

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

**ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
percepção da equipe**

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

1

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

**ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
percepção da equipe**

Trabalho de conclusão de Curso Bacharelado
em Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, apresentado a
Coordenação do Curso de Enfermagem para
obtenção do título de Enfermeiro.

ORIENTADORA: Prof. Esp.: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA**





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

O482a OLIVEIRA, Symara Abrantes Albuquerque de
Atendimento multiprofissional na Estratégia
Saúde da Família: percepção da equipe./Symara
Abrantes Albuquerque de Oliveira. Cajazeiras,
2010.
70f. : il.

Orientadora: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCEG

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária.

I. Dantas, Rosimery Cruz de. II. Título.
3. *Atendimento multiprofissional*

UFCEG/CFP/BS

CDU – 614

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

**ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
percepção da equipe**

Aprovado em ____ / ____ / ____

Nota: _____

Banca examinadora:

Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Orientadora – UFCG)

Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Membro – UFCG)

Esp. Laurita da Silva Cartaxo
(Membro – UFCG)

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

Dedico este trabalho ao meu filho Daniel, que veio mostrar a força que tenho, me ensinou que posso ir sempre mais longe, que muitas coisas que considerava impossível podem ser reais. Mas como ele me ensinou isso tudo? Só pelo simples fato de existir e se fazer presente em minha vida, mesmo sem palavras, por enquanto, mas por seu olhar, seu sorriso, sua dependência, seu carinho por mim, que a cada dia tornam-se mais expressivos. É para você meu filho, e por você, que me esforço em fazer cada dia o melhor para nossas vidas. Amo-lhe com um amor que nunca imaginei sentir na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela coragem e força que me proporciona a cada dia para superar os desafios que a mim são impostos e por me mostrar que “quando estou fraco então sou forte” (II Coríntios 12:10).

À minha mãezinha do Perpétuo Socorro, a quem sempre recorro nos momentos difíceis de minha vida, e que nunca me deixou só em nenhum momento.

Aos meus pais, João Bosco e Maria do Socorro que sempre me apoiaram nessa caminhada, me ajudando a driblar os caminhos tortuosos de modo a nunca desistir diante dos obstáculos. Especialmente a minha mãe que sempre mostrou o exemplo de uma mulher forte, guerreira, lutadora da vida, que mesmo com muitas limitações nos proporcionou o melhor que podia, e nos mostrou um modo de viver sublime que carregarei por todos os dias de minha vida.

Aos meus irmãos, Sayonara que me ensinou muito do que hoje sei, sempre me incentivando a fazer do conhecimento a base para o crescimento pessoal e profissional; e José Neto, que sempre me apoiou em minhas decisões, ajudando-me sempre. Aos dois tenho um amor especial, sempre foram e continuarão sendo meus melhores amigos.

Ao meu esposo, que sempre me incentivou nesta longa caminhada, dando-me força e me apoiando a seguir sempre em frente, além de me proporcionar muito amor e carinho.

Aos meus sobrinhos João Gabriel, Claudia Isadora e José Miguel, pelo amor e carinho que me dão sempre, amo muito os meus três pequenos.

À minha amiga Charlene, por se fazer presente em minha vida, desde criança, me escutando, ajudando, e dando-me muitas alegrias.

Aos meus colegas de classe da UFCG por tudo que vivenciamos nesses anos, em especial a Luciana que mais me ajudou nesta caminhada; mas especialmente aos colegas da FSM onde tudo começou, e por quem sinto tantas saudades, foi duro deixá-los, mas tudo que vivemos, mesmo em pouco tempo juntos foi muito bom e deixou grandes lembranças e saudades.

À minha orientadora Rosimery pela dedicação na realização deste trabalho.

Aos preceptores Robson, Clebiany, Ana, Mabel e Lydiane, pela atenção e por todos os ensinamentos durante os estágios.

Aos que me criticaram, e foram muitos durante a minha vida, especialmente quando diziam que eu nunca iria a lugar algum, ou aos que disseram que eu não iria conseguir, estes me impulsionaram ainda mais a seguir em frente e mostrar o melhor de mim. As pedras que me atiraram aproveitei para construir os degraus pelos quais estou subindo, mesmo que tropece e caia, volto a levantar e seguir com a força que os que me amam sempre me proporcionam.

Aos membros da banca por aceitar fazer parte, pelas críticas e sugestões para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso, e trabalhar em conjunto é a vitória”.

Henry Ford

RESUMO

OLIVEIRA, Symara Abrantes Albuquerque de. **Atendimento multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: percepção da equipe.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Cajazeiras – PB: UFCG, 2010. 70p.

A Saúde da Família é base fundamental da Atenção Básica, e o trabalho em Saúde Pública deve envolver atividades de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de acordo com seus saberes específicos, constituindo uma ferramenta imprescindível para um atendimento holístico e uma atenção integral, assim, a atuação profissional conjunta torna-se imprescindível, mediante a conotação de trabalho em saúde da família, o que demanda uma atenção multiprofissional. Tendo a atuação profissional conjunta com vistas a uma atenção multifocal, o Ministério da Saúde estabelece o trabalho na atenção básica como multiprofissional, onde a atenção é prestada de forma integral, pela atuação conjunta de médicos, enfermeiros, técnicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Com base em tais dados, o presente estudo objetivou a investigação do atendimento multiprofissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família mediante a percepção dos profissionais como sujeitos ativos do processo, utilizando para tal uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa dos dados que constatou um grande déficit nesta área e que existem problemas alheios a condição profissional que interferem na realização de um trabalho multiprofissional, como é o caso da falta de materiais e da sobrecarga de trabalho dos profissionais, entretanto, o que se observou claramente é que, depende muito dos próprios sujeitos ativos do processo a mudança para que o trabalho em âmbito da ESF seja realmente efetivado mediante as premissas instituídas.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família. Trabalho.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Symara Abrantes Albuquerque de. **Multiprofessional Assistance In The Health Strategy Of The Family: a team's perception.** Ending Paper of the Bachelor Course in Nursing. Cajazeiras – PB: UFCG, 2010. 70p.

The family's health is the fundamental basis of the Basic Attention and the work in Public Health should involve professionals' activities of different areas of the knowledge that act according to their specific knowledge constituting an essential tool for an complete assistance and an integral attention, so the joint professional performance becomes essential, by means for working connotation in family's health what demand an multifocal attention. Thus, the Health Department establishes the work in the basic attention as a multiprofessional work, where the attention is attended by the doctors , nurses, dentists and agents of health of an integral form. Basing in such data the present study intended to investigate the professional assistance in the scope of the Healthy's Family Strategy by means of professional's perception as active subjects of the process, using to such a field research, exploratory and descriptive with quantitative approach of the data that verified a great deficit in this area and that there are other problems that interfere in the accomplishment of a multiprofessional work, suchas, the lack of the materials and the overload of working. However, what it was observed cearly is that the changing depends on the active subjects of the process a lot, so that the working in ESF's scope is really effective, by considering the instituted prospect.

Key Words: Primary attention to Health. Family's Health. Working.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELA

Tabela 01 – Dados de caracterização dos sujeitos do estudo.....	37
Figura 01 – Respostas frente ao questionamento: em sua concepção o que é trabalho multiprofissional?	42
Figura 02 – Respostas frente ao questionamento: quais as características necessárias para que se efetive o trabalho multiprofissional?	44
Figura 03 – Quantidade de atividades multiprofissionais desenvolvidas pelos sujeitos.....	45
Figura 04 – Descrição das atividades desenvolvidas de acordo com os relatos..	45
Figura 05 – Avaliação do trabalho multiprofissional na equipe de Saúde da Família	48
Figura 06 – Facilidades para a realização do trabalho multiprofissional	49
Figura 07 – Dificuldades para a realização do trabalho multiprofissional.....	49
Figura 08 – Avaliação geral da relação entre os pares para com a mesma categoria	51
Figura 09 – Avaliação específica dos profissionais mediante a relação entre os pares para com a mesma categoria.....	52
Figura 10 – Sugestões para que o trabalho multiprofissional continue em constante transformação.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- COSAC** – Coordenação de Saúde da Comunidade
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde
- HAN** – Hanseníase
- HIPERDIA** – Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS** – Ministério da Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAS** – Programa de Agentes de Saúde
- PB** – Paraíba
- PE** – Pernambuco
- PSF** – Programa Saúde da Família
- REFORSUS** - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
- SAS** – Secretaria de Assistência à Saúde
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TB** – Tuberculose Pulmonar
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- THD** – Técnico de Higiene Dental

SUMÁRIO

1 REFLEXÕES INICIAIS	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM MARCO PARA A PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DOS BRASILEIROS	16
2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROGRAMA A ESTRATÉGIA.....	20
2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO BASE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	32
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	33
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.5 COLETA DOS DADOS	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	37
4.2 DADOS ESPECÍFICOS À TEMÁTICA ABORDADA.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	
ANEXO A – OFÍCIO À SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	
ANEXO B – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	



1 REFLEXÕES INICIAIS

O nosso país vem, ao longo dos últimos anos, passando por um desenvolvimento visível a olhos nus, e neste cenário de pura ascensão em diversos aspectos, especialmente no que tange a ciência, a saúde vem sendo pauta de intensos debates e constantes movimentos que visam assegurar a garantia de acesso, a integralidade da atenção e o equilíbrio entre recurso e demanda (OHARA, et al., 2008).

Neste contexto surgem os preceitos da Atenção Básica que considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

E, concomitante a tal preceito, vem em discussão a Saúde da Família como base fundamental da Atenção Básica, que segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005), constitui uma estratégia para organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que em seus princípios, busca a reorganização do modelo de assistência pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais atuantes.

Corroborando com este pensamento Ohara et.al. (2008), a entende como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo suas diretrizes organizativas operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, cuja atuação está centrada em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade.

Assim, o trabalho em Saúde Pública deve envolver atividades de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de acordo com seus saberes específicos, constituindo uma ferramenta imprescindível para um atendimento holístico e uma atenção integral, onde a atuação profissional conjunta torna-se imprescindível, o que demanda uma atenção multifocal. Muito embora, neste contexto, a falta de conexão entre as ações de saúde e a dificuldade de interação

dos trabalhadores pode representar entraves no desenvolvimento do trabalho (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Tendo a atuação profissional conjunta com vistas a uma atenção multifocal, o MS (BRASIL, 2005) estabelece o trabalho na atenção básica como multiprofissional, onde a atenção é prestada de forma integral, pela atuação conjunta de médicos, enfermeiros, técnicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde.

É ainda crucial frisar que a equipe de Saúde da Família, por meio de uma atenção em âmbito multiprofissional, estabelece um vínculo entre os serviços de saúde e a população baseado na corresponsabilização das ações de promoção e recuperação da saúde, pautando-se na prevenção de doenças e agravos a saúde (VERAS; VIANA, 2009).

Mediante tais preceitos e pela prática vivenciada no estágio em Unidade Básica de Saúde, onde foi possível observar uma dificuldade em se trabalhar em equipe, deixando assim uma grande lacuna no que concerne aos preceitos do trabalho multiprofissional, surgiu a necessidade de se tomar conhecimento como o atendimento multiprofissional é visto e efetivado dentro das Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, utilizando, para tal, a concepção e vivência dos próprios profissionais atuantes, tendo por meio de coleta de dados a realização de um estudo exploratório, quantitativo e de campo, através de um questionário semi-estruturado como instrumento de coleta de dados.

Deste modo, o objetivo principal do presente estudo foi investigar o atendimento multiprofissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) mediante a percepção dos profissionais como sujeitos ativos do processo. Bem como, identificar as ações realizadas em âmbito multiprofissional; analisar como se configura a relação de trabalho entre os profissionais das equipes de saúde; e listar as principais dificuldades encontradas para a realização de uma ação multiprofissional.

Assim, com base neste estudo será possível compreender como é realizada a atenção de forma multiprofissional, identificando os entraves que porventura possam dificultar este trabalho, contribuindo, desta forma para que profissionais e gestores possam, ao reconhecer tais dificuldades, buscar meios eficazes para superá-las.

