalho das equipes, que possuem características e conhecimentos distintos mais idealizados para o trabalho conjunto, assim as atuações conformam cada prática profissional, ampliando a força de trabalho e das ações (REIS et al., 2016).

A equipe envolvida no trabalho da ESF deve atuar dentro de um importante modelo que integre conhecimento, competência, técnica, integridade e resolutividade (CAMELO; ANGERAMI, 2008). Nesse sentido, as equipes de saúde da família são estruturadas por meio da contratação de trabalhadores de diferentes categorias, alocadas no mesmo espaço físico, com atribuições definidas pela organização (FRANCISCHINI et al., 2008).

A equipe multiprofissional envolvida no trabalho da ESF deve compreender a consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde e do trabalho humanizado (CAMELO; ANGERAMI, 2008). Essas equipes deparam-se com uma árdua realidade e devem mediante a isso trabalhar de modo que a atuação prática corresponda aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

No setor da saúde, um atendimento mais humanizado é necessário e uma das maiores dificuldades identificadas está na ausência de uma formação capaz de preparar para atuar nas atividades inerentes a ESF (CAMELO; ANGERAMI, 2008). O trabalho em equipe é um desafio, principalmente para aqueles que não se adequam ao modelo proposto. Aparentemente o número de profissionais que mostram alguma dificuldade para trabalhar em equipe não são significativos, mas existem (FRANCISCHINI et al., 2008). As equipes ainda experimentam comportamentos divergentes, relações que muitas vezes são difíceis de compreender. As equipes sofrem com conflitos e hostilidade e competitividade



entre seus membros (FRANCISCHINI et al., 2008).

O que nos leva a pensar que parte desta dificuldade esta na formação que por vezes não prepara os profissionais adequadamente para desenvolver habilidades em saúde pública que são essenciais para que cada um faça sua parte do trabalho (FORTUNA, 2005).

O trabalho em saúde implica interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, de reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde (FORTUNA, 2005).

Esse é um dos desafios dos membros da equipe da ESF: atuar em um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns e um plano de trabalho bem definido (FRANCISCHINI et al., 2008). As equipes multifuncionais representam uma forma eficaz de permitir que pessoas de diferentes áreas possam trocar informações (FRANCISCHINI et al., 2008).

Todo o esforço que envolve o trabalho das equipes ESF buscar evitar que com o tempo a estratégia possa a vir se tornar algo obsoleto e se repetir o modelo de atenção desumanizado, individual e com rígida divisão do trabalho fragmentado, centrado na recuperação biológica e desigual valorização dos trabalhos (FRANCISCHINI et al., 2008).

Os membros da equipe devem ser conscientes de que o trabalho em equipe é um processo dinâmico, em que os profissionais desempenham papéis (comportamentos exibidos por cada membro) que podem se alterar de acordo com o momento, com a situação vivenciada em campo e que podem influir na produtividade e alcance dos objetivos (FRANCISCHINI et al., 2008).

Se os papéis assumidos pelos membros da equipe da ESF não se adaptarem às necessidades, essa se torna ineficaz e não atinge o seu objetivo. Fortuna (2005) afirma que “trabalhar em equipe não significa ser igual. Significa trabalhar com diferenças e conflitos”. O que leva a pensar que trabalhar em equipe é um desafio, em que cada membro deve estar consciente da sua atuação.

Na equipe do ESF é importante a alocação de papéis para que não haja centralização do tra-



balho em um só indivíduo, havendo assim complementaridade (FORTUNA, 2005). Para que isso aconteça é necessário que haja: disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e também resultados, clareza da importância de construir em conjunto um plano de trabalho e definir a responsabilização de cada membro para alcançar o objetivo (FRANCISCHINI et al., 2008).

A equipe é formada a partir da junção, no mesmo espaço físico, de profissionais com formações distintas para a realização de um trabalho conjunto. Essa formação verticalizada lançou o desafio do trabalho em equipe (BARROS, 2014).

O trabalho dessa equipe é algo importante que extrapola os interesses individuais. As relações são dinâmicas e conflitantes, mas devem ser superadas para que assumam materialmente o objetivo que lhes foram impostos (FRANCISCHINI et al., 2008). É necessário que vislumbrem as vantagens do trabalho, como, por exemplo, alcance de resultados, as responsabilidades e a importância de construir um plano de trabalho em conjunto (FRANCISCHINI et al., 2008).

