

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

SILVIA DE MORAIS

**Gestão Estratégica do Programa Saúde da Família direcionada ao trabalho em  
equipe**

Trabalho de conclusão do curso de  
especialização em gestão de saúde, sob a  
orientação da professora Mestre Evelin Jaqueline  
Lima dos Santos.

Miranda/MS

# **Gestão Estratégica do Programa Saúde da Família direcionada ao trabalho em equipe**

**Silvia de Moraes\***

**Evelin Jaqueline Lima dos Santos\*\***

## **RESUMO**

O presente trabalho aborda a Estratégia de Saúde da Família para viabilizar a consolidação da atenção primária do SUS atendendo o usuário individual e na coletividade promovendo a saúde e prevenindo doença. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família tende a relacionar comunidade e a estratégia como porta de entrada do indivíduo de cada área delimitada geograficamente possibilitando uma relação de conhecimento da população a ser atendida. O Sistema Único de Saúde define saúde como promoção e prevenção de doença assim a equipe deve conhecer suas famílias identificando problemas de saúde e situações de riscos na comunidade elaborando planos de ação e atividades educativas e intersetoriais prestando assim assistência integral a comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde. SUS. Estratégia de Saúde da Família.

## **INTRODUÇÃO**

Antes do Sistema Único de Saúde - SUS o Brasil convivia com dois tipos de atenção a saúde, a pública e a medicina previdenciária sendo que esta última tinha como público alvo os indivíduos que contribuíam com a previdência social, o INAMPS criado em 1974 pelo regime militar. Em meados da década 1970 ocorreu uma crise no financiamento da previdência social repercutindo no INAMPS cujo resultado foi a universalização progressiva do atendimento para uma transição com o SUS.

---

\*Bacharel em Ciência Contábeis pela UNIDERP. Pós-graduando do curso de Gestão em Saúde, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Miranda/MS. E-mail: silviampeixoto@yahoo.com.br

\*\*Professora Orientadora. Mestre em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ. Professora de Políticas Públicas no curso de Pós-graduação de Gestão em Saúde – UEMS. E-mail: evelinjaquelinels@yahoo.com.br

O Sistema Único de Saúde surgiu em 1988 na VIIIª Constituição Federal Brasileira que define “Saúde como direito de todos e dever do Estado” a base dos princípios para a saúde pública no Brasil conforme o artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O processo de construção e consolidação do SUS ocorreu com a regulamentação de sua organização e financiamento por meio das Leis 8080/90 e 8142/93.

A Declaração de Alma Ata em 1978 enfatizou a importância da Atenção Básica, orientando os governantes para uma organização dos sistemas de saúde a fim de estabelecer a promoção em saúde, e a atenção primária como fator de viabilização da universalização dos cuidados. É importante citar que a medicina de cunho curativo e hospitalocêntrica resultaram em prejuízo financeiro para o Estado brasileiro, sendo necessária a readaptação da assistência. No âmbito internacional desde 1920 esta problemática já vinha sendo discutida por meio do Relatório Dawson, nascendo uma porta de entrada para a Atenção Básica.

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde trabalhado em equipe para melhor atender a população, orientada pelo princípio da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Atenção Básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização e preceitos do SUS. (Lei 8080/90)

O Ministério da Saúde, com intuito de melhorar a assistência à saúde do cidadão, e fornecer aos profissionais de saúde diretrizes para que eles possam exercer seu trabalho com mais qualidade, cria e implanta o Programa de Saúde da Família - PSF através da portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

As diretrizes de implantação do PSF vão dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, a saber: que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a Portaria GM nº 2.488/2011 revogou a Portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a

Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

No decorrer dessa época até os dias atuais ocorreram várias reformulações nas questões relacionadas à saúde, do PACS ao PSF, passando o sistema de um modelo médico-assistencial, centrado na doença, para um modelo que preza pela integralidade na assistência, com vistas à promoção da saúde, através de ações para prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde.