Vale salientar que o presente trabalho torna-se ainda importante para que estudantes da área possam conhecer a realidade que não é vista na teoria e assim

adentrarem ao campo da prática carregados de ideais e objetivos que venha a suprimir os possíveis obstáculos relativos à prática multiprofissional. Já o meio científico pode ser beneficiado a ponto que o estudo pode ser realizado em outras Unidades de Saúde da Família, proporcionando assim uma análise conjunta de dados, e desta forma ser criado um instrumento ou estratégia que fortaleça a relação e a prática multiprofissional.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

2 REFERENCIAL TEÓRICO



2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM MARCO PARA A PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE DOS BRASILEIROS

As políticas públicas de saúde brasileiras até muito recentemente caracterizavam-se pelo estreito vínculo existente entre estas e as políticas de Previdência Social, especialmente no que concerne à forma de financiamento, chegando ao ponto de se considerar em uma relação de dependência (COHN; ELIAS, 2005).

O modelo de saúde legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na Lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia, em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, descrito por Foucault, fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença. De outra parte, as influências da Escola Norte-Americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, tiveram profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde (SCHERER, et al., 2005).

Com base neste ensejo, a saúde foi considerada um seguro vinculado ao trabalho, como assistência médica vinculada à Previdência Social, havendo uma forma mercantilizada de conceber o sistema de saúde, fato que até os dias atuais trás consequências associadas ao modo de se ver a saúde não como um direito de fato, mas como uma mercadoria a ser adquirida (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A construção do modelo de sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes mesmo de sua criação pela Constituição de 1988, tendo, pois, como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com os preceitos de Veras; Viana (2009), anteriormente à criação do SUS, e particularmente antes da implementação da Norma Operacional Básica do SUS, não era possível declarar que Municípios brasileiros contassem com

sistemas municipais de saúde, considerando-se aí que inexistia capacidade de gestão dos serviços prestadores de saúde.

Scherer et al. (2005) aponta que até a criação do SUS, o modelo de atenção à saúde no Brasil estava marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano. O rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação do SUS, uma vez que o modelo clínico/flexneriano não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população.

Assim, tal déficit existente no dimensionamento e organização da prestação de serviços de saúde foi diminuindo a partir da Constituição de 1988 que traz a saúde como direito social e dever do Estado (BRASIL, 2002). De acordo com Figueiredo; Tonini (2007), esta nova legislação abriu caminho jurídico para a descentralização e, pela primeira vez na história, o setor da saúde recebeu destaque constitucional, acolhendo em seu texto diversas demandas colocadas pela sociedade brasileira e, particularmente, pelo movimento sanitário. O sistema político federativo, constituído pelas três esferas governamentais, a saber, a União, estados e municípios, considera-as como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica e, portanto, tornaram-se responsáveis pelo desenvolvimento do SUS.

De acordo com Scherer et al. (2005), a mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em, pelo menos, três dimensões ou espaços de transformação: político-jurídico, político-institucional e político operacional. As duas primeiras dimensões dizem respeito ao conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema, contemplando a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado. Embora sejam consideradas condições necessárias para o funcionamento do sistema de saúde, as dimensões político-jurídico e político institucional não são suficientes para garantir a mudança paradigmática, assim, a dimensão político-operacional diz respeito a existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e à forma de produção e distribuição destes numa relação direta e de

reciprocidade com uma dada população definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde.

Ocorreu também um delineamento das primeiras características do SUS: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades assistenciais, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (BRASIL, 2002).

Mais especificamente, Scherer et al. (2005) assinala que princípios são os mandamentos básicos e fundamentais nos quais se alicerça uma ciência, isto é, são as diretrizes que orientam uma ciência e dão subsídios à aplicação de suas normas. Os princípios são considerados como normas hierarquicamente superiores às demais normas que regem uma ciência. Neste sentido, são incorporados, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), os princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade.

Deste modo, tem-se que a regulamentação do SUS foi estabelecida no final de 1990, mediante a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei 8.080 e a Lei 8.142, onde estão destacados os princípios organizativos e operacionais do sistema, como a construção do modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no controle social e em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Neste sentido, a implantação do SUS no Brasil representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. E, já na segunda metade da década, o processo de implantação o SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde (ESCOREL, et al., 2007).

Assim, o SUS, fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos

princípios e diretrizes rompem com o paradigma clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde (SCHERER, et al., 2005).

Em complemento a esta ideia Figueiredo; Tonini (2007) abordam o SUS como uma constituinte de ações e dos serviços de saúde sob gestão pública, organizada em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo.

É importante ressaltar que a regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, se completa, em 1990, com a edição das Leis nº. 8.080 e 8.142, e a operação do sistema e a relação entre os administradores foi tratada por meio de portarias do MS (BRASIL, 2002). A Norma Operacional Básica - NOB-SUS 1993 estabeleceu critérios de repasse de recursos por produção de serviços, o que privilegiou os municípios com melhor infraestrutura e maiores possibilidades para gerir os recursos federais. Já a NOB-SUS 1996 definiu critérios populacionais para a transferência de recursos de acordo com as responsabilidades dos Municípios (BRASIL, 1997).

Deste modo, após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (SCOREL, et al., 2007).

É interessante ressaltar o fato de que, mesmo diante de tantas conquistas, muito ainda falta ser conquistado, neste sentido, Figueiredo; Tonini (2007, p.89) apontam que “[...] já faz 20 anos que o SUS foi proposto e, apesar do esforço de muitos, as ações ainda são grãos de areia comparando-se com a imensidão do que precisa ser feito [...]”.

Neste sentido, Cohn; Elias (2005) apontam que o Brasil apresenta um grande e oneroso aparato institucional voltado às políticas públicas, possuindo por características básicas a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante. Deste modo, o atual perfil da organização de serviços de saúde no

país continua apresentando, mesmo depois da Constituição de 1998, as seguintes características: altamente centralizado; acentuadamente privatizado; crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira; com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado; profundamente discriminatório e injusto e com acentuadas distorções na sua forma de financiamento.

2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA: DO PROGRAMA A ESTRATÉGIA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

A ênfase na implantação do PSF é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção (SCHERER, et al., 2005).

Os primórdios da Saúde da Família foram calcados juntamente com os pressupostos da Atenção Primária, definidos e defendidos em Alma Ata (Conferência Internacional de Saúde em 1978), como modelo tecnoassistencial com a finalidade de garantia de acesso, atendimento às doenças prevalentes e melhoria dos indicadores de saúde dos países ocidentais, ainda nesta conferência se especificou os componentes fundamentais para as práticas na Atenção Primária, como a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção e tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, e promoção da boa nutrição e medicina tradicional (OHARA, et al., 2008).

A Carta de Ottawa, resultado das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1996, é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação na comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

De acordo com Scherer, et al. (2005), o PSF foi criado na década de 1990, inspirado em experiências advindas de outros países, cuja Saúde Pública alcançou

níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças, tais como Cuba, Inglaterra e Canadá, sendo precedido pela criação do Programa Agentes de Saúde (PAS) (Ceará-1987) e Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Um fato interessante é relatado por Mendonça; Sousa; Santana (2004), onde este aponta que nos anos de 1980, Paulo Santana já trabalhava no Projeto Casa Amarela – Recife(PE), com a formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tomando por base os conceitos abordados em Alma Ata. Tais atividades serviram também de base para a criação do PACS.

O PACS foi criado pelo MS em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde objetivando a diminuição da mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste. Em sucessão aos PACS, foi instituído, em 1994 o PSF, que inicialmente era responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) através da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), e passando, em 1995 para a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (OHARA, *et al.*, 2008).

Ainda tomando por base os estudos de Mendonça; Sousa; Santana (2004), o PACS iniciou sua atuação na região Nordeste, na qual o problema a ser enfrentado era a alta taxa de Mortalidade Materno Infantil. Já na região Norte a implantação do programa foi realizada de forma emergencial frente a epidemia do cólera.

No tocante a implantação e expansão do PSF estas ocorreram de forma acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada de assistência pública a saúde. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois se deparava com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (SCOREL, *et al.*, 2007).

Em âmbito nacional, tem-se um grande salto, onde segundo Brasil (2001), de 1994 até março de 2000 o número de equipes de saúde da família aumentou de 328 para 5.987. Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) trazem números relevantes, onde em 2007 tem-se um total de 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas em um total de 5.125 municípios, constituindo assim uma

cobertura de 46,6% da população brasileira, o que constitui cerca de 87,7 milhões de pessoas assistidas (BRASIL, 2010).

Na Região Nordeste, que foi a pioneira na implantação de tais programas, tem-se que em 1994 haviam 181 equipes cadastradas, já em 2000 existiam 2.471 unidades. Mais especificamente no Estado da Paraíba, as primeiras cinco equipes do PSF foram implantadas em 1994 no município de Campina Grande, e posteriormente implantadas nos demais municípios ampliando o número de equipes para 73 em 1999, 348 em 2000, em 2005 com 1.134 Unidades instaladas, 2008 passou para 1.228 Unidades. E assim, o Programa Saúde da Família, desde seu início, configurou-se como a principal forma de organização da atenção básica nos municípios paraibanos (VERAS; VIANA, 2009).

E assim, o PSF foi desenvolvido com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde, como aponta Loch-Neckel et al. (2009). E, mesmo baseado nas ideias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas internacionalmente, é original e inédito em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países. Diferentemente da medicina familiar vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL 2007) define as características da Atenção Básica ou primária como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em amplo e progressivo desenvolvimento, o PSF evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF), e a este respeito, Scherer, et al. (2005) traz que tal

evolução foi dada em 1998 onde passa a ser chamado de ESF, por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde

Já em 2006 foi instituída uma política unificada para atenção básica, buscando efetivamente reorientar a estruturação dos sistemas municipais de saúde. Ainda neste ano foi sancionada a portaria 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS assim, redireciona a atenção básica e foca a estratégia saúde da família como fortalecimento da atenção básica (SCHERER; PIRES, 2009).

Neste sentido, mediante as novas vivências e pela importante contribuição dada à saúde pública brasileira, o PSF deixa de ser um programa e passa a se constituir um instrumento de reorganização e reestruturação do SUS, servindo como um exemplo claro de modelo assistencial, sendo referenciado como estratégia por possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e solucionar os problemas que venham a ser identificados (RIBEIRO, et al., 2008).

De acordo com o MS (BRASIL, 2005, p.16-17), para se organizar a atenção básica com a ESF, faz-se necessário que as equipes se empenhem em realizar:

- I. planejamento das ações, cujos objetivos são: conhecer os fatores determinantes do processo saúde e doença da comunidade adstrita; estabelecer prioridades e traçar estratégias para enfrentar os problemas detectados; conhecer o perfil epidemiológico da população; garantir estoque de insumos necessários para o funcionamento do trabalho.
- II. assistência, promoção e vigilância em saúde [...].
- III. trabalho interdisciplinar em equipe, cujos objetivos são: realizar atribuições específicas de cada profissional e potencializar ações comuns; compartilhar conhecimentos e informações para o bom desempenho do trabalho; participar da formação e do treinamento do pessoal auxiliar, voluntários e estagiários; compartilhar conhecimentos com a comunidade a fim de promover o autocuidado, o cuidado familiar e a minimização dos riscos socioambientais;
- IV. abordagem integral da família [...].

Segundo Brasil (2002), a ESF, tem papel relevante na mudança do modelo assistencial para o campo preventivo, a promoção da saúde e a reversão da centralização excessiva no hospital estavam confinadas, até a metade dos anos 90 a umas poucas experiências de iniciativa das outras áreas de administração da saúde.

É importante citar que se constitui atribuição das equipes do PSF o conhecimento da realidade, a identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento local. A execução das ações segue a lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e a família. Espera-se a prestação de assistência integral – completa e contínua em todas as fases de vida de um indivíduo, no seu contexto de vida e que apenas 15% dos casos sejam referenciados em nível de maior complexidade. Cada equipe é responsável por até 3500 pessoas no seu território. Os profissionais devem promover atividades educativas de grupo, ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas, além de incentivar e participar da organização dos Conselhos de Saúde. O debate entre a equipe e desta com a população, em torno do conceito de saúde, cidadania e as bases jurídicas legais que legitimam o direito à saúde deve ser permanente (SCHERER, et al., 2005).