O modelo adotado pela ESF aposta na equipe como instrumento de operacionalização dos princípios da atenção básica, tendo como elementos centrais o trabalho com adstrição da clientela; a apropriação do território, o acolhimento como porta de entrada para as a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BARROS, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o trabalho de equipes ESF é o elemento-chave para concretizar a saúde na atenção básica. A atuação das equipes de ESF ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, mais possui amplitude para ocorrer nas residências durante as visitas domiciliares, na mobilização da comunidade e nas ações de educação em saúde, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.

A ESF deve atuar em um território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade par que assim a equipe multiprofissional possa reconhecer os principais problemas e intervir sobre os fatores de risco aos quais está exposta a comunidade (BRASIL, 2010).

Desde o nascimento do SUS, a formação de profissionais em consonância com seus princípios



tem-se constituído um desafio. Em tese, todos os que atuam nesse âmbito da atenção (da saúde da família) deveriam estar aptos para compreender e agir sobre determinantes do processo saúde/doença sendo esse um dos “grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo.

O objetivo desses profissionais consiste em produzir saúde considerando as famílias em suas condições concretas de vida e requer que tomemos saberes como os da cultura popular e da educação, produzidos por meio do diálogo, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomia, entre outros (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva de um modelo de saúde com caráter substitutivo, é necessário que os trabalhadores em saúde também estejam comprometidos com os desafios dessa mudança, observando-se a forma como essas práticas são produzidas e traduzidas em ações de saúde.

Considerações Finais

A construção histórica do sistema de saúde brasileiro perpassou pela mudança paradigmática da compreensão do processo saúde-doença. A ESF configura-se como a principal estratégia do SUS para a reorientação das práticas em saúde e surge trazendo um novo paradigma de organização do trabalho em saúde. O trabalho multiprofissional em saúde realizado pelas equipes de Estratégia Saúde da Família tem-se caracterizado por uma divisão do trabalho entre profissionais de saúde com intuito de promover maior resolutividade, o objetivo desses profissionais consiste em produzir saúde.

O trabalho dos profissionais que atuam na ESF não consiste do modelo retrógrado de atuação em saúde hierarquizado, trata-se de um padrão de trabalho com maior flexibilidade possibilitando maior integração da equipe e a construção de um trabalho com autonomia e criatividade entre os profissionais. A atuação das equipes de ESF surgem a partir da delimitação do território de atuação, da formação do vínculo dos profissionais e com a população assistida. Agrega-se a essa proposta o ideal do trabalho humano como absolutamente fundamental e insubstituível em saúde como recursos de grande



importância para se produzir mudanças. As equipes multiprofissionais representam uma forma eficaz de permitir que pessoas de diferentes áreas possam trocar informações, e atuar dentro de uma mesma comunidade de forma a ampliar o escopo das ações.

Assim, os profissionais que atuam na estratégia saúde da família são importantes na promoção, informação e educação em saúde das comunidades nos quais se inserem. Seu trabalho envolve uma atuação respeitosa e humanizada com ênfase na autonomia, no desenvolvimento de hábitos saudáveis, prevenção e cuidados a saúde da população.

Referências

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Revista Temas livres*. v.4, n.13, p.460-464, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 687, 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>, 2018.

BARROS, I.C. A importância da estratégia saúde da família contexto histórico. UFMG, Minas Gerais. 2014.



CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação De Recursos Humanos Para A Estratégia De Saúde Da Família. Caderno de Ciências e Cuidados a Saúde. Jan/Mar. v.7, n.1, p.45-52, 2008.

COIMBRA, V.C.C et al. A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. Revista eletrônica de Enfermagem. v.7, n.12, p.113-117, 2005.

FRANCISCHINI, A.C. et al. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. InvestigaçãO. v.8, n.1-3. p.25-32, 2008.

FIGUEIREDO, E.N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Modulo I. Especialização Saúde da Família. pp:01-21. 2017.

FORTUNA, C.M et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino Americana de Enfermagem. v.13, n.2, p.262-268, 2005.

LOPES, R.C.P. Integração da ESF como forma de organização da demanda e contribuição para o acesso ao serviço de saúde Bucal de Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família, 2013.

REIS, M.L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Revista Texto Contexto Enferm. v.25, n.1. p.1-9, 2016.

TEIXEIRA, C.F.; COSTA, E.A. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003.

SILVA, T.N et al. A equipe na estratégia de saúde da família: uma experiência do pet-saúde. Revista Brasileira De Educação Médica. v.36, n.1, p.50-55, 2012.

VAZ, A; MIARELII, T.C. Trabalho Multiprofissional na ESF. UFMG. Campos Gerais 2012.

VARELA, M. Políticas em Saúde.Instituto Formação. Ed. 1. pp: 01-41. 2013.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein.



v.8, n.1, p.102-106, 2010.

