

**CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA**

Juliana Bittencourt Marques<sup>a</sup>

Danielle de Paula Aprígio<sup>b</sup>

Hugo Leonardo Silveira de Mello<sup>b</sup>

Johnatas Dutra Silva<sup>b</sup>

Luciana Noronha Pinto<sup>b</sup>

Dionis de Castro Dutra Machado<sup>c</sup>

Victor Hugo do Vale Bastos<sup>d</sup>

**Resumo**

**Introdução:** Ações de saúde realizadas em equipe promovem a formação de redes de relações e rompem visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva. **Objetivos:** Verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir dificuldades apresentadas por essa interação. **Material e Métodos:** Pesquisa bibliográfica em português utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs, cujos artigos relacionados compreendem o período entre 1997 e 2007. **Resultados:** A multidisciplinaridade mostrou-se benéfica, pois permite criar idéias que serão discutidas por diferentes visões, levando a crer que essa modalidade é útil para a atual condição de saúde no País. Contudo, essa inter-relação profissional é pouco alcançada. **Conclusão:** A multidisciplinaridade é capaz de gerar organização social e um desempenho profissional mais adequado. A inserção de novos profissionais nas equipes básicas ainda não é fundamentada pela literatura, o que demonstra carência de projetos neste âmbito.

**Palavras-chave:** Equipe de assistência ao paciente. Programa saúde da família. Atenção primária à saúde.

---

<sup>a</sup> Aluna do 9º período da Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.

**Endereço para correspondência:** Rua Manoel Batista -261/ Delícia – Areal/RJ. CEP: 25845-000 Telefones: (24)2257-1068/(24)9949-7812. E-mail: juju\_bitt@yahoo.com.br

<sup>b</sup> Aluna do 10º período da Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.

<sup>c</sup> Doutoranda em Saúde Mental IPUB/UFRJ - fisioterapeuta – professora mestre do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO.

<sup>d</sup> Doutorando em Saúde Mental IPUB/UFRJ - fisioterapeuta – professor mestre e coordenador do curso de Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Metodista do Rio de Janeiro – UNIBENET.

### Abstract

**Introduction:** Health actions carried out by teams promote the formation of relationship networks and eliminate individual perspectives, and also help establish respect, a bond between professionals and a solution's approach. **Objective:** To verify the contribution of the PSF multiprofessional team and to discuss the difficulties presented by this interaction. **Materials and Methods:** bibliographical research in Portuguese, using the Scielo and Lilacs databases, the related articles encompass 1997 to 2007 **Results:** Multidisciplinarity was proven to be beneficial, because it leads to the creation of ideas that will be discussed from different perspectives, leading us to believe the modality is useful for the current health situation in the country, however this professional interrelation is rarely achieved. **Conclusion:** Multidisciplinarity is capable of generating social organization and a more appropriate professional behavior. The insertion of new professionals in basic teams is still not founded on literature, which demonstrates a lack of projects in this area.

**Keywords:** Patient care team. Family health programs. Primary health care.

### INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Tem sido veiculado como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da Saúde. Esse processo tende a aprofundar o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes<sup>1-4</sup>.

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes, para que ocorra uma construção de consensos e configurações de projetos assistenciais comuns. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento<sup>2,5</sup>.

Sendo assim, a atuação multiprofissional consiste em uma reunião de profissionais que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de agentes e a integração do trabalho. Na área da Saúde, a integração do trabalho permite a articulação das ações e a

interação dos agentes e requer um compromisso ético e de respeito com cada formador da equipe e, em especial, com a clientela<sup>4-6</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido um desafio para os gestores de saúde, tendo sido criado na implementação do SUS e inserido como um dos itens da estratégia de revolução da atenção primária. O trabalho em equipe destaca-se no conjunto de características do PSF como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais completa<sup>2</sup>.

No que tange à relação entre o PSF e a equipe, estes, juntos, têm o objetivo de prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral e contínua com resolutividade e boa qualidade. Também cabe à equipe de profissionais promover a vigilância e a promoção da saúde, e responder às demandas da comunidade de forma contínua e racionalizada<sup>7</sup>.