A gestão estratégica é um processo contínuo e integrado que visa auxiliar a administração no gerenciamento da organização da estratégia de saúde da família bem como orientador de ações e planejamento para a unidade de saúde seguindo um curso de desenvolvimento e associando sistematicamente a gestão de pessoas para obter metas a serem alcançadas na organização considerando fatores externos, estratégias e cultura organizacional.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão na literatura sobre a gestão estratégica na estratégia de saúde da família. Utilizando como base artigos científicos sobre o tema. A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (GERHARDT, *apud* FONSECA, 2002, p. 32).

## **BREVE CONTEXTO SOBRE O AVANÇO DO SUS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O PACS criado nos fim dos anos 80 com o objetivo de melhorar o atendimento da comunidade onde os agentes comunitários de saúde faziam as visitas e existiam algumas unidades de saúde em determinados lugares, um sistema importante dos agentes comunitários de saúde onde o modelo era centrado na doença e não na prevenção, impulsionando o SUS a aprimorar o conceito de saúde como qualidade de vida passando de um trabalho isolado ao trabalho em grupo.

Com o aprimoramento do SUS e a necessidade de atender a comunidade iniciou o processo de implantação do Programa Saúde da Família.

## 1.0 – A ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

O Programa Saúde da Família foi sucessor ao programa dos agentes comunitários de saúde- PACS que iniciou os trabalhos na região nordeste com ações em saúde para reduzir os óbitos maternos e infantis. Foi no Ceará no ano de 1987 que atingiu resultado eficaz ampliando as experiências com as ações na região norte, onde os agentes comunitários de saúde atendiam uma população focada na prevenção do cólera nessa época. O Ministério da Saúde no ano de 1994 reestruturou o Sistema Único de Saúde com o objetivo de atender uma clientela específica e integrar níveis de atenção a saúde promovendo saúde primária contemplando múltiplas dimensões de saúde individual e coletiva mudando a atenção profissional e organizando o serviço fortalecendo a rede estabelecendo vínculos partindo de características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas de uma população (CORBO ET AL,2007).

Em 1992 surgiu em Niterói o Programa Médico de Família que foi baseado num modelo cubano onde tinha como objetivo a medicina familiar assim aprimorando o sistema para a realidade nossa apoiado nos princípios básicos do SUS atendendo a família na atenção primária. Desenvolvendo cuidado integral com base na ampliação da saúde focado no trabalho em equipe buscando qualidade no atendimento multiprofissional e na resolutividade da assistência prestada ao usuário.

Para Monnerat et al (2007), o PSF apresenta uma visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando as visões biologistas e curativas historicamente predominantes na assistência à saúde, passando a ter na família, na comunidade e no território o centro da atenção à saúde. Esse novo modelo de reestruturação do SUS diverge do modelo antigo que focava na doença e não na prevenção da mesma num território geograficamente delimitada sendo uma demanda reorganizada saindo do enfoque de saúde e só quando o indivíduo estiver doente podendo ampliar o conceito promovendo e prevenindo saúde.

O trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família considera a autonomia presente no trabalho prestado ao usuário sendo uma junção de trabalhador e usuário materializando a potência, social, política e cultural presente na sociedade não sendo compreendido isoladamente. Os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, trabalhadores e usuários, são condicionados por esse sistema de relações (LIMA,2007).

O programa desloca o profissional diretamente à família no domicílio, no convívio social, utilizando de uma equipe multiprofissional voltado para o atendimento individual e em grupo.

De 1993 a 2006 a gestão do SUS orientou-se pelas diversas NOBS lançadas nesse período. Na década de 1990 foram publicadas quatro NOBS: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira NOAS-SUS 01/01, revista e publicada em 2002, como NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2011b).

O SUS criado pela Conferência de Saúde no ano de 1988 com o objetivo de melhorar as condições de saúde no Brasil, pois vinha de um sistema previdenciário onde só quem pagava por ele tinha acesso as internações, exames entre outros aspectos é uma política de proteção social incompleto, mas com instrução significativa positiva .

A rapidez do avanço do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF.88) buscou a quebra de um modelo médico hegemônico predominante na organização da política de saúde brasileira. Conforme o surgimento do sistema único de saúde a saúde passou a ser concebida como direito de todos e como dever do Estado, ao ampliando o próprio entendimento do processo saúde-doença. A saúde passou a ser vinculada a qualidade de vida considerando os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades (BRASIL, 1988).

