

# **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**

**Simone Rennó Junqueira**

**MÓDULO POLÍTICO GESTOR**



ESPECIALIZAÇÃO EM  
**SAÚDE**  
 da FAMÍLIA

## Sumário

Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe .....	93
Para entender nossa prática.....	97
Nossa origem.....	97
Processo de ensino.....	97
Processo de trabalho em saúde.....	98
O saber do trabalhador da saúde.....	98
Características específicas do processo de trabalho .....	99
O papel de cada membro da equipe.....	106
Agente Comunitário de Saúde (ACS) .....	106
Auxiliar e Técnico de Enfermagem.....	107
Enfermeiro .....	107
Médico.....	108
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) .....	109
Técnico de Saúde Bucal (TSB).....	110
Cirurgião-Dentista .....	110
O fazer do trabalhador da saúde .....	112
O ser trabalhador da saúde .....	115
Elementos para melhoria do trabalho da equipe .....	116
Interação com outros profissionais.....	117
Apoio matricial e equipes de referência.....	117
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	118
Considerações finais .....	119
Referências .....	120



# Para entender nossa prática

## Nossa origem

Para que possamos construir a reflexão acerca de nossas práticas, é necessário reconhecer a influência histórica exercida sobre nossa formação: desde o paternalismo hipocrático; em seguida o desenvolvimento da ciência pelo método cartesiano (fragmentação do saber, com a divisão do todo em partes), o que gerou a superespecialização do saber; depois a descoberta dos micro-organismos, com a conseqüente ênfase no estudo da doença (a racionalidade médica moderna); e, por fim, os avanços tecnológicos (diagnóstico/terapia/medicamentos).

Essa rápida trajetória nos ajuda a entender o porquê de nossas condutas assistenciais. Entretanto, observamos hoje uma tendência ao retorno de uma **medicina holística** (influência do meio) e do **médico da família**, cujo foco da atuação se dá no cuidado, na escuta qualificada, no vínculo pessoal entre equipe e comunidade, na corresponsabilidade do processo saúde-doença, com o propósito de estimular a população ao autocuidado e a atender às suas demandas dentro das possibilidades que o sistema oferece.

## Processo de ensino

Com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que assegura ao Ensino Superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos, o currículo mínimo de cada curso foi substituído por um novo instrumento: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). As DCN têm, como linhas gerais, o estabelecimento do perfil profissional para cada área, o conjunto de competências e o rol de conteúdos que deverão ser ministrados.

Em comum, espera-se, segundo as diretrizes, que os profissionais da saúde possuam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar, com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Independente do processo de formação pelo qual cada um passou, não é necessário esperar que o profissional de saúde aprenda a atuar na ESF apenas se nela ingressar. Entretanto, a maior escola certamente é o campo.

### Dicas

Acesse [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=3](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=3) para conhecer as diretrizes.

## Processo de trabalho em saúde

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde elaboraram um documento que subsidia a discussão acerca das competências profissionais para egressos de cursos de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS.

Segundo este documento, essa formação traz consigo algumas peculiaridades, como:

- a grande amplitude do campo de trabalho;
- a heterogeneidade das práticas locais;
- a ruptura paradigmática da estratégia;
- incipiente estrutura acadêmica para o ensino e a pesquisa em atenção básica em nosso país.

Mais do que estabelecer competências, o grande desafio é o de torná-las condutas de rotina. O conceito de competência envolve três dimensões: o **conhecimento**, a **habilidade** e a **atitude**. Entende-se, portanto, que as competências não estão desarticuladas do desempenho esperado e que este implica o agir.

Mas, para facilitar a compreensão dos papéis a serem desempenhados pela equipe de saúde, abordaremos inicialmente as competências propriamente ditas, conforme estabelecidas na Portaria nº 648/GM de 28/03/06, seguidas por reflexões acerca do fazer e do ser um profissional da saúde.

### O saber do trabalhador da saúde

Como vimos, as competências estão estabelecidas na Portaria nº 648/GM de 28/03/06, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em seu capítulo II, aponta as características do processo de trabalho da ESF. Além das características especificadas no capítulo I, relacionadas ao processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (unidades de saúde tradicionais, em que não necessariamente tenham sido incorporadas equipes de Saúde da Família), são *características específicas do processo de trabalho* da Estratégia Saúde da Família:

- I - Manter atualizado o **cadastro** das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as

características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

- II - **Definição precisa do território** de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo **critérios de Risco** à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - Prática do **cuidado familiar ampliado**, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - **Trabalho interdisciplinar e em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI - Promoção e desenvolvimento de **ações intersetoriais**, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a **criação de vínculos de confiança** com ética, compromisso e respeito;
- VIII - Promoção e estímulo à **participação da comunidade** no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- IX - Acompanhamento e **avaliação** sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Todas as categorias profissionais integrantes da ESF participam deste processo, cada qual com sua atribuição específica, mas é importante frisar que a construção deste processo só ocorre mediante a participação de toda a equipe nas reuniões semanais, para a organização e discussão do próprio processo.