O trabalho em equipe está intimamente relacionado ao PSF, porque este tipo de modalidade nesse setor é proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde, conforme já citado. A partir disto, surgiu o interesse da realização do presente estudo, cuja pesquisa objetiva verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir as dificuldades apresentadas pela interação de diferentes profissionais.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo trata-se de uma revisão realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (1997 a 2007). A busca bibliográfica foi feita em estudos indexados nas bases de dados internacionais - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), após consulta às terminologias em saúde, a serem utilizadas na base de descritores da biblioteca virtual em saúde (BVS), da Bireme (Decs) e da *Medical Subject Headings* (MESH), para o resumo em inglês. Os descritores (palavras-chave) utilizados foram: Equipe de Assistência ao Paciente, Programa Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, em português.

Os artigos selecionados eram nacionais, publicados no idioma português, no período anteriormente mencionado, referentes à equipe e ao PSF. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, no período entre 1997 e 2007, que continham algum dos descritores selecionados e disponíveis no Brasil. Dentre os critérios de exclusão, estavam: resumos de artigos, artigos não-disponíveis no Brasil e em outros idiomas.

Os artigos foram analisados e categorizados com vista à classificação e ao delineamento dos estudos. Como se trata de uma revisão, não houve a necessidade de submissão do presente estudo ao comitê de ética em pesquisa.

## BREVE ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

O PSF foi iniciado em 1994, quando o Ministério da Saúde (MS) anunciou a adoção deste programa como estratégia para reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Sua implantação significa substituir as antigas práticas, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença por novos princípios, com foco na promoção da saúde e na participação da comunidade. Assim, o PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o ponto central de atenção e não somente o indivíduo doente ou, ainda, a sua doença, introduzindo uma nova abordagem nos processos de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção<sup>1,7-12</sup>.

A implementação deste novo modelo no Sistema Único de Saúde (SUS) tem, cada vez mais, se mostrado indispensável e constituído um desafio para gestores, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como as possibilidades e os limites das intervenções. Então, é possível observar que a atual política de saúde do Brasil tenta mudar o modelo de atenção centrado no médico e no hospital para um modelo de assistência completa voltado para um homem integral membro de uma sociedade e de uma família<sup>1-2,13-14</sup>.

A proposta de trabalho em equipe multiprofissional no PSF foi instituída nessa mudança e é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes e, ainda, permite que ocorra a associação dessas informações com o saber popular dos agentes comunitários de saúde. A atuação das equipes acontece, principalmente, nas unidades básicas de saúde, residências e mobilização da comunidade. A equipe possui uma população delimitada sob sua responsabilidade e esta deve intervir sobre os fatores de risco que a comunidade está exposta. Presta assistência integral com qualidade e realiza atividades de educação e promoção da saúde seguindo um modelo humanizado<sup>1,7,9,12,15</sup>.

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes, fazendo-se obrigatório o funcionamento adequado da equipe multiprofissional, motivo por que sua composição vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Novas equipes vêm sendo criadas de forma a atender às novas exigências da realidade. Essas equipes devem saber identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, além de elaborar planos

para enfrentar determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias, assumindo uma responsabilidade no âmbito da atenção básica<sup>2,13,16</sup>.

O trabalho de equipe em saúde traz diversos benefícios, dentre eles, é possível formar uma rede de relações entre as pessoas, o que rompe a visão dominante e individualista das especialidades, permitindo manter uma troca de saberes, afetos e vontades, que irá resultar em uma união de diferentes idéias e trabalhos voltados à promoção da saúde. Essa união propicia uma melhor organização do serviço de saúde e permite que ocorra o estabelecimento do respeito, autonomia e vínculo entre os profissionais e os pacientes, visando a uma abordagem mais integral e resolutiva, e também permite que os profissionais das diversas áreas possam criar intervenções diferenciadas, além de investirem em desenvolvimento de ações preventivas junto a cada comunidade nas áreas da Saúde<sup>1,6,13</sup>.

Há a necessidade de que a interação seja relevante para a construção de consensos em relação ao planejamento de objetivos a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, levando em consideração a realidade local e a situação encontrada, fazendo com que essa troca favoreça os resultados e que estes beneficiem a todos<sup>1,5</sup>.