Brasil (2001) aponta, sucintamente, que o PSF constitui uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, onde a atenção está centrada na família, esta entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando a equipe uma compreensão ampla acerca do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Importante se faz, concernente ao entendimento da temática, compreender a família em tal contexto, neste sentido, Ohara et al. (2008) a entende em diversos sentidos, entre eles: é a parte de um supra-sistema mais amplos e por sua vez composto de muitos subsistemas; além de ser um sistema ativo em constante transformação.

Ainda neste sentido, Figueiredo; Tomini (2007) abordam a família como sendo um sistema ou uma unidade em que seus membros podem ou não estar relacionados ou viver junto, podendo ainda conter ou não crianças, sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e suas funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

Desde modo, de acordo com Escorel *et al.* (2007), a ESF encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma

população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos e odontólogos, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

2.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO BASE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Atualmente identificada como a principal estratégia de reorganização das ações da atenção básica à saúde, a ESF tem sua atuação encarregada a uma equipe multiprofissional composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de agentes comunitários de saúde, cuja prática de trabalho pauta-se nos princípios e nas diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (VERAS; VIANA, 2009).

Cada equipe deve estar preparada, segundo Brasil (2001), para: conhecer a realidade das famílias mediante o cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, junto a comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na Unidade, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimentos nos serviços de referência; além de desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

De acordo com Scherer; Pires (2009), a ESF tem sido apontada como estratégia para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios.

Para Oliveira; Spiri (2006), o trabalho em equipe multiprofissional em saúde surge como uma forma de compensar a ultraespecialização. Recompõem, em uma assistência integral, as ações parciais que nem sempre solucionam as necessidades de saúde em seu todo. Assim, a noção de equipe está etimologicamente associada

à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização pretendida. Esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais. A estas condições concretas estão a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais.

Dentro do contexto do atendimento multiprofissional, é ainda importante ressaltar que as práticas em saúde na atualidade dão-se num contexto de diversidades e complexidade de diversas ordens, o que demanda o estabelecimento de relação com diversas áreas do conhecimento, ou seja, a interdisciplinaridade com a Sociologia, Antropologia, Política, Biologia, Epidemiologia, entre outras, razão pela qual se defende a necessidade de contextualizar as ações e práticas na saúde com outros determinantes que considerem fatores além das relações causais (OHARA, et al., 2008).

A interdisciplinaridade se caracteriza por: trocas intensas de conhecimentos e experiências entre áreas e entre clientes, tanto reais como virtuais; lançamento de uma ponte para religar as fronteiras estabelecidas entre disciplinas, profissionais, docentes, discentes e clientes; uma forma de poder efetivar a integração quando se trata de resolver questões colocadas pela sociedade atual; reunião de vários saberes para encontrar soluções, tendo em vista o enfrentamento de situações emergentes e transcendentais; ter uma intencionalidade unificadora, integrando vários níveis de conhecimentos, métodos e processos de cuidar para refundar novos modelos, novas tecnologias e novos métodos; e poder tratar as questões de um ponto de vista comum, em sua situação concreta e subjetiva, já que vivemos em um mundo de transformações de toda ordem.

Um fator que dificulta a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária, conforme afirma Loch-Neckel et al. (2009).

Oliveira; Tunin; Silva (2008) afirmam que no processo de trabalho em saúde os profissionais utilizam saberes tecnológicos que se categorizam em duros (máquinas, estruturas organizacionais, rotinas, normas, dentre outras), leveduras (saberes bem-estruturados como a clínica médica e epidemiologia) e as leves (tecnologias de relação como vínculo, autonomização, acolhimento, entre outros). Neste sentido, deve haver uma inter-relação entre tais vertentes para que seja priorizado um trabalho e uma atenção qualificada a população, especialmente no que concerne as leves que englobam em seu contexto o trabalho multiprofissional como preceito.

Sendo o trabalho multiprofissional baseado num processo de interdisciplinaridade, é também crucial que os profissionais se embasem em uma relação social, no mínimo amigável. A este respeito, Figueiredo; Tonini (2007) apontam que mesmo sendo a equipe formada por pessoas em um contexto, estas devem ser consideradas também em sua individualidade, onde devem ser respeitadas as suas características psicobiofisiológicas, o que pode ser considerado um entrave no trabalho multiprofissional.

Com base na melhoria da assistência a saúde da população em face do atendimento interdisciplinar ou multiprofissional, houve uma ampliação da Equipe de Saúde da Família com a implementação da assistência a Saúde Bucal, assim, de acordo com o MS (BRASIL, 2005), as Equipes de Saúde da Família junto a Equipes de Saúde Bucal são responsáveis pela prestação de assistência a população adstrita à sua unidade de saúde de forma permanente, resolutiva e humana, por isso os profissionais devem estabelecer vínculos de confiança e responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades por eles acompanhadas.

Ohara et al. (2008, p.53-54) descreve claramente as atribuições de cada membro da equipe saúde da família, sendo estas:

- **Médico:** prestar assistência integral, dentro do limite de seus recursos, às pessoas de sua área de abrangência; criar vínculo com a população; além do atendimento médico-assistencial, abordar os aspectos preventivos às doenças; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológicas; efetuar ações de assistência a mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, idoso, etc.; fazer atendimentos de urgências; participar do planejamento e organizar os processos de trabalho na unidade, dentre outros;
- **Enfermeiro:** desenvolver ações de educação em serviço para o agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária dentro de sua competência, discutir com a equipe, de forma permanente, soluções, estratégias e metas para os

processos de trabalho, consultas de enfermagem, atendimentos de grupo, efetuar ações de assistência à mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, idoso, controle da tuberculose, hanseníase, campanhas de imunização, etc.;

- **Auxiliar de enfermagem:** realizam visitas domiciliares, discussão de casos com a equipe, criar vínculo com a população, atividades específica da função [...];

- **Agente Comunitário de Saúde:** realizar mapeamento da área de atuação, cadastrar famílias de sua microárea; identificar, junto com a equipe, as áreas e famílias de risco; realizar mensalmente as visitas domiciliares às famílias de sua responsabilidade; participar de processo educativo levado às famílias, incentivar a participação comunitária [...] estimular o aleitamento materno; verificar se as crianças estão com as vacinas em dia; levar orientação quanto à higiene bucal, dieta e prevenção.

Tomando por base as atribuições específicas aos profissionais de enfermagem, percebe-se que estes possuem ainda um papel fundamental nas equipes de saúde da família, pois, devido ao seu potencial articulador dos diversos trabalhos, podem ser capazes de atuar como agentes de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde voltadas à integralidade das ações e comprometidas com as necessidades de saúde da população (COLOMÉ; LIMA, 2006).

Com relação às funções delimitadas para o profissional de odontologia, Brasil (2006) descreve as seguintes: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do técnico de higiene dental (THD), Auxiliar de consultório dentário (ACD) e enfermeiro; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Ainda no contexto da interdisciplinaridade, Figueiredo; Tonini (2007) afirmam que apesar do discurso atual abordar a interdisciplinaridade como base do trabalho, a palavra de ordem ainda é a multidisciplinaridade, que não proporciona um trabalho inter ou transdisciplinar, mas apenas um “ajuntamento” de saberes, onde cada um faz sua parte sem pensar em um resultado coletivo de intervenções de saúde.

É importante ressaltar que na composição da equipe multiprofissional, pressupõe-se a participação ativa do paciente. Este deve ser considerado como o elemento número um, pois representa o próprio sentido da formação do grupo. Sua inclusão, como elemento integrante da equipe, cria com o mesmo compromissos para com o sucesso da terapêutica, tornando-o sujeito ativo do processo (JARDIM; SOUSA; MONEGO, 1996).

É ainda importante frisar que a multiprofissionalidade precisa ser entendida em duas dimensões, a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde, e a dimensão subjetiva da referida organização que diz respeito à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador. Deste modo, para construir um trabalho em equipe multiprofissional, que, realmente, promova uma reordenação do processo de trabalho, precisamos de uma equipe integrada, ou seja, que articule as ações executadas pelos trabalhadores da equipe através da comunicação e da inter-relação desses, conforme explicita Marques; Silva (2004).

Como conclusão de tal ideia, Rosa; Labate (2005) trazem que para alcançar os objetivos do programa, o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários, reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores.

Deste modo, além da capacidade técnica, os profissionais engajados na ESF precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Por conseguinte, a ESF exige uma mudança estrutural na formação e na prática dos

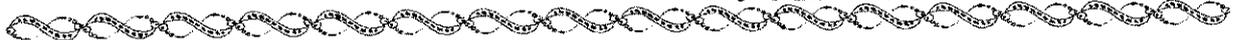
profissionais de saúde, mudança esta que deve ser iniciada nos centros formadores, como destaca Ronzani; Silva (2008).

Destarte, as universidades e faculdades são espaços constituídos por sujeitos estratégicos, comprometidos e protagonistas de um projeto radical da reforma sanitária e da reforma do ensino, e que merecem ser vistos nas suas capacidades de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas a partir dos saberes coletivos e dos poderes compartilhados, e assim, movimentos em sentido oposto podem trazer incompreensões, equívocos e frustrações (SOUSA; HAMANN, 2009).

Para atender a esta transformação nos saberes e práticas Loch-Neckel et al. (2009) afirma que os cursos de capacitação em saúde da família no Brasil, na forma de especialização ou residência, têm sido construídos com caráter multiprofissional, incluindo profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros. Esses cursos são *locus* de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo MS, como as residências e especializações multiprofissionais em saúde da família, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil.

Ainda segundo os autores a possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que já atuam no serviço público, quanto os que ainda não. Concorda-se com eles uma vez que a realidade demanda uma necessidade cada vez maior de profissionais capacitados e interligados a um trabalho conjunto, daí a relevância da formação multiprofissional como base de uma prática bem estruturada que possibilitará a comunidade assistida um atendimento de qualidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO



Quando se busca a realização de qualquer trabalho acadêmico de âmbito científico, estar-se almejando melhorar o conhecimento, que constitui o referencial diferenciador entre o agir humano e o de outras espécies, sendo, pois, elemento fundamental na construção do destino da humanidade.

Neste sentido, a pesquisa é fundamental, tendo em vista que “[...] é através dela que podemos gerar o conhecimento, a ser necessariamente entendido como construção dos objetos de que se precisa apropriar humanamente” (SEVERINO, 2008, p.34). E, assim, o conhecimento produzido, para que possa se tornar ferramenta apropriada da intencionalização das práticas mediadoras da existência humana, precisa ser disseminado e repassado, colocado em condições de universalização.

Deste modo, fez-se necessário estabelecer uma metodologia própria para a realização do estudo, tendo em vista que a especificação da metodologia da pesquisa é a que abrange maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões: como?, com quê?, onde?, quando?, conforme relaciona Marconi; Lakatos (2009).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa se constitui de um trabalho descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. Descritiva porque segundo Gil (1999) são técnicas utilizadas quando existe uma preocupação com a atuação prática de determinado sujeito; exploratória ao ponto que levanta informações para delimitar a pesquisa explicativa que além de registrar e analisar os fenômenos estudados busca identificar suas causas (SEVERINO, 2008). Já as pesquisas de cunho quantitativo tratam de probabilidades, associações estatisticamente significantes, importantes para se conhecer uma realidade (MINAYO, 1993).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Cajazeiras – PB, que se encontra localizada no Alto Sertão da Paraíba. A população total do município é de 57.875 habitantes. A população feminina representa 52,12% da população total. A predominância da população é urbana, correspondendo a 70% da população total (IBGE, 2009). Com relação ao âmbito de saúde, encontra-se habilitado na gestão plena do Município, pertencendo à 9ª Microrregião de Saúde.

Assim, a pesquisa é caracterizada de campo, onde “[...] o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem [...]” (SEVERINO, 2008, p.123), a pesquisa foi realizada em 11 (onze) das 14 (quatorze) Unidades Saúde da Família (cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica) da cidade de Cajazeiras, contemplando assim apenas as unidades da zona urbana.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta das 11 (onze) enfermeiras, 11 (onze) médicos e 11 (onze) odontólogos atuantes nas Unidades de Saúde supracitadas, somando assim 33 (trinta e três) participantes, já a amostra seria constituída pela população total, entretanto de acordo com a disponibilidade dos abordados, a presença dos mesmos nas USF e os próprios critérios de exclusão impostos, passou a ser constituída de 10 enfermeiras, 05 médicos e 03 odontólogos.