Cada tópico destacado nos ajuda a refletir sobre nossa atuação dentro da rotina da unidade de saúde, sua forma de aplicação, limitações e aspectos a serem aprimorados. A seguir vamos vê-los mais de perto!

## Características específicas do processo de trabalho

O **cadastro**, praticamente delegado exclusivamente ao agente comunitário da saúde (ACS) e realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas, é que ajudará na **definição precisa do território**. Identificar, além dos dados da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os espaços sociais frequentados pelos moradores (escolas, bares, igrejas), ou que funcionem como rede de suporte (associações), auxiliam na compreensão da dinâmica

## GLOSSÁRIO

## PADRÕES DE PREVISIBILIDADE:

1. Sair de casa;
2. Compromisso com o seu parceiro;
3. Aprender a viver junto;
4. Chegada do primeiro filho;
5. Vivendo com pré-escolares;
6. Vivendo com adolescentes;
7. Saída dos filhos;
8. Velhice.

sociocultural da população e aumentam as chances de que **ações intersetoriais** possam reverter em benefícios.

A prática do **cuidado familiar ampliado** tem sido estimulada e estudada por pesquisadores da área no intuito de instrumentalizar os profissionais para que reconheçam, na estrutura familiar, a oportunidade de intervir no processo saúde-doença. Ferramentas como o ciclo de vida familiar, que parte do princípio de que, assim como o indivíduo, os sistemas familiares têm sua própria história e passam por *padrões de previsibilidade*, auxiliam os profissionais a identificar em que estágio de desenvolvimento a família se encontra para estabelecer o plano de cuidado para cada caso familiar.

Dentro desse plano de cuidado, estão previstas as doenças que podem ocorrer com maior frequência em cada uma das etapas do desenvolvimento familiar, somadas aos **critérios de risco** ambientais, biológicos e comportamentais.

Na prática, estamos mais acostumados a organizar nossas atividades em função do ciclo de vida do indivíduo, com consequentes ações destinadas à prevenção e ao controle de doenças que acometem os bebês, as crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos. Só a partir do **trabalho interdisciplinar e em equipe**, com a discussão do “caso da família”, é que aprendemos a pensar que um problema que acomete um membro da família pode interferir na dinâmica de vida de todos os outros membros.

Outro aspecto importante a ser lembrado para que se possam estabelecer laços fortes com alguém é a **criação de vínculos de confiança**. Em sentido etimológico, *con-fiança* significa *ter fé junto com alguém*, ou seja, acreditar junto com alguém em alguma coisa. Nas práticas assistenciais, a **confiança** é essencial. O paciente confia no profissional, que ele poderá contribuir ou oferecer um serviço do qual precisa de maneira adequada. Para ele, o profissional é quem poderá ajudá-lo a recuperar ou a manter sua saúde. Entretanto, algumas vezes, o profissional não é capaz de resolver o problema do paciente, e isso não é incomum. Desse modo, é necessário que o profissional esteja preparado para solicitar ajuda a outro colega (se for o caso, pelo apoio matricial), ou para esclarecer ao paciente que aquele problema não pode ser solucionado naquela instância (da Atenção Básica), e então providenciar a referência (por exemplo, ambulatórios médicos de especialidades e centro de especialidade odontológica). O importante é mostrar-se solidário ao problema e não se esquecer da responsabilidade da Equipe de Saúde da Família no tocante à saúde da população de seu território.

Sobre a **Confiança**, para refletir:

“Não é fácil ser paciente! A pessoa se sente exposta, agredida fisicamente e emocionalmente não só pela doença, como também pelo profissional de saúde, que apalpa, aperta, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas. A pessoa doente sente inquietações, angústias, medos, frustrações, inseguranças, inferioridades, incapacidades, raivas ou outras emoções. Onde irá despejar ou colocar essas sensações?” (GAUDERER, 1991).

Toda vez que ocorre quebra de confiança, rompe-se o relacionamento profissional-paciente, e o paciente, insatisfeito, fica refratário a qualquer ação da equipe de saúde. Para o estabelecimento do vínculo e aderência, devemos nos lembrar que a pessoa é única. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm *suas* características, *seus* anseios, *suas* necessidades, e esse patrimônio, essa identidade merece ser respeitada; a “pessoa humana” é provida de uma **dignidade**, ou seja, a pessoa tem valor pelo simples fato de ser pessoa.

#### Sobre a **Dignidade**, para refletir:

Vamos supor que você tenha que atender em seu consultório um parente ou amigo de quem gosta muito. Como você se sentiria?

É provável que você sinta dificuldade em atender essa pessoa não somente pelo envolvimento psicológico, mas também porque você deseja que ela receba o melhor tratamento possível. Assim, poderá acontecer de você se recusar a atender essa pessoa, por achar que outro profissional estaria mais preparado para tal. Isso acontece porque você reconhece o valor, a dignidade daquela pessoa. Você sabe que aquela pessoa merece o melhor tratamento. É esse valor, essa dignidade, que devemos reconhecer em todas as pessoas, estendendo a todos os pacientes o melhor tratamento que pudermos oferecer.