O PSF visa melhorar o atendimento dos usuários das áreas cadastradas o novo modelo assistencial depende da forma de se produzir o cuidado entre profissionais de saúde e a população podendo ser usado criatividade para realizar o cuidado na visão do gestor é uma estratégia de diminuir as injustiças da Atenção Básica com a consequência de ampliar o nível de atenção aos indivíduos.

Ainda sobre a conformação da equipe mínima na ESF vale destacar as ponderações tecidas por Teixeira e Nunes (2007, p.130). Para as autoras, a composição da equipe mínima deve ser repensada agregando novos profissionais que deem conta de incorporar os determinantes sociais e culturais presentes no processo de adoecimento. Argumentam que a conformação da equipe mínima por mais capacitada que seja, pode não ser suficiente para dar conta de todos esses determinantes e responder as demandas que se apresentam.

### 1.1 A Equipe da Estratégia de Saúde da Família

A equipe de estratégia de saúde da família é composta por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cada município é responsável por outros profissionais como dentistas e assistentes sociais. É importante salientar a importância do agente comunitários de saúde, pois o profissional além de usuário e morador da comunidade representando uma ligação entre equipe e comunidade, conforme sua

atuação tem um fator importante no modelo de estratégia assistencial tendo uma função dupla na unidade.

Ao enfermeiro cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços como a educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde.

O médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos. (BRASIL, 2011)

O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004). É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adstrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da sua comunidade. Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico (MARTINES; CHAVES, 2007).

A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das

doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011). O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2011).

O cirurgião-dentista é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar. A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).

É responsável ainda pela supervisão técnica do Técnico (TSB) e do Auxiliar (ASB) em Saúde Bucal e por participar com os demais profissionais da Unidade de Saúde do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).

Ao técnico em saúde bucal (TSB) cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicas a limpeza e a antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos. É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal. O auxiliar em saúde bucal (ASB) realiza

procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB (BRASIL, 2011).

Cada equipe é responsável por cerca de 3.000 a 4.000 habitantes por área e estas passam a ser responsáveis no cuidado à saúde. As equipes atuam nas unidades de saúde, nas residências na comunidade para mobilizá-la sendo a porta de entrada do sistema hierárquico e regionalizado de saúde com um território definido e uma população limitada a fim de intervir nos fatores de risco a qual a comunidade está exposta.

Os profissionais que encontram-se na ponta dos serviços através do diálogo e a comunicação com os outros serviços, buscam resolutividade e a integralidade da assistência prestada ao usuário.

A ESF tem como principais objetivos a prestação de uma assistência integral e contínua na Unidade de Saúde e no domicílio, a humanização das práticas através do estabelecimento de vínculos, a democratização do conhecimento acerca do processo saúde-doença e da organização dos serviços e, o reconhecimento da saúde e do controle social como direitos de cidadania. E como diretrizes das práticas de trabalho para reorganização da atenção, a integração da rede, o trabalho em equipe, a educação continuada da equipe, a avaliação e monitoramento das ações, o controle social, a realização de diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a programação local e, a intersetorialidade (BRASIL, 1997).

O critério de definição do Ministério da Saúde sobre uma equipe básica para a implantação do PSF é equivocado, pretende-se realmente que ele seja a porta de entrada resolutiva para as complexas questões de saúde no país. Portanto, a oferta não deve ser (...) uma equipe ampliada, em que devem configurar outros profissionais, outros saberes.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008) estas experiências iniciais do PSF, embora tenham apresentado resultados positivos, demonstram características de programas focalizados e direcionados a áreas de risco social. As iniciativas apresentavam caráter emergencial e direcionavam-se para áreas em que havia dificuldade na interiorização da assistência médica.

No ano de 2006 é lançado, pela portaria 399/ GM, o Pacto pela Saúde com a perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS. Pauta-se em um pacto realizado entre os gestores do Sistema com base nos princípios constitucionais da política de saúde brasileira e com ênfase nas necessidades em saúde. Prevendo o estabelecimento de metas,

prioridades e ações a serem desenvolvidas pelas três esferas de governo nos três componentes que compõem o Pacto: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais (BRASIL, 2011).

Com o passar dos anos o PSF se torna estratégia de saúde da família em 1997 atuando abrangente na área determinando metas a serem atingidas pelo modelo assistencial de reestruturação do SUS.