Com relação as enfermeiras, não foi possível a realização da pesquisa apenas com uma delas, tendo em vista que a mesma estava ausente mediante atestado médico. Já os médicos, a grande maioria deles recusaram-se a participar da pesquisa, alegando falta de tempo para tal, enquanto os odontólogos estavam ausentes das unidades utilizando por justificativa problemas com o material de trabalho utilizado.

Foram utilizados como critérios de inclusão: estarem há, pelo menos, 6 (seis) meses atuando na equipe e expressarem o desejo de participar da pesquisa. Já como critérios de exclusão: os profissionais que tiverem menos de 6 (seis) meses

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

de atuação em ESF estiverem afastados por licença médica, férias ou outro motivo.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados o questionário semi-estruturado que, segundo Severino (2008) constitui em um conjunto de questões sistematicamente articuladas que se destinam a levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a conhecer a opinião dos mesmos sobre os assuntos em estudo. Segundo Marconi; Lakatos (2009), as perguntas devem ser respondidas por escrito e sem a intromissão do pesquisador.

Desta forma o instrumento utilizado contou com questões que abordaram a caracterização do sujeito, a formação acadêmica e profissional, bem como os dados específicos à temática abordada.

3.5 COLETA DOS DADOS

Foi enviado a Secretaria Municipal de Saúde ofício solicitando autorização para a realização da pesquisa, e assim, após o deferimento ao pedido e já com o parecer expedido pelo Comitê de Ética e pesquisa que autoriza a realização, esta foi iniciada.

Ao abordar os profissionais, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que explicita toda a pesquisa, constando objetivos, método de coleta, utilização de dados coletados, além dos possíveis prejuízos e benefícios da pesquisa, após a leitura do mesmo, estes documentaram a aceitação verbal para participarem, através da assinatura do TCLE.

De posse dos questionários estes foram respondidos de forma imediata e de próprio punho, na presença da pesquisadora, evitando-se que se levasse para casa, para que suas respostas fossem fundamentadas apenas no conhecimento próprio

de cada um destes, deste modo, caso o profissional não dispusesse de tempo, a coleta poderia ser realizada em um outro momento. Deste modo, foram realizadas 3 (três) visitas a cada Unidade de Saúde da Família.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a interpretação dos resultados de modo a tabular e analisar os mesmos, utilizando técnicas bioestatísticas para organização dos achados, que, por sua vez, foram dispostos em gráficos e tabelas e posteriormente analisados a luz da literatura pertinente.

De acordo com Pagano; Gauvreau (2004), “por serem mais precisos do que as palavras, os números são particularmente mais adequados para transmitir as conclusões científicas”.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa tem sua base calcada nos aspectos ético/legais estabelecidos pela Resolução nº. 196/96 de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos desde que sejam cumpridos os preceitos legais da bioética. Sendo assim, foi utilizado o TCLE do sujeito da pesquisa, assegurando-lhe a confidencialidade, não maleficência e privacidade dos dados.

Assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos das pesquisas o trabalho foi enviado ao CEP local da Faculdade Santa Maria, submetido à avaliação e aprovado, de acordo com o protocolo nº.601102010. Essa aprovação firmou o respeito à dignidade humana e garantiu o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES



O presente capítulo aborda a análise dos dados obtidos mediante a pesquisa realizada, estes que estão organizados em três etapas, onde a primeira traz a caracterização dos sujeitos da pesquisa, e a segunda os dados específicos, que mesmo se tratando de questões subjetivas serão analisados quantitativamente e discutidos à luz da literatura pertinente.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Com relação aos dados pessoais de caracterização dos sujeitos, foram abordados dados concernentes ao sexo, idade, tempo de formação acadêmica, profissão, especialização e aperfeiçoamento em PSF. Assim foram obtidos os seguintes dados:

Tabela 1 – Dados de caracterização dos sujeitos do estudo.

VARIÁVEIS	F	%
Sexo		
Masculino	06	33%
Feminino	12	67%
Idade		
20 ---- 25	01	6%
25 ---- 30	08	44%
30 ---- 35	00	0%
35 ---- 40	00	0%
> 40 anos	09	50%
Tempo de formação acadêmica		
01 ---- 05	08	42%
05 ---- 10	02	11%
10 ---- 15	01	5%
> 15 anos	08	42%
Profissão		
Enfermeiro	10	55%
Odontólogo	03	17%
Médico	05	28%
Cursos de Especialização		
Sim	14	78%
Não	04	22%
Área de conhecimento das especializações		
Enfermagem do trabalho	03	15%
Programa Saúde da Família	10	50%
Saúde Pública	01	5%
Outras	06	30%
Aperfeiçoamento em PSF		
Sim	12	67%
Não	06	33%
TOTAL	18	100%

A tabela mostra que, em relação ao sexo a maioria expressa por 67% dos participantes é do sexo feminino, enquanto 33% são do sexo masculino. Tal maioria é esperada se for levado em conta que o sexo feminino é predominante nos cursos da área de saúde, especialmente da Enfermagem. Também a maioria, 50%, pertence à faixa etária superior a 40 anos de idade, fato que também expressa a maior longevidade observada nos dias atuais.

Neste sentido o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) destaca que as proporções entre a população masculina e feminina vêm diminuindo paulatinamente no Brasil. Em 1980, haviam 98,7% homens para cada cem mulheres, proporção que caiu para 97% em 2000, e estima-se que será de 95% em 2050. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050.

Quanto a diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres atingiu 7,6 anos em 2000 – sendo a masculina de 66,71 anos e a feminina de 74,29 anos. Neste sentido, o IBGE relata que os avanços da medicina e a melhoria nas condições gerais de vida da população contribuíram para elevar a expectativa de vida dos brasileiros, que aumentou 17 anos entre 1940 e 1980. Em 2000, esse indicador chegou aos 70,4 anos, e deverá atingir os 81,3 anos em 2050, praticamente o mesmo nível atual do Japão (81,6 anos), o primeiro colocado no ranking. O Brasil está em 89º lugar entre os 192 países ou áreas estudados pela Organização das Nações Unidas (ONU). A média mundial para a esperança de vida ao nascer era de 65 anos, em 2000, e deverá atingir os 74,3 anos entre 2045 e 2050.

A formação profissional, por sua vez, é importante de ser detalhada tendo em vista que o presente estudo toma por sujeitos participantes da pesquisa, trabalhadores de diferenciadas áreas do conhecimento, porém que atuam em um mesmo âmbito de trabalho, desde modo a análise de tais particularidades é importante para subsidiar os dados específicos que serão posteriormente expostos.

Quanto ao ano de formatura, observou-se que 42% dos participantes têm tempo de formatura de 1 a 5, igualmente 42% têm mais de 15 anos de formados, seguidos por 11% com 5 a 10 anos e 5% de 10 a 15 anos. Os dados referentes ao grande tempo de formação acadêmica dos participantes podem ser justificados pela média de idade dos sujeitos situada em 41,9 anos.

Quando ao quesito profissão, os dados mostram que os enfermeiros são maioria no estudo, constituindo em 55% dos sujeitos, seguido pelos médicos com 28% e pelos odontólogos por 17%. Essa diferença se dá pelo fato do enfermeiro, diferentemente dos outros profissionais, está na condição de gerenciamento das Unidades de Saúde da Família, devendo fazer-se presente em tempo integral, enquanto os médicos e odontólogos, em sua maioria, permanecem na Unidade somente ao tempo que realizam procedimentos.

A equipe de Saúde da Família deve ser composta, minimamente, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS, com vistas a garantir uma assistência em âmbito multiprofissional (MARQUES; SILVA, 2004).

Com relação à prática do profissional de enfermagem, o PSF se constitui em um importante mercado de trabalho para estes profissionais, onde a sua atuação vem se consolidando na prática e na experiência na saúde coletiva, construindo ao longo dos últimos anos o SUS. Assim, a enfermagem se constitui em um trabalho em equipe, pela própria divisão do trabalho, assim a equipe de enfermagem precisa, no PSF, integrar-se aos outros trabalhadores, constituindo uma equipe multiprofissional. Tal fato não é especificidade do programa, mas ao mesmo tempo é uma necessidade para que a proposta se efetive na perspectiva da mudança do modelo assistencial, conforme aponta Marques; Silva (2004).

A enfermagem é ainda responsabilizada pelo gerenciamento das unidades, tomando para si o sentimento de liderança, e a este respeito, Vicenzi; Girardi; Lucas (2010) apontam que o fato de o enfermeiro ser o líder da equipe é algo determinado pela própria profissão, que prepara este profissional para liderar e gerenciar os demais.

Com relação ao médico inserido no programa de Saúde da Família, Fortuna et al. (2005) aponta que este profissional vem detendo poder dentro da equipe, e isso pode dificultar sua inserção e interação junto desta, numa posição diferente que não na vertical, apresentando-se, muitas vezes, superior as demais categorias.

Quanto ao profissional de odontologia, o MS estabelece nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações

intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2006).

Entretanto, ainda segundo o MS, historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe.

Para melhor compreender a vivência dos participantes dentro da ESF, estes foram questionados acerca do tempo de atuação no programa, o que revelou uma média de 4,2 anos, tempo não muito longo ao se considerar o tempo de formação acadêmica destes, e o tempo de implantação do programa no município.

No tocante ao aprimoramento dos participantes os dados evidenciam que 78% dos sujeitos possuem especialização, e 22% não fizeram nenhuma pós-graduação. A este respeito, Gil (2005) aponta a constatação do perfil dos profissionais apenas com formação acadêmica em graduação não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema.

Nota-se que a grande maioria dos participantes participou de especialização em PSF, constituindo 50% dos participantes, entretanto evidencia-se uma grande ausência de especialistas em saúde do trabalho, em detrimento a realização de outros cursos mais específicos, o que contradiz a recomendação do MS que evidencia a prática de um médico do trabalho ou generalista para composição da equipe (BRASIL, 2006; 2005; 2007).

Com base na realização de cursos extracurriculares concernentes a ESF, Brasil (2001) aponta a necessidade de educação continuada das equipes envolvidas na operacionalização da ESF, o que levou a promoção, por parte do MS, da implantação de Pólos de Capacitação, a partir de 1997, com recursos do REFORSUS. Onde em geral é realizado mediante vinculação com universidades ou instituições voltadas a formação, capacitação e educação permanente. Deste modo, tais programas educacionais são voltados para o pessoal atuante em Unidades de Saúde da Família, por meio de convênios com as Secretarias de Estados e de Municípios.

Ainda avaliando o aperfeiçoamento na área de Saúde da Família, nota-se que 67% dos profissionais já participaram de cursos referentes a ESF, e apenas 33% não participaram. Neste contexto, Oliveira; Spiri (2006) trazem ainda que a capacitação deve ocorrer antes mesmo da estruturação da equipe, entretanto, quando isto não é viável a enfermeira coloca-se no lugar de prestar orientações e acompanhamento, com realização de grupos de discussões das condutas, estudos para dispensar melhor assistência que permitem melhor compreensão dos objetivos do Programa, impelindo os profissionais a buscarem o conhecimento.

4.2 DADOS ESPECÍFICOS À TEMÁTICA ABORDADA

De posse dos dados de caracterização dos participantes da pesquisa, partiu-se para os questionamentos que envolvem os dados específicos a atuação em equipe multiprofissional. Deste modo, os sujeitos foram inicialmente questionados acerca da concepção pessoal sobre o trabalho multiprofissional, onde foram obtidas as seguintes respostas:

modelo de assistência, pautado na atenção biomédica, por um novo modelo, onde a família é o foco principal (BRASIL, 2001).

A Saúde da Família organiza-se, assim, a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns (como as ações de planejamento, busca ativa etc.), ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às Equipes Saúde da Família no processo de trabalho em equipe. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2006).