Uma vez estabelecidos os parâmetros para o bom relacionamento entre as pessoas (embora isso não garanta sua ocorrência!), a consequência gera o vínculo tão desejado para a ESF.

A preocupação com a criação do vínculo (muitas vezes expressa na forma de “humanização” da assistência) suscitou inclusive a criação, em 2003, da Política Nacional de Humanização (PNH – HumanizaSUS).

A insatisfação acaba também por distanciar a pessoa de sua responsabilidade sobre os problemas vivenciados na comunidade. Por outro lado, uma comunidade bem organizada tem maiores condições de lutar por seus direitos para a melhoria das condições de vida, e cabe à Equipe de Saúde da Família dar suporte (e espaço) para que as pessoas aprendam a lidar com seus problemas e busquem soluções para eles. Estimular o controle social por meio da **participação da comunidade** nos Conselhos Gestor e Municipal é um desafio que se coloca para toda a equipe. Não raro, a pessoa ingressa por interesses próprios, mas, à medida que percebe que esses interesses são comuns a outras pessoas, e que, portanto, ela passa a representar um grupo, sua participação se torna mais efetiva.

Quanto ao último aspecto destacado – a **avaliação** –, não temos a pretensão de discutir os indicadores de avaliação do sistema de saúde estudados no planejamento em saúde, mas gostaríamos de apontar que o grau de satisfação do usuário do SUS é o melhor parâmetro que se tem para a **avaliação** do bom funcionamento da ESF.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2003, a satisfação dos usuários com o atendimento público odontológico recebido permaneceu alta, com 92,6% considerando o cuidado recebido como muito bom ou bom.

#### Dicas

Para saber mais sobre a política de humanização (PNH – HumanizaSUS), acesse [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

## POSTOS DE SAÚDE - INDICADORES DE SATISFAÇÃO

ÁREAS E ATRIBUTOS	1º Piloto - Dezembro/ 04			2º Piloto - Março/ 05		
	MÉDIA (1 a 7)	+ Satisfeitos (%)	+ Insatisfeitos (%)	MÉDIA (1 a 10)	+ Satisfeitos (%)	+ Insatisfeitos (%)
SATISFAÇÃO GERAL INICIAL	4,8	18	18	8,4	53	6
<b>RECEPÇÃO</b>						
GERAL	4,9	16	7	8,2	51	10
POSTURA	5,0	21	12	8,2	52	10
COMPETÊNCIA	5,0	19	12	8,2	53	9
INFRA-ESTRUTURA	5,0	19	12	8,3	52	8
TEMPO	4,8	15	19	7,9	50	13
<b>MÉDICOS</b>						
GERAL	5,3	37	5	9,0	69	4
POSTURA	5,3	37	7	9,1	69	3
COMPETÊNCIA	5,3	34	7	9,2	71	3
INFRA-ESTRUTURA	5,2	27	6	9,2	70	1
TEMPO	4,6	14	26	8,0	46	6
<b>Outros funcionários</b>						
GERAL	4,2	20	10	8,6	55	7
POSTURA	5,1	25	9	8,6	56	6
COMPETÊNCIA	5,0	24	12	8,6	57	6
INFRA-ESTRUTURA	5,1	29	11	8,4	56	8
TEMPO	4,9	18	14	8,3	52	8
SATISFAÇÃO GERAL FINAL	5,1	26	13	8,7	52	4

Avaliação: Pesquisa de Satisfação de Serviços Públicos (Silvia Cervellini), com usuários de postos de saúde de uma capital.

O corpo da Portaria nº 648/GM traz as características específicas do processo de trabalho da Saúde da Família, enquanto o Anexo I define as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde.

São listadas, no Anexo I da Portaria, inicialmente as *atribuições comuns* a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família:

- I - Participar do processo de *territorialização* e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a *riscos*, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no **domicílio e nos demais espaços comunitários** (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de **ações de promoção da saúde, prevenção de agravos** e curativas; e da garantia de atendimento da **demanda espontânea**, da realização das **ações programáticas** e de vigilância à saúde;
- V - Realizar **busca ativa** e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

- VI - Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do *vínculo*;
- VII - **Responsabilizar-se pela população adscrita**, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - **Participar das atividades de planejamento** e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - Promover a mobilização e a *participação da comunidade*, buscando efetivar o *controle social*;
- X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar *ações intersetoriais* com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
- XI - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - Participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Como você pode perceber, algumas atribuições coincidem com características do próprio processo de trabalho e, portanto, parecem se repetir (identificadas em *itálico*).

Por outro lado, surgem outros conceitos importantes (identificados em **negrito**), inerentes à ESF, como o uso do **domicílio e de outros espaços comunitários** para a realização de ações em saúde e a **busca ativa** que, na prática, parecem se contrapor à garantia de atendimento da **demand espontânea**. A população, acostumada a **consumir saúde**, não identifica outros espaços, e às vezes até outros profissionais (que não o médico) como capazes de **produzir saúde**.