## 2.0 A GESTÃO ESTRATÉGICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Gestão Estratégica estuda resultados positivos ou negativos das ações para que ocorram sucessos nas organizações, observar o trabalho em equipe é um desafio, pois a relação equipe e comunidade devem ser interligadas.

A ESF tem seu objetivo no trabalho em equipe integrando a atenção a família passando a assumir a intersetorialidade para um bom trabalho. A Estratégia assume um papel importante outros setores das políticas públicas. O usuário da ESF é atendido em sua integralidade, existindo mecanismos para garantir o acesso de maneira coordenada e integrada, aos outros serviços que respondam as suas demandas e necessidades sendo somente o elo para a qualidade dependendo da ligação entre a ESF e os demais serviços prestando assim assistência ao usuário a/ no desenvolvimento do trabalho pelas equipes.

Este estudo é norteado pela gestão referindo-se a intersetorialidade contribuindo para o trabalho da equipe das estratégias de saúde da família garantindo integralidade na promoção da saúde. É a gestão que supera o imediatismo e a informalidade caracterizando esta relação conforme aponta o estudo de Papoula (2006), definindo direcionamento das políticas e programas, de espaços e negociação e discussão permeáveis ao controle social, e de ferramentas que formalizam a institucionalização essa integração, garantindo o planejamento, monitoramento e avaliação desta.

O trabalho em equipe dar-se pela coletividade recíproca entre as dimensões complementar de interação e trabalho, a titulação equipe faz referência a uma situação de trabalho, para atender as necessidades humanas. Podemos encontrar algumas dificuldades no

trabalho em equipe existindo concepções diferentes dos indivíduos, porém deve-se observar que é um grupo de pessoas que desenvolvem trabalhos diferentes com um mesmo objetivo não importando estas relações de como alcançar o mesmo existindo entre a equipe uma negociação entre todos os membros comprometidos, cada equipe deve conhecer a realidade das famílias, realizar planejamento com a comunidade, identificar problemas entre outros aspectos sendo eficiente e reestruturando as habilidades humanas.

A relação encontrada no trabalho em equipe são os diferentes tipos de pensamentos, mas deve se observar a equipe como um todo para que desempenhem a mesma tarefa atingindo o mesmo objetivo do grupo resultante da negociação dos membros da equipe comprometendo a um objetivo comum dos atores envolvidos. O fato da comunicação da equipe é a construção da possibilidade de um novo compreendendo o mundo democrático onde pratica e teoria deve estar interligadas, a interação da equipe harmoniza os planos de ação por ela traçados guiados por normas vigentes sobre as situações esperadas.

A gestão deve observar a não participação dos profissionais de saúde, onde eles devem se comportar como usuários colocando-se como sujeitos de um processo pois a falta dessa relação implica na deficiência das praticas da comunidades. É importante ressaltar o envolvimento dos usuários nos processos de decisão além da dimensão política há a necessidade das demandas e necessidades da população.

Segundo Vaitsmam (2009) envolver os profissionais em todo o processo de gestão é uma das orientações realizadas. Os profissionais vivenciam cotidianamente os serviços, enfrentando dificuldades encontradas no dia a dia na ESF podendo assim atender a demanda de educação permanente. A gestão deve envolver os profissionais de saúde no planejamento das ações a serem desenvolvidas de educação permanente observando suas dificuldades e necessidades para aumentar as capacitações da equipe.

A intersetorialidade é fundamental para a promoção de saúde, pois o setor não caminha sozinho encontrando algumas dificuldades como infraestrutura, recursos humanos e materiais. A falta de recursos impacta a intersetorialidade dificultando a comunicação entre setores, a falta do carro dificulta nas visitas domiciliares desestimulando o profissional e desvalorizando o trabalhador reduzindo o trabalho na estratégia de saúde da família e a desvalorização dos usuários em relação a estratégia. A falta de recursos humanos sobrecarrega os outros membros da equipe limitando o trabalho assim reduzindo as ações preconizadas (Inojosa, 2001)

A intersetorialidade para Inojosa (2001) demanda a construção de um planejamento e de uma atuação integrados entre diferentes setores que definem objetos de intervenção e

metas comuns. Zancan (2003) apresenta algumas ferramentas que podem contribuir para a construção de uma gestão intersetorial. A autora enfatiza a necessidade de construir diagnósticos conjuntos, espaços institucionalizados de discussão e pactuação, definição de agenda de intervenções e de ações de monitoramento e avaliação.