Rosa; Labate (2005) enfatiza que os profissionais de saúde, de uma maneira geral, têm formação muito específica e, além disto, não têm treinamento que fuja ao tecnicismo de sua área. Assim agindo isoladamente ficam muito limitados no que tange a estes aspectos e o resultado final é uma pobre adesão a qualquer tipo de orientação, fazendo com que um grande número de pacientes abandone o tratamento, precocemente. Deste modo, diante da ação da equipe multiprofissional, o paciente será submetido a uma gama muito maior de informações com enfoques diferentes proporcionando uma boa adesão, com a possibilidade da incorporação de hábitos adequados de vida e, quando necessário, do uso correto dos medicamentos prescritos. Por outro lado, o benefício será estendido a toda a equipe de saúde que será muito enriquecida pela troca de informações, reforços mútuos e estímulos trazidos pelo sucesso alcançado.

O PSF constitui-se, portanto, de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática. O enfermeiro mais atuante, próximo à equipe, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Sendo o trabalho em âmbito multiprofissional tão importante na efetivação das premissas básicas do PSF, algumas características pessoais devem estar

presentes para que este tipo de trabalho seja possível, neste sentido, os sujeitos da pesquisa foram questionados acerca de quais as características necessárias para que se efetive o trabalho multiprofissional, onde foram evidenciadas as que seguem.

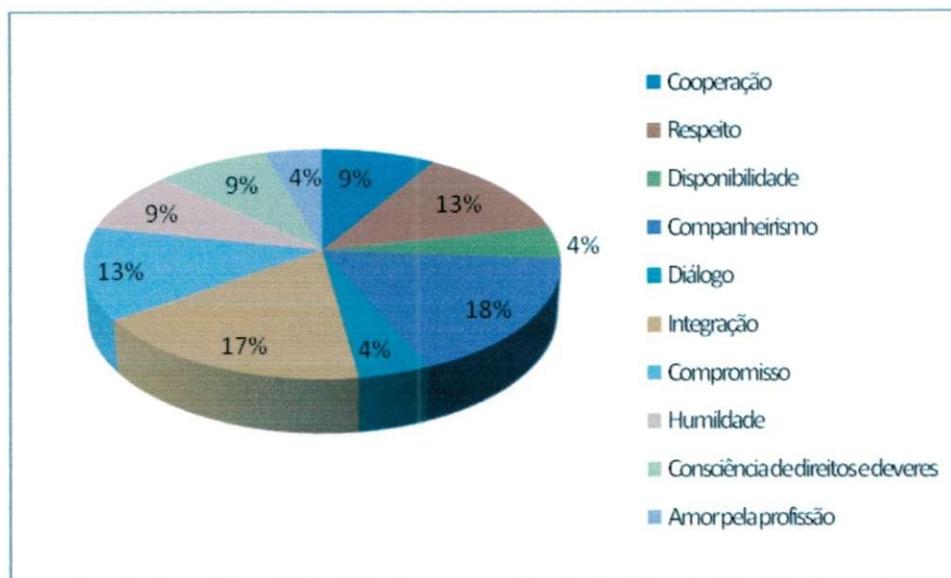


Figura 02 – Respostas frente ao questionamento: quais as características necessárias para que se efetive o trabalho multiprofissional?

As respostas dos sujeitos frente ao questionamento, evidenciadas na figura 06 mostram que 18% consideram o companheirismo como premissa básica, seguido pela integração com 17% das opiniões, igualmente o respeito e o compromisso com 13% cada, a humildade, a consciência de direitos e deveres e a cooperação com 9% cada e o amor pela profissão, a disponibilidade e o diálogo com 4% cada.

A respeito das características pessoais necessárias para efetivação de um trabalho em âmbito multiprofissionais, Ohara et al. (2008) aponta que os profissionais de saúde são, em sua maioria, formados com visões distorcidas das reais necessidades do cotidiano assistencial, tendo por premissa a visão fragmentada dos processos de construção das identidades profissionais que privilegiam as corporações e assim, acarretando a quase inexistência de reciprocidade, interação, complementaridade ou cooperação mútua entre setores e, sobretudo entre profissionais.

Deste modo, além da capacidade técnica, os profissionais engajados na ESF precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Desde modo, a ESF exige uma mudança estrutural na formação e na prática destes,

mudança esta que deve ser iniciada nos centros formadores, como destaca Ronzani; Silva (2008).

De posse dos conhecimentos relativos à percepção dos profissionais acerca do conceito de trabalho multiprofissional, coube questioná-los acerca de quais atividades estes desenvolvem na Unidade de Saúde da Família que sejam em âmbito multiprofissional. Assim, foi subdividida a análise de tal questão, onde inicialmente foram observadas quantas atividades eram desenvolvidas e depois estas foram descritas, obtendo-se assim os gráficos que seguem.

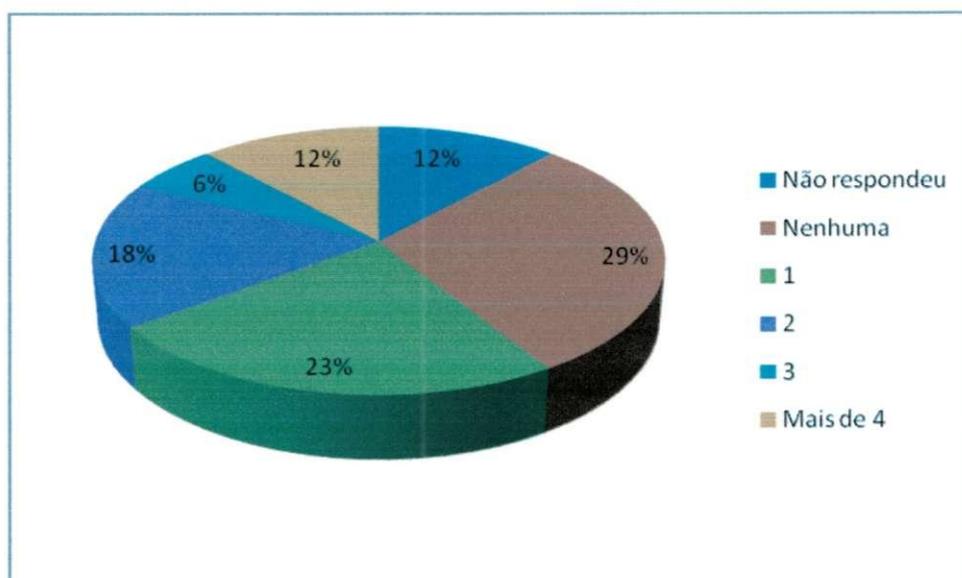


Figura 03 – Quantidade de atividades multiprofissionais desenvolvidas pelos sujeitos.

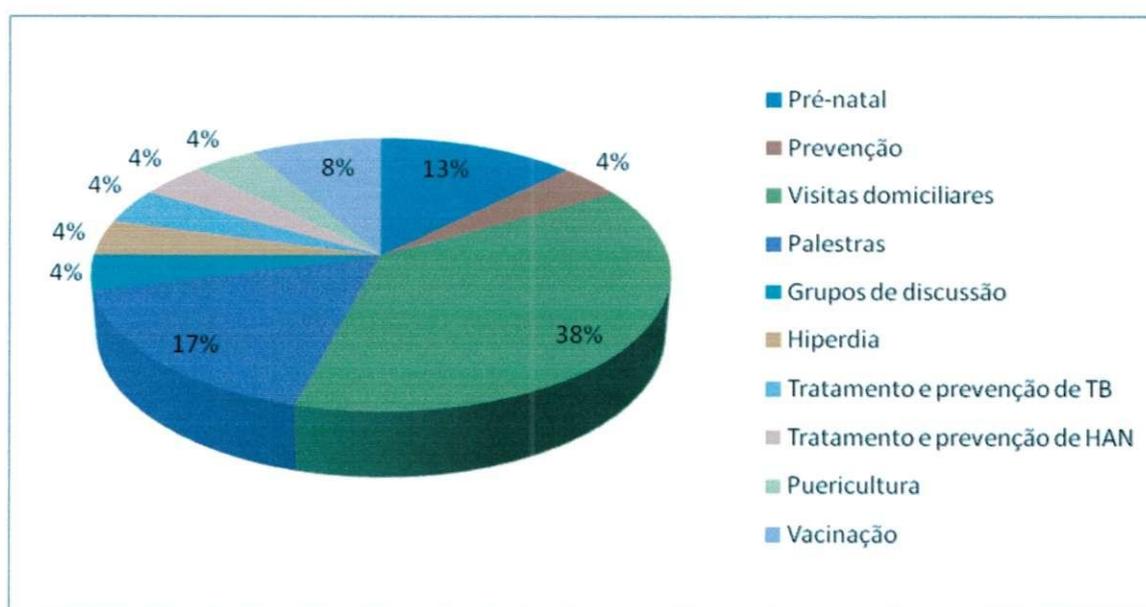


Figura 04 – Descrição das atividades desenvolvidas de acordo com os relatos.

A figura 03 mostra que a maioria expressa por 29% dos participantes relataram não realizar nenhuma atividade em âmbito multiprofissional, seguido por 23% que relataram realizar apenas 1 atividade, 18% com 2 atividades, 12% em mais de 4, 6% em três, e 12% não responderam o quesito. Fica assim explícito que 41% dos participantes não descrevem a realização de trabalhos neste âmbito.

Já a figura 04, com relação às atividades desenvolvidas, destaca que as visitas domiciliares foi a atividade mais citada pelos sujeitos pesquisados, com 36%, seguido pelas palestras com 16%, o acompanhamento pré-natal com 12%, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos – HIPERDIA com 9% e as demais atividades, o atendimento médico, prevenção de câncer de colo uterino e mama, grupos de discussão, tratamento e prevenção de TB, tratamento e prevenção de HAN, puericultura e vacinação com 4% cada.

De acordo com Figueiredo; Tonini (2007), um projeto de atenção à saúde coletiva deve ser um espaço social de produção, utilização, significação e transformação de um saber e de uma prática, além de constituir um espaço de demanda de atividades comunitário-coletivas e de educação para com a saúde como estratégia de ações interdisciplinares, em que se constitui em educação e comunicação.

Assim, dentro desse espaço social de produção, utilização, significação e transformação de saberes em práticas, apesar de haver uma definição bastante clara do papel que será exercido por cada profissional, pela própria especificidade de cada um deles, haverá diversos momentos em que as funções serão comuns de maneira, absolutamente, natural, conforme explicita Jardim; Sousa; Monego (1996).

Assim, mediante essa interação, esses momentos comuns de atenção, almejam a superação dessa forma já bem conhecida, em que o usuário chega com uma queixa ao serviço, passa por diferentes trabalhadores, cada um faz uma parte do atendimento até chegar ao médico. Assim, a queixa é decodificada e transformada numa conduta normalmente medicalizada, ou seja: são prescritos remédios e atitudes individuais descontextualizadas que nem sempre são seguidas e nem sempre impactam positivamente na saúde daquela pessoa ou daquelas pessoas que vivem e moram na área onde a Unidade de Saúde se propõe atuar (FORTUNA, et al., 2005).

As visitas domiciliares, mais citadas pelos sujeitos da pesquisa são citadas por Rosa; Labate (2005), explicitando que nesse trabalho a atenção fica dirigida aos programas preestabelecidos, como o de amamentação, hipertensão, cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região etc. Se por um lado a padronização facilita a expansão do Programa, por outro, simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com elas. No PSF, as visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas muito graves. O primeiro diz respeito às visitas feitas por profissionais sem que haja uma indicação explícita para elas, ou seja, sem que o mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. Excetua-se, por exemplo, o caso dos agentes comunitários de saúde que devem percorrer o território insistentemente. O outro aspecto diz respeito ao fato de que essas visitas podem significar excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade.