Junges et al. (2009) apontaram, em estudo qualitativo sobre o processo de trabalho em Saúde da Família, que os usuários são responsáveis por dois atravessamentos: a demanda espontânea (representada, segundo a perspectiva de um profissional, como imaginário social criado pela biomedicina, e não demanda reprimida); e a dependência em relação aos integrantes da equipe, principalmente ao médico, alimentada pelo vínculo.

As relações conflituosas com os usuários também foram apontadas como fatores limitadores nos processos de trabalho (GUEDES et al., 2009), mas não podemos nos esquecer da nossa **responsabilidade pela população adscrita**. Essa responsabilidade também esbarra em outro aspecto valorizado pela ESF, que é a autonomia do sujeito. Uma vez autônomos para decidir sobre suas condutas, os profissionais da saúde sentem-se frustrados por não conseguir aderência dos sujeitos, principalmente em relação às **ações programáticas de promoção da saúde** e à **prevenção de agravos**.

Para melhorar isso, é preciso ouvir o paciente, reconhecer suas expectativas em relação ao atendimento, informá-lo a respeito de sua saúde e das possibilidades de tratamento; enfim, deve-se incorporar as pessoas nos processos de decisão sobre sua saúde.

A decisão conjunta é o objetivo de um grupo com múltiplas competências. A desejada horizontalidade, para a produção coletiva da Saúde da Família, acontece de maneira mais homogênea

se houver **participação nas atividades de planejamento**. Evidentemente esse fórum não está isento de opiniões divergentes, e cabe à gerência administrar eventuais conflitos. A falta de perfil para a atuação em Saúde da Família, o estresse do trabalho, a ausência de liderança (ou a disputa pela liderança), a alta rotatividade profissional, a falta de estabilidade/vínculo empregatício, baixos salários, entre outros, devem estar na pauta das reuniões para que a subjetividade dos próprios trabalhadores possa ser conversada, discutida e pactuada (cuidar do cuidador), a fim de tornar o trabalho da equipe mais integrado e resolutivo.

Portanto, o relacionamento deve ser pensado entre a equipe de saúde e a família, ou entre os próprios profissionais da equipe.

Pode-se dizer que existem três paradigmas nas relações assistenciais: o **técnico-científico**, que, na área da saúde e bem-estar, ocorre quando a doença se torna mais importante que o doente, quando os equipamentos técnicos (de tratamento, de diagnóstico) se interpõem entre o profissional e o paciente, dificultando (ou impedindo) que se estabeleça um relacionamento adequado entre o profissional e o paciente; o **financeiro**, que se refere à busca incessante pelo lucro, ou à busca em evitar prejuízos financeiros, como nos casos que envolvem processos judiciais; e o **humanitário**, que envolve um entendimento da importância do resgate das relações humanas.

É importante salientar que os profissionais devem buscar um equilíbrio entre esses paradigmas. Não é possível abandonar a técnica, pois dessa forma não seria possível oferecer o melhor tratamento para o paciente; também não seria justo trabalhar sem pensar na nossa remuneração.

Todos os profissionais da área da saúde estabelecem relações com outras pessoas, pacientes e equipe.

*Relação (re-lação) significa estabelecer laços com alguém, e esses laços devem ser fortes, sob o risco de se romperem se assim não o forem. Mas como estabelecer um laço forte com alguém, sobretudo com uma família, ou com os membros de uma equipe com a qual se trabalha?*

Em primeiro lugar, é preciso se lembrar do respeito pela pessoa humana. Afinal, se estamos falando em relação, estamos falando de pessoas, e essas pessoas (tanto os pacientes quanto o profissional e sua equipe) devem ter sua dignidade e todas as suas dimensões (física, psíquica, social e espiritual) respeitadas.

Partindo-se desse fundamento e tendo-se como objetivo estabelecer um laço forte com alguém, precisamos compreender o conceito de empatia. De acordo com o dicionário *Houaiss*, *empatia* é o “processo de identificação em que o indivíduo se coloca no lugar do outro e, com base em suas próprias suposições ou impressões, tenta compreender o comportamento do outro”.

Assim, se um profissional (de qualquer área) sempre se relaciona com alguém, é importante lembrar que é necessário que ele se coloque **no lugar do outro** para identificar como aquela pessoa gostaria que ele se comportasse. Colocando-se (o profissional) no lugar do paciente, como

gostaria que aquele que vai atendê-lo agisse? Entretanto, é preciso lembrar que as pessoas são diferentes, por isso nem sempre o que é bom para uma pessoa é bom para outra!



### SAIBA MAIS...

*Assista ao filme *Um golpe do destino*, da diretora Handa Haines (EUA, 1991). O personagem principal é um médico (Dr. MacKee) que, ao ficar doente e se tornar paciente, percebe que não é respeitado como gostaria (em todas as suas dimensões), assim como tem sua autonomia questionada em diversas cenas. Esse filme revela diversas dificuldades no relacionamento entre profissional e paciente. Entretanto, o médico precisou se tornar paciente para perceber esses erros (que ele mesmo cometia, como retratado no início do filme). Não precisamos ficar doentes para compreendermos melhor nossos pacientes, porém precisamos nos preparar (estudar e exercitar) para tornarmos o atendimento mais “humanizado”.*

O profissional deve estar preparado para uma mudança de atitude, que envolve perceber o outro, resgatando-se a subjetividade, e assim estabelecer com ele uma relação empática. Também deve compreender que outros fatores, além do biológico, fazem parte da totalidade do ser humano.