O trabalho desenvolvido em Juiz de Fora/MG sintetiza a importância da intersetorialidade encontra-se num processo de construção com fragilidades construindo um modelo assistencial ao usuário, o trabalho na estratégia de saúde da família engloba gestor e profissionais com um mesmo objetivo. A burocracia falta de recursos, capacitação dos profissionais e gestores contribui para um bom andamento do ESF. A educação permanente e também ressaltada enquanto estratégia de qualificação da força de trabalho e de consolidação da ESF ampliando os cuidados devendo ter como objetivo primeiro a qualificação dos recursos humanos. A fala do entrevistado sugere a necessidade de uma inversão de valores: capacitar para qualificar a assistência e não para organizar os serviços nos níveis de atenção. Esta deve ser uma consequência das ações de educação permanente. Ao mesmo tempo, qualquer processo de delegação de novas responsabilidades e atribuições aos serviços deve ser discutido e planejado junto com os profissionais envolvidos, avaliando-se anteriormente a capacidade dos serviços. Por isso a educação permanente deve vir sempre acompanhada de ações em torno das condições de trabalho a fim de permitir às equipes o melhor desenvolvimento possível das ações.

Segundo Silva et al (2005, p. 79) realizam uma importante reflexão sobre o papel do ACS. O profissional reside na mesma área podendo trabalhar com sua comunidade fazendo uma conexão de comunidade e estratégia aumentando vínculos com os usuários vivenciando sua realidade.

### **Considerações finais**

O trabalho de revisão bibliográfica pode observar que a educação continuada, a intersetorialidade e a comunicação entre os profissionais contribuem para um trabalho em equipe eficaz para atender a população de uma área determinada promovendo e prevenindo saúde utilizando de meios apropriados para cada equipe de saúde da família.

A gestão estratégica ao ser aplicada na unidade funciona como instrumento de organização e direção para a melhoria da organização das unidades de saúde sendo o

administrador coordenador da unidade podendo verificar os erros para ajustá-los aos acertos e atingir as metas estabelecidas pelo programa.

No decorrer do trabalho observou-se que a Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinâmico e revolucionário para a organização do sistema de saúde no Brasil que vem, evoluindo a cada dia atendendo os princípios básico do SUS consolidando a estratégia que era sustentada por um processo básico da rede de saúde pela capacidade de produção dos indicadores e a qualidade de vida da população assistida. Para que ocorra uma melhor integralização na unidade de saúde a gestão estratégica precisa ser aplicada para que ocorra um maior entendimento de população e equipe.

### **Referências**

ALMEIDA, MCP, MISHIMA, SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface comunicação, saúde, educação 2001; 9:150-153.

ARAÚJO, MB. A Equipe de Saúde no PSF: mudando práticas? Estudo de Caso no município de Natal/RN. Natal (RN): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.

ARAÚJO, Ronaldo. A reforma da educação profissional sob a ótica da noção de competências. Informativo, SENAC, n. 283, Maio 2005.

CAMPOS, FE, BELISÁRIO, SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface comunicação, saúde, educação 2001; 9:133-141.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-126.

MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): O Ministério; 1994.

Ministério da saúde. Informações de saúde. Brasília, MS, 2001.

MOURA, RMF. O processo de trabalho da equipe multiprofissional em centros de saúde: (vi) vendo e indagando. Anais do Congresso da ABRASCO, 1994; Olinda/PE.

NOGUEIRA, RP. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p. 59-63.

NUNES, Luis. SUS. 256f. Editora Atheneu, São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: Subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho D'água; 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

SOUSA, MF 2000. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate. Cebes, n. 21.

MANSUR, Marília Coser. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

Ministério da Saúde (BR).Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.Brasília(DF):Departamento da atenção básica 2000

ALVES RIBEIRO BARRA,Sabrina.Gestão da estratégia no programa saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade(MG) 2013.