No serviço de atenção primária faz-se necessária a constituição de um território comum e este baseia-se na flexibilização dos saberes e práticas de saúde, dinâmica da construção dos diálogos e transformações de relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos, sendo estes os profissionais de saúde e a comunidade. A criação dessa “zona de troca” promove uma descentralização dos saberes hegemônicos, atualmente regidos pela racionalidade médico-científica, a qual privilegia a dimensão exclusivamente biológica da saúde baseada na doença e seu agente etiológico, que ignora a subjetividade e é guiado pela razão cartesiana, que tenta promover uma universalização dos saberes em prol do progresso científico<sup>5,17</sup>.

No sentido de humanizar o serviço, a multiprofissionalidade facilita este processo favorecendo o atravessar de diferentes ações e instâncias, tornando o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Se a integração entre os profissionais não ocorre, existe o risco de repetir um modelo de atenção desumanizado, fragmentado e centrado na recuperação biológica individual<sup>3,5</sup>.

A humanização é um pilar essencial na construção do novo modelo de atenção básica. No PSF tem por objetivo ser contemplada, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais/usuários/famílias, por responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade. Este item deve estar presente na organização de qualquer serviço de

saúde, preferencialmente alinhado às perspectivas dos princípios seguidos pelo SUS. Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento das relações profissionais saudáveis, além do reconhecimento de limites, sabendo o profissional compreender sua condição humana e de cuidador de outros seres humanos<sup>9,17-18</sup>.

A equipe de saúde da família assimila as práticas preventivas e curativas seguindo o princípio da integralidade, a qual se contrapõe à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos e defende que o olhar do profissional formador da equipe deve ser totalizante. Então, torna-se necessária a inserção de outros profissionais para que ocorra uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e sejam realizadas intervenções mais efetivas<sup>19-21</sup>.

Para que os resultados sejam alcançados com sucesso, é relevante que os membros distintos participem dos diferentes processos de trabalho, como planejamento, execução, avaliação, partilha de decisões, reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho, e que a equipe conte com outros atores que formam a área da saúde e considerem a família como o foco da intervenção<sup>2,5,22-23</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF, bem como discutir as dificuldades apresentadas por essa interação. Durante seu desenvolvimento, percebeu-se que os profissionais integrados a esse sistema buscam a aliança de informações, visando, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas. Esse contato permite que as analogias entre as diferentes ações ativas sejam conscientemente evidenciadas pelos membros que as realizam, possibilitando articular os distintos saberes e alcançar um projeto comum a todos, sendo pertinente às necessidades de saúde do usuário, além de proporcionar a existência de um vínculo entre os profissionais<sup>1-3</sup>.

A articulação também é percebida no referenciamento de pacientes, assim como nos questionamentos dos distintos profissionais, os quais solicitam respostas direcionadas, de acordo com as dúvidas, durante as reuniões que ocorrem entre a equipe<sup>2</sup>. Vale ressaltar que a união da equipe com a comunidade é vista como um aspecto contemplado, pois permite a gênese de projetos por diferentes visões, fazendo-nos crer que essa modalidade contribui para a atual condição da saúde no país, concomitantemente, facilitando a autonomia para a realização de novas estratégias<sup>1,24-25</sup>.

As falhas ainda permanecem presentes, pois autores relatam que essa articulação é voltada a um determinado fim, isto é, grande parte das comunicações realizadas entre os membros da equipe manifesta-se para atender às demandas imediatas, as quais são expressas

pelos usuários do serviço. Percebe-se, então, que essas se caracterizam pela descontinuidade, não existindo o hábito da construção de consensos e acordos para a resolução dos problemas da comunidade, citando-se ações curativas e educativas, que, muitas vezes, são realizadas de maneira individualizada<sup>2,16,22</sup>.