As palestras configurando-se em educação em saúde, é abordada em segundo lugar na descrição da pesquisa, o que configura-se em grande obstáculo, onde segundo Ferreira; Reis; Franceschini (2009), esta prática baseia-se no modelo tradicional hegemônico que privilegia a assistência curativa e preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, assim estas estratégias incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Deste modo, a participação ativa da população nas decisões de cuidado com o corpo geralmente não estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Outro ponto importante a ser destacado é a ausência do profissional de odontologia em tais atividades, evidenciada pelo fato do mesmo não ter sido nenhuma vez citado durante o preenchimento dos questionários, assim, a este respeito, Vicenzi; Girardi; Lucas (2010) explicitam que existe uma dificuldade de inserção do odontólogo na ESF, devido a sua formação acadêmica que se apresenta voltada para o tecnicismo, estando desvinculada dos problemas sociais da população. Assim existe um distanciamento entre o odontólogo e os demais profissionais da equipe pelo fato do dentista geralmente não se engajar na realização de tarefas senão atividades técnicas odontológicas.

Diante dos dados expostos, procurou-se uma análise da realização do trabalho multiprofissional, incitando os sujeitos a avaliarem de modo objetivo o trabalho realizado na Unidade de Saúde, onde foram obtidos os seguintes dados:

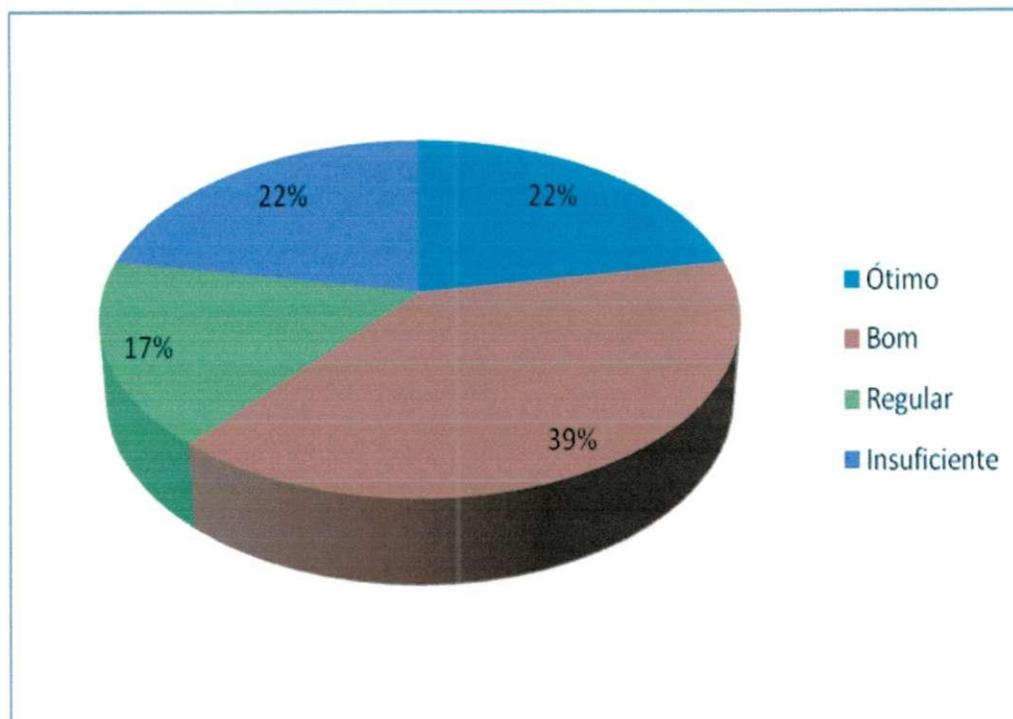


Figura 05 – Avaliação do trabalho multiprofissional na equipe de Saúde da Família

Mesmo com a grande maioria dos sujeitos relatando a falta de realização de atividades multiprofissionais, ou mesmo com estas minimamente realizadas, e ainda com déficits relativos a atividades multiprofissionais concernentes ao eixo principal da prática com grupos de estudo e avaliação de casos, a análise dos dados revelou, na figura 05, uma maioria de sujeitos, com 39%, que a têm como boa, seguido por 22% ótimo e 17% regular, sendo que apenas 22% consideram a prática insuficiente.

De acordo com Fortuna et al. (2005), o trabalho em equipe também apresenta-se com grandes limitações. Estudos recentes revelam: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, onde apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e médio de educação, médico e enfermeiro, fatores que condicionam um atendimento e uma qualidade de serviço inferior ao esperado e almejado pelo programa saúde da família.

Para conhecer as facilidades e dificuldades para a equipe executar o trabalho multiprofissional foram expressas:

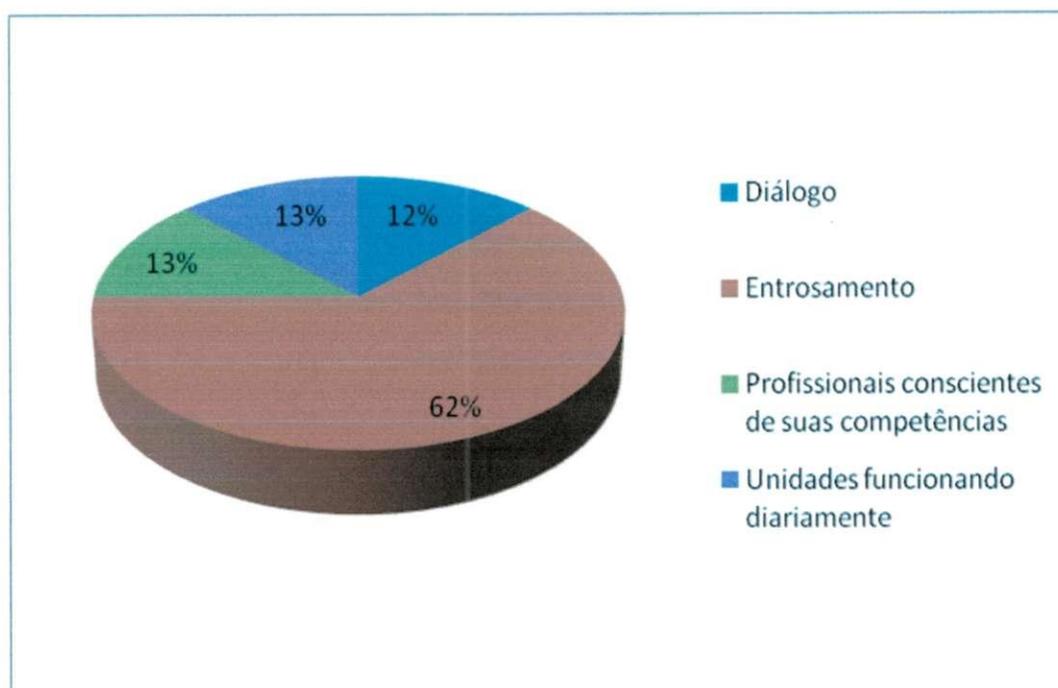


Figura 06 – Facilidades para a realização do trabalho multiprofissional.



Figura 07 – Dificuldades para a realização do trabalho multiprofissional.

Poucas são as facilidades evidenciadas pela equipe em comparação com as dificuldades. A figura 06 mostra como a maior facilidade, citada com 62% o

entrosamento, seguido pelos profissionais conscientes de suas competências e as unidades funcionando diariamente com 13% cada, e o diálogo com 12% dos resultados.

Já com relação as dificuldades encontradas, é interessante notar na figura 07 que 28% dos sujeitos relataram a falta de tempo, seguida pela individualidade dos profissionais, do excesso de trabalho e da falta de interesse e compromisso com 12% cada, com a resistência dos profissionais e os entraves nas questões de referência e contrarreferência com 8% cada e do excesso de burocracia, falta de diálogo, demanda, e carência de materiais com 4% cada.

Observa-se, portanto, que as dificuldades relativas à falta de tempo, ao excesso de trabalho, a demanda e a burocracia remetem a um problema de fácil observação. Tendo em vista que a recomendação do MS é que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2001), tomando por base ainda que o município referenciado pelo estudo apresenta um contingente populacional de 57.875 pessoas em 2009 (IBGE), e a cidade possui 14 (quatorze) Unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde, nota-se que cada unidade seria responsável, aproximadamente por 4.133, número que, com certeza, nos dias atuais deva estar bem mais elevado, o que pode evidenciar uma sobrecarga de tais unidades.

É mister ressaltar que esta falta de tempo evidenciada pelos profissionais é justificada, no caso dos enfermeiros, que se sobrecarrega com atividades específicas à sua formação profissionais além das atividades de gerenciamento das UBS's. Entretanto, os demais profissionais não podem utilizar de tal justificativa para déficits relativos a realização de atividades em âmbito multiprofissionais, tendo em vista que nas visitas realizadas nas Unidades, foi possível observar que tanto o médico como o odontólogo permanecem no local de trabalho apenas para o atendimento.

Assim, levando em consideração que o médico e odontólogo permanecem na Unidade apenas quando há disponibilidade de materiais e condições para promoção de consultas e assistência técnica, é enfatizado e incitado ainda mais a assistência tecnicista, que a ESF busca amenizar, disseminando a assistência humanizada, por meio de uma atenção multiprofissional.

Outro ponto interessante de se destacar é a citação da referência e contrarreferência apresentada como problema, mesmo que não possa este estar

relacionado ao atendimento multiprofissional. A este respeito, estudos de Pedrosa; Teles (2000) explicitam a demora na consulta especializada, do congestionamento na realização de exames, entre outros.

Outros pontos que merecem destaque é a resistência de alguns profissionais, bem como a falta de interesse e mesmo a falta de diálogo entre estes, entraves que podem estar relacionados a relação existente entre eles.

Na figura abaixo observa-se os dados relativos a análise geral da relação profissional entre os sujeitos.

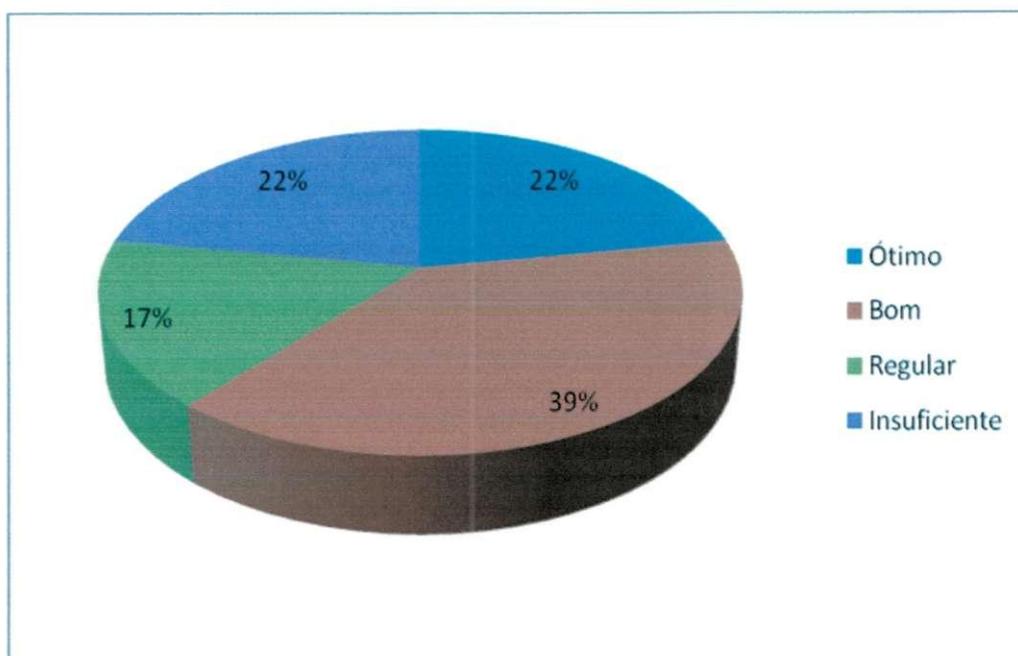


Figura 08 – Avaliação geral da relação entre os pares para com a mesma categoria.

A figura 08 revela que 52% dos participantes consideram a relação boa, já 24% consideram-na como regular, 19% como insatisfatória e apenas 5% como excelente. De acordo com Costa Neto (2000), é de caráter emergencial que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde, o que vem a permitir uma maior diversidade das ações e busca permanente do consenso, tal relação deve estimular a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

Observa-se ainda a análise que os profissionais fazem especificamente das relações entre os pares para com a mesma categoria profissional.