Evidentemente, saber o que é da competência de todos ajuda no entendimento entre a equipe de saúde, sem necessitar de cobranças da gerência para o envolvimento ou o cumprimento de determinada tarefa.

# O papel de cada membro da equipe

Veremos a seguir as atribuições específicas para cada categoria. O papel de cada membro da equipe deve ser de domínio de todos, diminuindo-se assim o risco de um esperar que o outro faça aquilo que não está ao seu alcance.

## Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Considerado o elo com a comunidade, não há dúvidas quanto às suas atribuições; entretanto, nem sempre é considerado “membro efetivo” da Equipe de Saúde da Família, por não participar das reuniões com demais profissionais (salvo com o enfermeiro), ou por não ter acesso ao prontuário e às informações (questiona-se a possibilidade de manutenção do sigilo) (JUNGES et al., 2009). Cabe ao ACS:

### Dicas

*Se você tiver interesse por essa discussão, leia um artigo sobre a percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações, relatadas ao ACS. Acesse: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/05.pdf>.*

- I - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

- VIII - Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

## Auxiliar e Técnico de Enfermagem

Este profissional da equipe acompanha as visitas domiciliares com maior frequência e, entre as atribuições listadas abaixo, é o principal responsável pelas ações educativas na unidade. É de sua competência:

- I - Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade de Saúde Familiar (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- II - Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- III - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

## Enfermeiro

Segundo o Anexo I da Portaria, compete ao enfermeiro:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

- V - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD); e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O documento que subsidia a discussão acerca das competências profissionais para egressos de cursos de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS traz explícito o papel do enfermeiro em assumir uma posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional, o que implica compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade em comunicação e na tomada de decisão. Não há nada que limite a participação de outra categoria nessa função, entretanto, provavelmente pela formação (voltada para o cuidado e com experiências práticas de trabalho em equipe multiprofissional), são os enfermeiros que, de fato, mais se aproximam das propostas da Estratégia Saúde da Família e, por isso, acabam assumindo a liderança.

## Médico

As competências inerentes à prática clínica não são simplificadas para que atendam aos pressupostos da atenção básica, mas devem se articular com a determinação social da saúde. São atribuições do médico, segundo o Anexo I da Portaria nº 648/GM:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- III - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

- VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A inserção da saúde bucal na ESF ocorreu de forma não organizada, ficando restrita a alguns municípios brasileiros até o ano 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde, com a Portaria no 1.444, de 28/12/2000, regulamentada pela Portaria no 267 de 06/03/2001, instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I – composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Modalidade II – composta por CD, Técnico de Saúde Bucal (TSB) e ASB (todos 40 horas semanais).

A Portaria no 673/03, do Ministério da Saúde, alterou a proporção de equipes de saúde bucal para 1:1, ou seja, para cada equipe de Saúde da Família poderá ser integrada a respectiva equipe de saúde bucal.

Com isso, houve grande estímulo de contratação de pessoal auxiliar nos municípios para a atuação em equipe de saúde bucal. Entretanto, pelo fato de a prática profissional do cirurgião-dentista ser historicamente isolada, nota-se que a primeira dificuldade para o entrosamento da equipe de saúde é o próprio desconhecimento da atuação em equipe. O trabalho a quatro mãos acaba por ser “aprendido” no serviço, e as competências são discutidas no âmbito do planejamento das equipes.

## Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

São atribuições do auxiliar:

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - Organizar a agenda clínica;
- VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

## Técnico de Saúde Bucal (TSB)

Cabe ao técnico de saúde bucal:

- I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV - Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

## Cirurgião-Dentista

São competências específicas do cirurgião-dentista, de acordo com o Anexo I da Portaria nº 648/GM:

- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e 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;
- IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Contribuir e participar das atividades de educação permanente do THD, do ACD e do ESF;

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e do ACD; e

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Nota-se que a integração com ações de saúde de forma multidisciplinar está colocada de forma sutil, mas, segundo o documento que subsidia a discussão acerca das competências profissionais para egressos de cursos de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, essa é a primeira competência destacada para essa categoria profissional, qual seja: trabalhar integrado com os profissionais da Equipe de Saúde da Família, entendendo a limitação das atividades específicas de cada profissão.

## O fazer do trabalhador da saúde

O fazer em saúde, fruto do saber e da habilidade, determina resultados específicos. A mudança efetiva que se pretende no modelo assistencial de nossas práticas, a partir da lógica da ESF, só se dará a partir de um contínuo repensar entre teorias, práticas e ações em saúde. As ações em saúde devem visar ao resgate das condições que a pessoa ou grupo social julgarem adequadas.

Na Atenção Básica, as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são aquelas consideradas leve (os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde) e leve-duro (os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e, independentemente do recorte profissional, todos os trabalhadores da área fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias (NOGUEIRA, 2009).

Outra habilidade, além da prática sanitária, é a de planejar ações. Durante os cursos de graduação em saúde há maior direcionamento para a prestação da assistência individual e para o seguimento de protocolos. É preciso criar espaços e oportunidades de discussão para o treinamento das habilidades de liderança, de articulação do trabalho em equipe, de comunicação e de intervenção nas necessidades de saúde além das práticas curativas (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Para a melhor articulação do trabalho em equipe, devemos pensar na **interdisciplinaridade**. Há certo consenso de que a superespecialização do saber distancia a prática do cuidado em saúde da realidade em que ela se aplica e de que, para Furtado (2010), a recomposição dos fragmentos do saber se faz necessária para superar as barreiras edificadas em torno das diferentes áreas do conhecimento.

Assim, muito já se falou em multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, mas cabe aqui a diferenciação entre esses termos. Admitindo-se dois polos, em um não temos nenhum contato entre as áreas do saber e, no outro, grande intercâmbio entre eles. Respectivamente, essa classificação indica graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos. Furtado (2010) propôs uma representação esquemática que bem ilustra essa diferenciação (Figura 1):

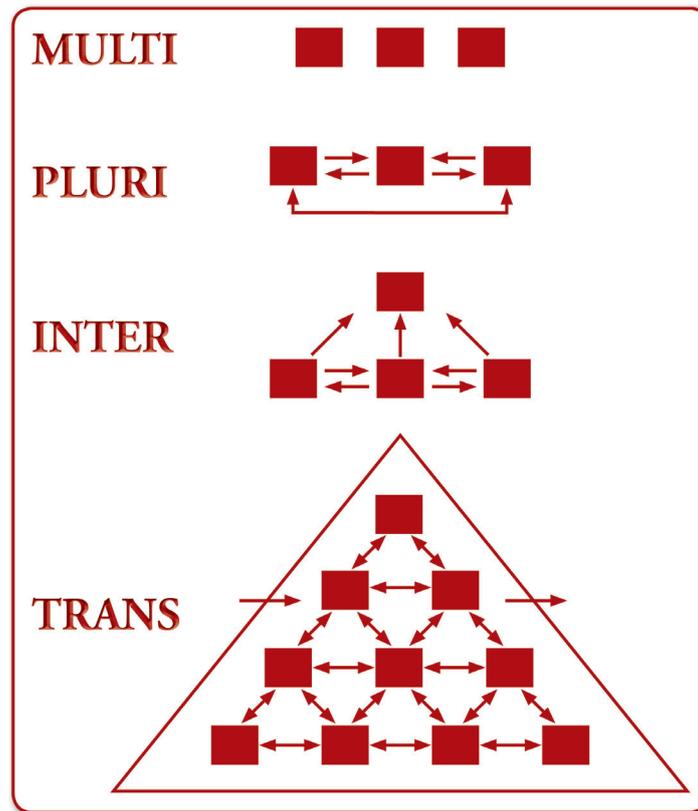


Figura 1: Fonte: FURTADO, 2010.

**Multidisciplinaridade:** diferentes áreas coexistem lado a lado, mas com baixa interação (por exemplo: inexistentes canais de troca entre profissionais que trabalham em um ambulatório de especialidade).

**Pluridisciplinaridade:** uma área do saber preenche eventuais lacunas da outra (por exemplo: reuniões de discussão de casos realizadas entre membros de categorias profissionais que trabalham em determinada enfermaria de um hospital).

**Interdisciplinaridade:** estabelecimento de canais de trocas entre os campos do saber em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente (por exemplo: convergência de psiquiatria, psicologia, psicanálise, sociologia e saúde coletiva operada pelas iniciativas da saúde mental).

**Transdisciplinaridade:** as interações entre o conhecimento se dariam sem as fronteiras disciplinares (por exemplo: quando um único texto ou discurso reflete a multidimensionalidade da realidade, essa pretensão de transcender torna a transdisciplinaridade indesejável do ponto de vista dos conselhos de classe).

A **intersectorialidade** também faz parte do processo de trabalho das equipes de tal modo que o profissional de SF deva ter habilidade em reconhecer e utilizar os recursos de outros setores da comunidade (trabalho em rede). Processos de trabalho que contemplem a determinação social da saúde e a intersectorialidade, com apoio ao fortalecimento da gestão local e controle social, conduziram à ampliação do acesso e do cuidado integral da saúde.



## SAIBA MAIS...

Veja a seguir resumos de dois artigos que tratam do tema **intersectorialidade**:

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], 2003, v. 8, n. 4, p. 963-971.

*Este artigo apresenta uma reflexão sobre o papel do setor saúde (do Sistema Único de Saúde) e sobre os desafios da prática de intersectorialidade na prevenção e na erradicação do trabalho de crianças e adolescentes, a partir da experiência do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador, junto ao Programa de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil do Estado da Bahia, de 1997 a 2001. Discute aspectos importantes como a invisibilidade do trabalho infantil para o setor saúde, as práticas fragmentadas de atenção e vigilância em saúde, a inserção e a adesão diferenciada dos setores no Programa, e a importância das organizações e representações da sociedade civil no processo de gestão e acompanhamento das políticas públicas. Conclui pela necessidade de construção do trabalho infantil como objeto da saúde coletiva e de qualificação das práticas de planejamento intersectorial que se constituam em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações.*

PAULA K. A.; PALHA P. F.; PROTTI S. T. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface (Botucatu)** [online], 2004, v. 8, n. 15, p. 331-348.

*O objetivo do trabalho foi apreender como os enfermeiros dos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto compreendem a intersectorialidade e buscam articulação com os equipamentos sociais na assistência à saúde da população de suas áreas adstritas. No percurso metodológico utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo como técnica de ordenação dos dados. Os resultados mostram que a intersectorialidade é um desafio a ser conquistado, pois os profissionais e setores ainda trabalham de forma fragmentada. Percebe-se, nos depoimentos, uma confusão conceitual sobre intersectorialidade, pois a tomam como responsabilidade individual a partir das demandas individualizadas dos usuários. Dessa forma, identificam a intersectorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entendem, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acreditam que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores.*

## O ser trabalhador da saúde

Não basta ter conhecimento técnico e habilidade se isso não resultar em atitudes coerentes com o que se espera de uma Equipe de Saúde da Família.

Para Machado (2004):

cada ser humano pode ser caracterizado por um amplo espectro de habilidades, de competências, associadas à ideia de uma inteligência individual, entendida como uma capacidade de ter vontades, de estabelecer metas, de criar, de sonhar e de ter projetos. Distintos indivíduos constituem-se com diferentes espectros, a serviço de diferentes projetos de vida. Em múltiplos sentidos, tais espectros são incomparáveis: é impossível estruturá-los em uma relação de ordem, estabelecendo relações de desigualdade. Em termos coletivos, a diversidade também é a regra e a norma é saber lidar com as diferenças. Daí a fundamental importância da ideia de tolerância para a sustentação dos regimes democráticos (MACHADO, 2004).

A ideia de tolerância, embora não se configure como uma competência, pode influenciar na postura do profissional e facilitar o relacionamento entre a Equipe de Saúde da Família. Ainda para o autor:

trata-se de respeitar o outro como diferente de mim, sem procurar dissolvê-lo em minhas análises, situá-lo em meu cenário, traduzi-lo em minha linguagem. Trata-se de valorizar suas perspectivas, de reconhecer a existência de cenários diferentes do meu, de colocar-me em disponibilidade para comunicar-me com ele, ainda que continuemos a falar línguas diferentes e a alimentar projetos diferentes. A tolerância exige, portanto, conhecimento, compreensão e reconhecimento do outro como outro, diferente de mim (MACHADO, 2004).

Para Merhy (2004), um modelo que se deseja pautar pela necessidade do usuário/família deve sair da lógica do **consumo em saúde**, desafiando os diversos atores a analisar a situação e protagonizar as ações que gerem novos sentidos para a produção dos atos de cuidar.

No Brasil, sobretudo na área da Enfermagem, muitos esforços têm sido feitos com o intuito de melhorar o atendimento das pessoas. Para isso, o acolhimento do paciente tem sido uma constante preocupação.

O acolhimento tem sido apontado como principal proposta para a mudança no modelo de organização da assistência e do processo de trabalho em saúde (MERHY, 2004).

Nesse contexto, *acolher* significa *dar atenção* ao doente em todas as suas dimensões (física, psicológica, social e espiritual), ouvi-lo, valorizar suas queixas, identificar suas necessidades, incluir a família no atendimento e tentar informar o paciente e a família sobre todas as possibilidades

de tratamento. Com o acolhimento, estabelecemos vínculo com o paciente e sua família, o que facilita a criação de uma relação humanizada. Ao acolher um paciente, a equipe de saúde manifesta sua responsabilidade perante ele e seu tratamento. Mas, para que o acolhimento possa acontecer, é preciso que a equipe de saúde também seja acolhida pela instituição onde trabalha: é preciso cuidar de quem cuida.

Atitudes éticas, que incentivem a participação do grupo social no planejamento das ações de saúde, também são esperadas dos profissionais. Como nós críticos na mobilização das atitudes, Lourenção e Benito (2010) apontaram o compartilhamento de conhecimento e informações e as diferenças de classes profissionais que interferem na interdisciplinaridade.

## Elementos para melhoria do trabalho da equipe

### Condições de trabalho

*Portaria nº 648/GM de 28/03/06: Capítulo I – Atenção Básica; 3 – Infraestrutura e Recursos necessários: Equipamentos e materiais adequados.*

Embora sejam respeitadas as condições de salubridade dos ambientes públicos de saúde, condições ideais de trabalho podem não ser a realidade de todos. Não raro os serviços são interrompidos por falta de água, de material de consumo ou de quebra de equipamentos. A deficiência na estrutura física dos serviços e a falta de recursos necessários para a realização do trabalho foram apontadas, entre outros, como problemas nos processos de trabalho de equipes de Saúde da Família em cidade do Estado do Rio de Janeiro (GUEDES et al., 2009). Quanto menores as intercorrências, melhores o ambiente de trabalho e as relações interpessoais.

Outros elementos que interferem no desenvolvimento do trabalho em equipe dizem respeito: ao agendamento e prontuário único; ao trabalho por ciclos de vida; ao uso de ferramentas Saúde da Família; e ao trabalho com grupos (principalmente quanto às ações coletivas de promoção e de educação em saúde).

A responsabilidade, já citada neste texto, não se limita à responsabilidade profissional, inerente a todo trabalhador da saúde. Outro aspecto a ser incluído nessa discussão é a confidencialidade das informações fornecidas. As informações que um paciente fornece para um profissional devem ser mantidas em sigilo. Na atuação das equipes de Saúde da Família, essa confidencialidade assume um papel peculiar, pois na intenção de melhorar o atendimento, toda a equipe deve estar ciente das condições de vida e saúde da família.

*Participar de uma equipe de Saúde da Família significa se responsabilizar por uma determinada população e acompanhá-la ao longo do tempo, por todo o seu percurso de vida. A Unidade de Saúde pode ser assim entendida como um espaço de construção da cidadania, conforme estabelecido nos princípios gerais da Portaria nº 648.*

# Interação com outros profissionais

## Apoio matricial e equipes de referência

No intuito de viabilizar o acesso à saúde integral e à qualificação dos cuidados, surge o conceito de **equipe de referência**, para que se possa aumentar a resolutividade na Atenção Básica e melhor articulá-la aos demais níveis de atenção à saúde.

Entende-se o **apoio matricial** como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e as Unidades de Saúde (US), numa tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde (GOMES et al., 2006).

Para Campos e Domitti (2007), o apoio matricial é uma metodologia complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação.

Ainda segundo os autores, “apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”.

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental (2003) e a Política Nacional de Humanização (2004) preconizaram o apoio matricial como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio de **responsabilidade compartilhada** entre a equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Na saúde bucal surgem, como equipes de referência, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), em que podem ser estabelecidas referências para endodontia, semiologia, pacientes especiais, periodontia e cirurgia oral menor.

Nem sempre esse processo de referência é efetivado a contento: seja pelo enfraquecimento da rede, o que gera uma espera demasiada; ou por uma tendência de a corporação médica hospitalar desconsiderar as práticas de atenção primária; ou ainda pela ausência da contrarreferência do paciente.

O fato é que se propõe a reorganização dos serviços por meio da integração entre as equipes de referência locais e os grupos de apoio especializado matricial, o que possibilitaria a construção de projetos terapêuticos compartilhados.

Vale destacar que o apoiador matricial busca personalizar os sistemas de referência ao facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio; diferente das Centrais de Regulação, as quais estão reservadas à função na urgência, no zelo pelas normas e protocolos acordados e na divulgação do apoio disponível.

## Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é importante a participação de outras categorias profissionais. Nesse sentido, em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Portaria GM nº 154, de 24/01/08, republicada em 04/03/08).

### Dicas

*Caso você tenha interesse, aproveite para consultar o documento do Ministério da Saúde: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp/psesp/bibliotel/informe\\_eletronico/2008/iels.mar.08/iels45/U\\_PT-MS-GM-154-REP\\_240108.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftp/psesp/bibliotel/informe_eletronico/2008/iels.mar.08/iels45/U_PT-MS-GM-154-REP_240108.pdf).*

O próprio Ministério, na série publicada **Cadernos da Atenção Básica**, destinou um volume especial para o NASF, com a expectativa de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no país por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam.

Ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, são os objetivos da criação do NASF. Em razão das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas, perfil epidemiológico e **possibilidade política**, é constituída uma equipe de apoio, formada por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicológicos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, acupunturistas e homeopatas.

## Considerações finais

Posturas passivas, queixosas, descrentes na mudança ou na culpabilização do outro não ajudam no crescimento/satisfação profissional e dificultam o êxito do trabalho da equipe de saúde. Num processo de responsabilidade compartilhada, não podemos poupar cada segmento de análises de implicação, ou seja, da análise de sua responsabilidade sobre determinada situação (GUEDES et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família apresenta grande potencialidade de se tornar um sistema eficaz para o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde; um grande desafio é o de superar o processo de trabalho no qual foram estabelecidos nossos modelos de organizações sanitárias e, para isso, necessitamos exercitar as competências aqui apresentadas no âmbito de nossa prática.

## Referências

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2007.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo4.pdf>>. Acesso em 19 nov. 2010. Pré-publicação.

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

GOMES, V. G.; CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP**. Campinas, SP, 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, 2009, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010, v. 63, n. 1, p. 93-97, 2010.

MACHADO, N. J. Educação: seis valores para todos os projetos. In:\_\_\_\_\_. **Educação: projetos e valores**. 5 ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2004, p. 39-67.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.