Outras falhas marcantes são que o valor das informações geradas em equipe nem sempre é incorporado às práticas de trabalho. Além do tema principal, as reuniões comumente são direcionadas a problemas administrativos, em vez de conhecer o trabalho do outro e discutir os problemas da prática cotidiana, sendo gerenciadas e comandadas pela enfermeira responsável pelo PSF, ocasionando constrangimento aos outros membros da equipe<sup>2,3,13</sup>. Silva e Trad<sup>2</sup> ressaltam que, para haver a coesão do grupo, deve existir um líder, mas com uma condição levantada e este não deverá ter permanência prolongada, visto que sua continuidade interfere nos processos decisórios ou na execução de ações, retirando da equipe a característica de que todos devem ser ativos na participação.

Entende-se que um líder não deve ser o sujeito do grupo que dá as ordens, mas o que apresenta competência para ordenar, por meio de comandos simples, os demais membros, objetivando organizar eventos que estejam em desacordo. Portanto, sua presença na equipe é imperiosa para o bom êxito do conjunto. Sua figura deve ser forte e flexível para manter posições às vezes difíceis e, por vezes, flexibilizar para que sejam viáveis algumas ponderações entre os membros. Estratégias devem ser levantadas para que a liderança seja revezada entre a equipe, assim os potenciais individuais poderão liderar, ato envolve carisma, mas nem sempre tem a simpatia de todos<sup>26</sup>.

Durante a realização desta atualização da literatura não foi observada nenhuma citação que demonstrasse a importância da inserção de novas áreas na equipe multiprofissional do PSF. A ausência dos outros profissionais pode tornar, muitas vezes, essa equipe deficitária, pois, assim, as informações não serão fornecidas de forma completa, dificultando a articulação dos saberes e a prestação de um serviço competente, fazendo com que a inserção de outros profissionais seja indispensável. Então, neste contexto, poder-se-ia perguntar: Será que a inserção desses profissionais contribuiria de forma significativa para ocorrer uma melhora do modelo assistencial?

Na estrutura do PSF, a articulação dos saberes entre os profissionais e o saber da comunidade (o saber popular) tem-se mostrado indispensável, pois essa apresenta o objetivo de produzir o melhor atendimento ao usuário, o que no PSF é relevante e desejável, contudo, pode-se observar que, por meio da prática comunicativa, se permitiu construir e executar projetos pertinentes aos usuários. É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe, observando que o ato médico pode ser encarado como um retrocesso deste avanço.

Apesar da multidisciplinaridade estar presente no PSF, sua realização ocorre de maneira parcial e incompleta, pois a articulação acontece quando diz respeito à troca e transmissão de informações de caráter técnico, entretanto, não em torno da necessidade da equipe e da comunidade na busca de consenso coletivo, havendo, ainda, uma sobreposição da razão instrumental sobre a razão comunicativa.

#### REFERÊNCIAS

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(6):1027-34.
2. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16): 25-38
3. Oliveira E M, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4):727-33.
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):103-9.
5. Almeida MCP, Mishima, SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2001; (9): 150-3.
6. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. 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* 2005; 13(2):262-8.
7. Ministério da Saúde. Programas da saúde: Programa saúde da família. Extraído de [<http://www.saude.gov.br>], acesso em [14 de janeiro de 2007].
8. Filho DC. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos avançados* 1999; 13 (35): 89-100.
9. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/ estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(4):658-64.
10. Bezerra NO, Nascimento MAA. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-Ba. No ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? *Revista Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(2):175-88.
11. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl: 203-11.



12. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007, 23(1):75-85.
13. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia* 2003, 8(3): 515-23.
14. Valentim IVL, Kruehl AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007, 12(3): 777-88.
15. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(1):14-21.
16. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(3):523-35.
17. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2):345-53.
18. Backes DS, Lunardi, VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(1): 132-5.
19. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16): 39-52.
20. Borges CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(18): 507-19.
21. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(4): 525-31.
22. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landronia MAS, Waldmana CCS, Ayresb JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl):108-16.
23. Campos CEA, Garcia J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. *Rev. Katál.* 2007; 10(1): 95-104.
24. Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):839-47.

25. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial Rev. Latino-Am. Enfermagem 1997; 5(3): 43-8.
26. Kouzes J., Posner B. Líder Mestre. Rio de Janeiro: Campus; 2007.

Recebido em 27.06.2007    Aprovado em 29.10.2007