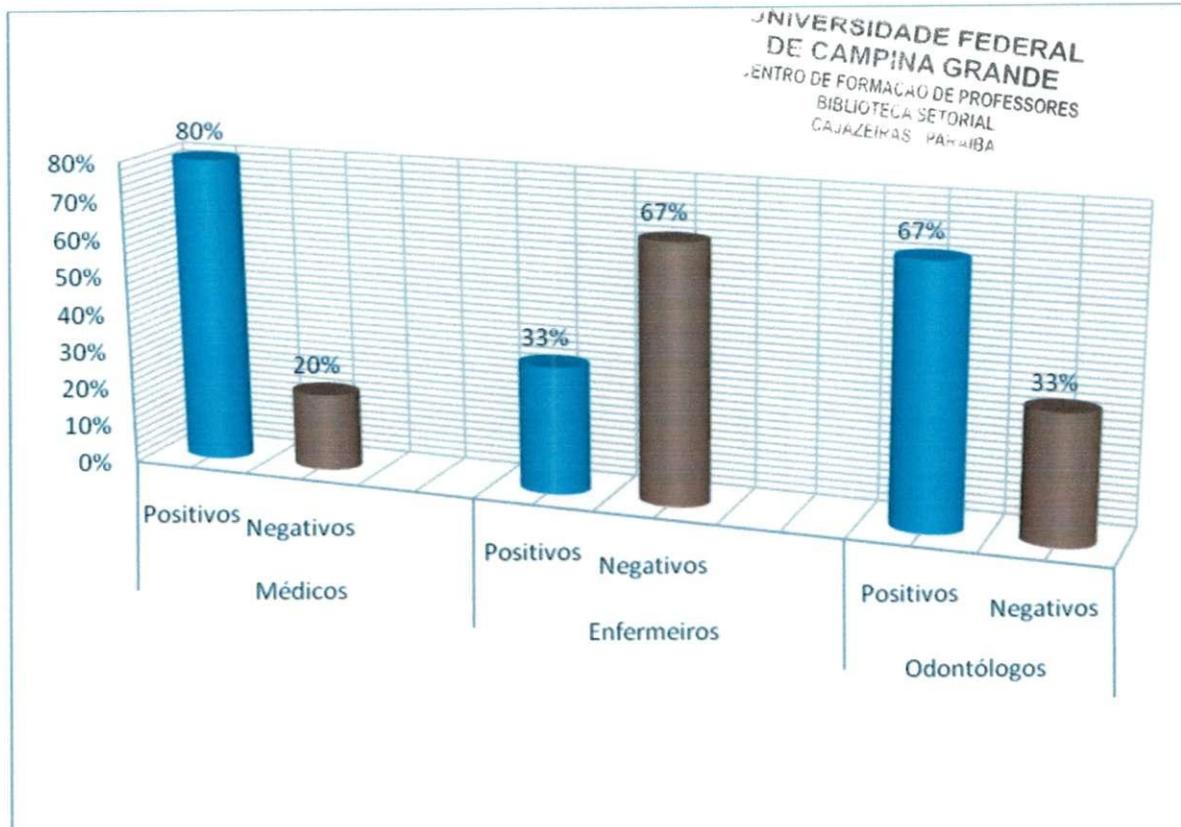


Figura 09 – Avaliação específica dos profissionais mediante a relação entre os pares para com a mesma categoria.

A figura 09 mostra que 80% dos profissionais médicos apontam pontos positivos na relação com os demais sujeitos da mesma categoria, enquanto apenas 20% apontam negatividade nesta relação. Os enfermeiros demonstram que existem mais pontos negativos, com citação de 67%, do que pontos positivos com 33%. Já os odontólogos apontam mais pontos positivos, com 67%, e menos pontos negativos, com 33% das opiniões.

Diante dos dados explicitados, observa-se que existe uma avaliação um tanto negativa da relação profissional existente, com ênfase na relação entre os enfermeiros, que demonstram em suas falas o excesso de competitividade como vilão desta relação.

Jardim; Sousa; Monego (1996) apontam a importância na agregação de pessoas que pratiquem a mesma filosofia de trabalho e por isso coloquem acima de interesses pessoais (posição, poder, etc.), o bem estar do paciente e o sucesso no tratamento preconizado. Assim, o que deve direcionar o funcionamento do grupo é a harmonia de objetivos e ações compatíveis com as metas que se pretende alcançar. Nesta visão, trabalhar em equipe não significa a

existência de pessoas trabalhando ao mesmo tempo em um espaço físico, mas sim trabalhar lado a lado, conhecendo o papel que cada um desempenha e sabendo da importância que cada um tem no desenvolvimento do projeto como todo. Em cada momento, em cada ação e em cada setor, um elemento terá sua participação mais ou menos destacada e, respeitadas as especificidades profissionais, todos terão o mesmo peso para o sucesso da empreitada.

Neste contexto, Oliveira; Spiri (2006) abordam ainda que o estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias, estabelecidas pelo PSF, auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde.

E assim, Vicenzi; Girardi; Lucas (2010) apontam que apesar de sua reestruturação e tentativa de criar um programa cujo foco seria o de promoção da saúde, respeitando princípios e diretrizes dos SUS, o que se vê na prática do PSF após 16 anos de seu surgimento é desigualdade dentro da própria equipe de profissionais, que mais do que não concordarem uns com os outros e renegar funções que lhes seriam próprias, há demonstrações de inexistência de diálogo ou integração dentro da UBS.

Diante dos pontos abordados no estudo, foi solicitado dos profissionais que estes pudessem dar sugestões para que o trabalho possa permanecer em constante processo de transformação, e assim os problemas e déficits possam ser amenizados para que a prestação de serviços de saúde com qualidade saia das leis e diretrizes e passem a fazer parte do cotidiano dessas instituições. Foram assim obtidos os dados expressos na figura que segue.

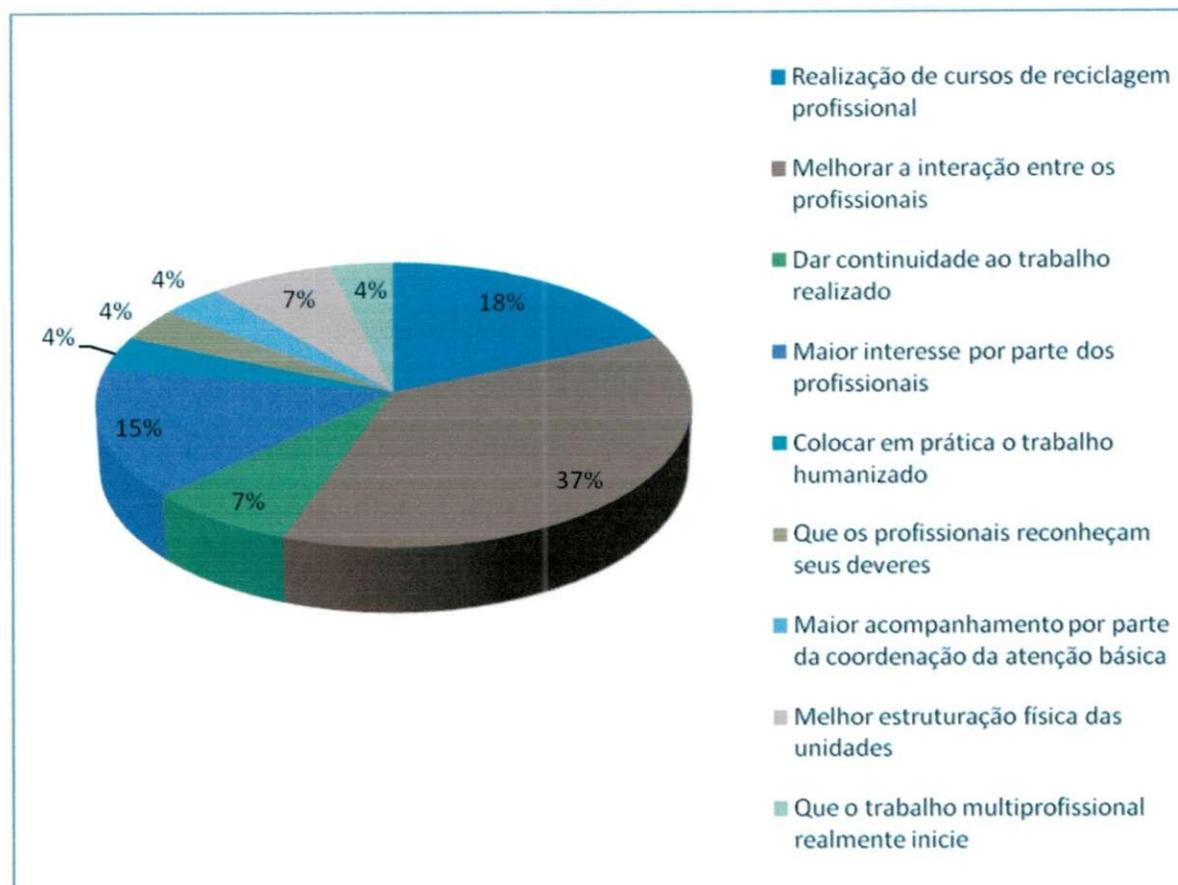


Figura 10 – Sugestões para que o trabalho multiprofissional continue em constante transformação.

A figura 10 traz como sugestão mais citada, com 37% das opiniões, a melhoria na interação entre os profissionais, seguida pela realização de cursos de reciclagem profissional com 18%, pelo maior interesse por parte dos profissionais com 15%, a melhoria na estruturação física das unidades e a continuidade do trabalho com 7% cada, e colocar em prática o trabalho humanizado, que os profissionais reconheçam seus deveres, o maior acompanhamento por parte da Coordenação da Atenção Básica e que o trabalho multiprofissional realmente inicie com 4% cada um.

De acordo com Jardim; Sousa; Monego (1996), a constituição de uma verdadeira equipe multiprofissional, integrada, coesa tem condições de exercer uma atividade bastante profícua em prol dos pacientes. Este tipo de estrutura pode ser utilizado para vários tipos de atendimento e, indubitavelmente, traz grandes benefícios à comunidade onde está inserido. Para os profissionais que nela atuam há grande satisfação pessoal, sensação do dever cumprido e estímulo a uma atuação cada vez mais abrangente. Em qualquer serviço de saúde, pode ser criada

uma equipe multiprofissional, o número de componentes pouco importa, o tipo de profissional de saúde é secundário, o que determina seu bom funcionamento é a filosofia de trabalho, união na mesma direção. Qualquer unidade de saúde que tenha a intenção de alcançar metas mais arrojadas deverá investir na formação de equipe multiprofissional. Este grupo propiciará atendimento a maior número de pessoas, desafogará o serviço como um todo, dará um atendimento de melhor qualidade e, em particular, permitirá ao médico a atenção maior aos pacientes que necessitem de cuidados específicos.

Assim, para uma nova estratégia é demandado um novo profissional, deste modo, se a formação destes profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo “chamamento” do setor (ROSA; LABATE, 2005).

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação profissional em âmbito multiprofissional, no sentido do trabalho interdisciplinar e interprofissional, é observada como um “nó” na vivência em saúde da família. Neste sentido, o presente trabalho objetivou investigar o atendimento multiprofissional no âmbito da ESF mediante a percepção dos próprios profissionais atuantes, buscando ainda identificar as ações realizadas e listar ainda as principais dificuldades encontradas pela equipe.

Tem-se, portanto, que o trabalho foi bem mais além dos objetivos inicialmente propostos, possibilitando além de uma análise destes, a observação da relação interprofissional, a concepção dos profissionais acerca da temática em foco, e opiniões sobre pontos que priorizem a contínua transformação deste trabalho.

Observou-se que todos os profissionais têm plena consciência do que é o trabalho multiprofissional, aplicando conceitos concernentes a bibliografia consultada. O mesmo ocorreu com as características necessárias para que este trabalho fosse efetivado, onde os profissionais citaram coerentemente, cooperação, respeito, disponibilidade, companheirismo, diálogo, integração, compromisso, humildade, consciência de direitos e deveres, e amor pela profissão, onde todos constituem em premissas básicas para a realização deste tipo de trabalho.

Já com relação à prática profissional em atividades multiprofissionais observou-se um grande déficit na realização destas, bem como uma discrepância com relação às atividades consideradas multiprofissionais, onde alguns citaram o atendimento médico como uma delas, bem como o mínimo de considerações acerca dos grupos de discussão, estes que constituem o arcabouço para a realização de atividades interdisciplinares.

Mesmo diante dos dados, os profissionais avaliaram a atividade multiprofissional de forma positiva, entretanto quando questionados acerca de facilidades e dificuldades que envolviam o processo, foram apresentadas grandes e inúmeras dificuldades que encobrem claramente as facilidades apresentadas por estes, especialmente no que tange a falta de tempo para a realização de tais atividades.

O problema da falta de tempo dos profissionais poderia ser resolucionado mediante o estabelecimento de mais unidades e equipes de saúde da família, ou mesmo uma melhor estruturação das já existentes e que já encontram-se em funcionamento, especialmente no que se refere recursos humanos.

Uma reestruturação dos recursos humanos é primordial para efetivação do trabalho em âmbito multiprofissional, e aqui como base podemos citar o fato de alguns profissionais, por falta de materiais ausentam-se das Unidades de Saúde, tempo que poderia ser usado para desenvolver planejamentos estratégicos para o desenvolvimento de ações junto à comunidade.

Este fato remete não só a uma tomada de atitude por parte da administração em atenção básica na esfera municipal, mas primordialmente a conscientização profissional de cada um desses sujeitos, que poderia ser realizada ainda na academia, na formação acadêmica, como base para a realização de um trabalho bem feito.

Além da formação acadêmica a educação em saúde por meio de cursos de aperfeiçoamento profissional é essencial, assim, ao reafirmar os conceitos e implementações de ações na atenção básica, os profissionais podem se empenhar para adequar suas atividades ao objetivo e meta do programa.

Aproveitando o ensejo na realização da pesquisa, buscou-se ainda compreender a relação profissional entre os pares para com a mesma categoria, onde foi observada, de modo geral, uma boa relação, mas que, entretanto, quando analisado de forma específica observa-se que a classe profissional dos enfermeiros é a que apresenta um maior número de pontos negativos para com as relações interprofissionais.

Esta relação entre enfermeiros, mostrada de modo geral como conflituosa pode decorrer tanto da competitividade do mercado de trabalho como a própria consciência efetivada durante a formação, enfatizando ainda mais a necessidade de reestruturação do ensino em enfermagem, para que o profissional possa adentrar no mercado de trabalho de forma confiante e consciente de suas potencialidades.

E, para finalizar o estudo, os sujeitos foram incitados a descrever sugestões para o trabalho multiprofissional continuasse em constante transformação, e o interessante foi observar que a maioria dos sujeitos relatou uma maior interação entre os profissionais, e o mais relevante foi ver citado que o trabalho realmente pudesse ser iniciado.

Deste modo, com a análise da pesquisa, é possível constatar que existem problemas concernentes a condição profissional que interferem na realização de um trabalho multiprofissional, como é o caso do déficit de materiais e da sobrecarga de trabalho dos profissionais, entretanto, o que se observou claramente é que, depende

muito dos próprios sujeitos ativos do processo a mudança para que o trabalho em âmbito da ESF seja realmente efetivado, mediante as premissas instituídas, tomando o trabalho multiprofissional como base.

Assim, para que seja realmente possível um trabalho interprofissional de qualidade deve-se partir de uma mudança de consciência dos profissionais, esta que deve ser imposta ainda na academia, na formação profissional, e continuada nos cursos de especialização e formação profissional, devendo ainda ser reafirmada por cursos de aperfeiçoamento, tão necessários para atualização de conhecimentos e instituição de novos conceitos.

Deste modo, é a relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio, que entende o trabalho dos distintos agentes – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e agente comunitário de saúde - na Saúde da Família. Articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possa ser construída a ideia de equipe integrada. Integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania.



REFERÊNCIAS

BRASIL, M. S.; Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Sistema de informação da atenção básica**. 2010. Disponível em <http://www.siab.gov.br>.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), vol. 4, n. 27, p. 548-56, dez. 2006.

COHN, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

ESCOREL, S. Et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica** 21(2), 2007.

FERREIRA, M.L.S.M.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.62, n.1, p.113-8, jan.-fev., 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis, 2007.

FORTUNA, C.M. Et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev.**

Latino-am. Enfermagem, v.13, p.262-8, março-abril, 2005.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar.-abr.,2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em <http://www.ibge.br>. Acesso de novembro de 2010.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p. 232-238, abr./set. 1996.

LOCH-NECKEL, G., et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, set./out., 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, D.; SILVA, E.M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, Oct. 2004 .

MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F.; SANTANA, P. **Dez anos do PSF em Camaragibe**: eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

MINAYO, M.C.S. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. Brasília, vol.9, p. 239-62, 1993.

OHARA, E.C.C. Et al. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, vol.40, n.4. São Paulo, ago., 2006.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008.

PAGANO, M.; GAUVREAR, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

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

RIBEIRO, A.F.; et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discursos dos profissionais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, n.1.,

jan./fev., 2008.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, p.1027-34, novembro-dezembro, 2005.

SCHERER, M. D. A et al. Rupturas y resoluciones en el modelo de atención a la salud: reflexiones sobre la estrategia salud de la familia con base en las categorías kuhnianas, **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHERER, M.D.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da Família na percepção dos profissionais de saúde. **Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, set./out., 2009.

VERAS, C.L.S.M.; VIANNA, R.P.T. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de característica da organização da atenção básica – 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol.18, n.2, p.133-140, abr-jun 2009.

VICENZI, R.B.; GIRARDI, M.W.; LUCAS, A.C.S. Liderança em saúde da família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. **Saúde e transformação social**. Florianópolis, v.1, n.1, p.82-87, 2010.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE

Pesquisador responsável: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Pesquisador participante: Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente na _____, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de investigar o atendimento multiprofissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família mediante a percepção de enfermeiros como sujeitos ativos do processo, bem como identificar as ações realizadas em âmbito multiprofissional; analisar como se configura a relação de trabalho entre os profissionais das equipes de saúde; e listar as principais dificuldades encontradas para a realização de uma ação multiprofissional. Para desenvolvê-lo será necessária a aplicação de um questionário semi-estruturado, ao qual deverei responder, caso concorde, após receber os devidos esclarecimentos da pesquisa, pois assim estarei possibilitando o desenvolvimento de uma pesquisa quantitativa, exploratória e de campo.

Com base neste estudo será possível compreender como é realizada a atenção de forma multiprofissional, identificando os entraves que porventura possam dificultar este trabalho, contribuindo, desta forma para que profissionais e gestores possam, ao reconhecer tais dificuldades, buscar meios eficazes para superá-las. Vale salientar que o presente trabalho torna-se ainda importante para que estudantes da área possam conhecer a realidade que não é vista na teoria e assim adentrarem ao campo da prática carregados de ideais e objetivos que venha a suprimir os possíveis entraves relativos à prática multiprofissional. Já o meio científico pode ser beneficiado ao ponto que o estudo pode ser realizado em outras Unidades de Saúde, proporcionando assim uma análise conjunta de dados.

Estou ciente que, se eu concordar em participar da pesquisa, deverei responder o questionário na presença da pesquisadora com respostas de próprio punho, nas dependências da unidade de saúde da família que trabalho, e que caso haja impedimento no momento, ela virá em outro, pois não deverei em nenhuma hipótese levar o instrumento para casa. Além disso, me foi informado que não terei minha identidade divulgada, sendo assegurado o meu anonimato, pois minhas respostas serão agrupadas a outras para fundamentar a pesquisa. Fui informado também, que esta pesquisa não me trará nenhum risco ou malefício, e que os dados só serão utilizados e divulgados em prol da ciência sustentando o anonimato dos participantes.

Após ler este documento, receber explicações sobre a pesquisa, e tirar todas as dúvidas, ainda me foi assegurado o direito de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Fui informado ainda que caso deseje, posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras (PB), telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, ou ainda junto ao pesquisador responsável a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, endereço Rua Titico Gomes, 23 - Patos - PB, telefone (83) 88609974/99221129/34211365, e-mail: merydantas@ig.com.br; ou a pesquisadora participante Symara Abrantes de Oliveira, telefone (83) 8811-3195, endereço Rua José Ferreira Pires, 60 - São José - Cajazeiras - PB, e-mail: symara_abrantes@hotmail.com.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto, confirmando-o com minha assinatura..

Cajazeiras - PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura do pesquisador responsável

QUESTIONÁRIO

A. Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: () masculino () feminino

B. Dados de formação profissional

Ano de formatura: ____ / ____ / ____ Profissão: _____

Unidade de Saúde que atua: _____

Tempo de atuação em Saúde da Família : _____

Participou de cursos de especialização? Quais? _____

Participou de cursos referentes à estratégia saúde da família? _____

C. Dados específicos

Na sua concepção o que é trabalho multiprofissional?

Quais as características necessárias para que se efetive o trabalho multiprofissional?

Quais ações vocês, quanto equipe, estão realizando com características de trabalho multiprofissional?

Como você avalia o trabalho multiprofissional da sua equipe?

() ótimo () bom () regular () insuficiente

Quais as facilidades e dificuldades você tem percebido para a equipe executar o trabalho multiprofissional?

Como profissional da atenção básica como você avalia a relação entre os pares para com a sua categoria?

Que sugestões você daria para que este trabalho permaneça em constante processo de transformação?

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DAS CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Cajazeiras, Paraíba, 27 de setembro de 2010

Prezada Secretária,

Eu, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira, aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cajazeiras*, sob matrícula 50722101, orientada pela Enfermeira Mestre Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, venho solicitar por meio dessa autorização prévia, que nos permita ter as instituições abaixo listadas como campo de estudo.

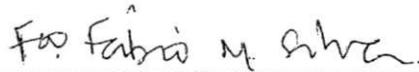
- Unidade de Saúde da Família Sol Nascente
Rua Raimundo Moesia Rolim, nº.58 – Bairro Sol Nascente
- Unidade de Saúde da Família Simão de Oliveira
Av. Juvêncio Carneiro, nº. 388 – Centro
- Unidade de Saúde da Família São José
Rua José Américo de Almeida, nº.1.526 – Bairro São José
- Unidade de Saúde da Família do Mutirão
Rua José Neco de Sousa, nº.1 – Bairro Mutirão
- Unidade de Saúde da Família Maria José de Jesus
Rua Dr. Coelho, nº.245 – Bairro Santo Antônio
- Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim
Rua Est José Alberto Rodrigues, nº.01 – Bairro Vila Nova
- Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto
Rua Luis Paulo Silva, nº.285 – Bairro Capoeiras
- Unidade de Saúde da Família Dr. Vital Rolim
Praça Padre Cícero, nº.1 – Bairro Esperança
- Unidade de Saúde da Família José Jurema
Rua Antonio Felix Rolim, nº.12 – Bairro Remédios

- Unidade de Saúde da Família Dr. José Jurema
Rua Antonio Luiz Rolim, s/n – Bairro Remédios
- Unidade de Saúde da Família Cristo Rei
Morro do Cristo Rei, s/n
- Unidade de Saúde da Família Amélio Estrela de Cartaxo
Rua Vitória Bezerra, 85 – Bairro São Francisco

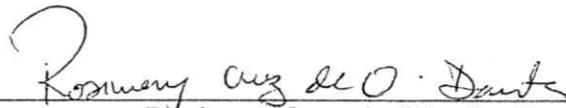
Sendo um trabalho de cunho científico intitulado **ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE**, pretendemos avaliar essa temática com os profissionais de saúde voluntários que desejarem compor esse trabalho, comprometendo-nos em zelar pelos princípios éticos estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde – Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos.

Certo da vossa compreensão agradecemos antecipadamente, ao tempo em que reiteramos os votos de estima e apreço.

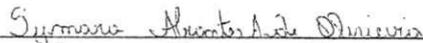
Atenciosamente,



Coordenador do Curso de Enfermagem



Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Orientadora



Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira
Orientanda



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Atendimento multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: Percepção da equipe**, protocolo 601102010 da pesquisadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, foi aprovado, em reunião realizada no dia 11/11/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 11 de novembro de 2010.

Joselito Santos
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa