

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES

TRABALHO EM EQUIPE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CURITIBA

CURITIBA

2011

MARCIELE GUIMARÃES FAGUNDES

TRABALHO EM EQUIPE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE CURITIBA

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Aida Maris Peres

CURITIBA

2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela força de vida e por sempre manter minha persistência para alcançar os objetivos. E agradeço imensamente a meu marido Fabio, pelo incentivo e apoio dedicados durante mais esta empreitada!

RESUMO

Uma das características da Estratégia de Saúde da Família é a equipe multiprofissional, dependendo que os profissionais interajam para articular seus distintos processos de trabalho. Uma equipe de saúde mal organizada, portanto, atrapalha o objetivo do serviço, que é o cuidado da saúde da população. Observa-se dificuldade em gerenciar essas equipes de saúde, de modo a estabelecer um processo de trabalho em que todos se comprometam com o desempenho das atividades individuais e de todo o grupo. Com isso, este projeto técnico objetivou elaborar uma estratégia de ação para promover melhorias no trabalho em equipe de saúde. Para tanto, procedeu-se a uma revisão de literatura com enfoque em conceitos de trabalho em equipe de saúde da família, comportamentos de liderança e papéis dentro da equipe. Em seguida, foi realizada uma descrição do trabalho em equipe na unidade de saúde estudada, por meio de observação participante. Por fim, foi proposto um plano de ação que consiste na capacitação das equipes a ser desenvolvida na própria unidade de saúde. Espera-se bom envolvimento dos funcionários e do gestor para a realização deste plano de ação, o qual pode ser reproduzido e readaptado a qualquer unidade de saúde da família.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Saúde da família. Capacitação.

ABSTRACT

A feature of the Family Health Strategy is the multidisciplinary team, depending on which professionals interact to coordinate their various work processes. A poorly organized health care team, therefore, disrupts the goal of the service, which is the population's health care. There is difficulty in managing these health teams, in order to establish a working process in which all are committed to both the performance of individual activities and with the whole group. Thus, this technical project aimed to develop an action strategy to promote improvements in health team work. To this end, we proceeded to a review of the literature focusing on concepts of teamwork, family health, behavior and leadership roles within the team. It was then followed by a description of teamwork in the health unit studied through participant observation. Finally, we proposed a plan of action that is the training of teams to be developed in the health unit. It is hoped good involvement of employees and the manager to carry out this action plan, which can be reproduced and re-adapted to any family health unit.

Key-words: teamwork, family health, training.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PLANO DE AÇÃO	21
QUADRO 2 – ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO	22

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACD – Auxiliares de Consultório Dentário
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ASL – Autoridade Sanitária Local
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- IDQ – Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade
- NAAPS (núcleo de apoio à atenção primária à saúde)
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PNAP – Programa Nacional de Formação em Administração Pública
- POP – Procedimento Operacional Padrão
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica)
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- USF – Unidade de Saúde da Família
- THD – Técnicos de Higiene Dental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	8
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	9
1.3	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	10
2	REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	11
3	METODOLOGIA.....	16
4	A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	17
4.1	DESCRIÇÃO GERAL.....	17
4.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	18
5	PROPOSTA.....	20
5.1	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	20
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	21
5.3	RECURSOS.....	23
5.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	23
5.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	24
6	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de reorganização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, implantado em 1994, como Programa de Saúde da Família (PSF). É uma estratégia que incorpora os princípios básicos do SUS (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade) e uma de suas características é a equipe multiprofissional. Cada equipe de saúde é formada, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). (DUNCAN, 2004)

Uma equipe de saúde mal organizada e com falta de comprometimento de membros ou de coesão da equipe não se restringe a repercussões internas no trabalho. Atrapalha o objetivo do serviço, que é o cuidado da saúde da população sob sua responsabilidade (CURITIBA, 2009). Por isso, é imprescindível que a gestão esteja atenta e disposta a promover um adequado funcionamento dessas equipes.

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

Observa-se uma dificuldade em gerenciar equipes de saúde em Unidades de Saúde da Família, de modo a estabelecer um processo de trabalho em que todos se comprometam com o desempenho das atividades individuais e de todo o grupo. O maior desafio parece ser a manutenção de uma cooperação entre os funcionários para atingir objetivos em comum nos cuidados de saúde da comunidade.

A Saúde da Família possui uma proposta de trabalho multidisciplinar em que os profissionais interajam para articular seus distintos processos de trabalho. Contudo, a formação dos profissionais da saúde continua pautada no modelo biomédico (ARAÚJO e ROCHA, 2007), limitando essa interação necessária para buscar um consenso em um projeto comum. Além disso, o trabalho em equipe também pode ser prejudicado pelo próprio conceito de equipe, muitas vezes equivocado, e pelo frequente desconhecimento dos profissionais sobre as

potencialidades uns dos outros, mantendo relações hierarquizadas de mando e autoridade.

Outro aspecto que compromete o desempenho do serviço é a existência de uma acomodação, felizmente não generalizada, de servidores públicos, incluindo profissionais da saúde, associada à estabilidade proporcionada por um cargo público. Sem preocupação com uma possível demissão, algumas dessas pessoas não fazem o que deveriam, resolvem assuntos pessoais durante o horário de expediente, não se preocupam com horários de entrada e saída e faltam com frequência ao trabalho. Conforme palestrou Maria do Socorro Mendes Gomes, no Interlegis, em outubro de 2010, “o servidor deve compreender a estabilidade funcional antes como um atributo do serviço público, a serviço da cidadania, não como uma propriedade pessoal para servir à acomodação.”

Sabe-se da reclamação por toda uma equipe ser responsabilizada e sobrecarregada, pelo fato de alguns de seus membros se apresentarem com repetidas faltas ao trabalho e sem disposição ou condições físicas ou psicológicas para realizar suas definidas atividades.

Em minha vivência como integrante de algumas Unidades de Saúde da Família, pude perceber a existência tanto de funcionários pouco motivados com o trabalho em equipe e com sua função como servidor público, quanto outros que demonstram grande dedicação, iniciativa, competência e vontade de aprender. Essa disparidade gera conflitos que desafiam a gestão a encontrar estratégias para melhoria do trabalho em equipe de saúde, tão importante à ESF.

1.2OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Elaborar estratégia de ação que promova melhoria do trabalho em equipe de saúde.

Objetivos específicos do trabalho:

Para atingir o objetivo geral deste projeto técnico, há a necessidade do cumprimento dos seguintes objetivos específicos:

1. Descrever a situação atual de trabalho em equipe da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo;
2. Propor um plano de ação para melhoria do trabalho em equipe na unidade de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

As Unidades de Saúde da Família são estruturadas para desenvolver trabalho em equipe multidisciplinar, a fim de integrar as competências de cada profissional em benefício da saúde dos usuários do serviço. O funcionamento adequado das equipes de saúde facilita as tarefas e depende muito da colaboração de seus membros, requerendo um trabalho além do desempenho de atribuições individuais.

Levando em conta a heterogeneidade de conhecimentos, capacidades, comprometimento e iniciativa de seus componentes, há que se apresentar uma estratégia para organizar o trabalho dessas equipes. A organização tem a função de mobilizar e integrar as competências individuais (MOTTA, 2001), para inseri-las e transferi-las ao contexto produtivo. É preciso promover às equipes interação, coordenação, incentivos e recompensas.

Este projeto técnico aponta estratégias no sentido de contribuir para o trabalho em equipe da Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo. Possui uma proposta que considera a especificidade do cenário em que este trabalho em saúde se desenvolve, o qual se caracteriza por sua estrutura física e de recursos humanos e está centrado nas necessidades de saúde da população adscrita a esta área de abrangência.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A ESF se originou para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, conforme os princípios do SUS. Objetiva prestar atendimento integral, contínuo, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades da população. Parte de um processo de trabalho em equipe multiprofissional, que deve conhecer as famílias de sua área de abrangência, identificar problemas de saúde e situações de risco da comunidade e fazer planejamento conforme a realidade local. Compreende o rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada, para um enfoque em ações educativas e intersetoriais, buscando criar vínculos entre profissionais e usuários, por meio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2007).

As Equipes de Saúde da Família enfrentam dificuldades quanto ao seu funcionamento, por serem constituídas por pessoas de diferentes formações que precisam trabalhar em prol de objetivos comuns, sendo que seu trabalho é um processo que não deve ser confundido com a elaboração de protocolos clínicos ou com a medicina baseada em evidências. (OPAS, 2000)

Conforme observaram Franco e Merhy (1999), enquanto os trabalhadores não interagirem, trocando conhecimentos e articulando um campo do cuidado criativo com o usuário, não existe trabalho em equipe. Se cada um ficar preso ao seu núcleo de conhecimento, o processo de trabalho fica preso às estruturas rígidas do conhecimento técnico. Mesmo após a implantação do PSF, pode haver serviços médico centrados assim como outros usuário centrados, de acordo com os diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários.

Tal como ocorre com outras organizações, na saúde incorporou-se a busca pela qualidade por meio da promoção de habilidades relacionais, além das competências e habilidades técnicas exigidas, requerendo que o indivíduo estabeleça relações interpessoais com base na cooperação. Para garantir integralidade na assistência, como promulga a lei 8.080/90, destaca-se o trabalho em equipe multidisciplinar para que diferentes contribuições profissionais atuem no cuidado mais eficaz e eficiente dos pacientes. (PINHO, 2006)

A organização dos cuidados da equipe de saúde da família se desenvolve na identificação de “problemas de saúde” e apresenta as seguintes características:

- é uma iniciativa conduzida pela equipe;
 - tem o problema caracterizado pela percepção de todos (não apenas do médico);
 - leva em consideração a realidade local;
 - está delimitada pela disponibilidade de recursos locais;
 - envolve ações e responsabilização de toda a equipe;
 - requer acompanhamento e avaliação contínuos.
- (OPAS, 2000, p.13-15)

É possível que a diferença percebida entre essas e outras equipes de saúde seja o grau de cooperação e complementaridade entre os funcionários e a necessidade de tomada de decisão após discussão em equipe, por meio de atividades de pactuação e planejamento, implicando em compartilhamento de responsabilidades entre os atores envolvidos. (PIANCASTELLI; FARIA e SILVEIRA, 2000)

O trabalho em equipe vem a ser, segundo esses autores, uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador, e é essa a idéia que precisa ser “comprada” pelos componentes da equipe de saúde.

Com a noção de que trabalhar em equipe não requer igualdade e sim trabalhar com diferenças e conflitos, a literatura descreve comportamentos classificados como facilitadores ou dificultadores para o desempenho da equipe.

Os tipos de comportamento facilitadores são os seguintes:

- DE ESTABELEECER: pessoa que ajuda o grupo a iniciar o caminho. Propõe tarefas e objetivos, define problemas, estabelece regras e levanta idéias e sugestões ambíguas. Foca suas atenções nas alternativas e resultados antes do grupo.
- DE PERSUADIR: requisita fatos e informações relevantes ao problema. Solicita sentimentos e valores. Pede sugestões e idéias. Responde aberta e francamente aos outros. Encoraja e aceita contribuições dos outros, expressando-se oralmente ou não verbalmente.
- DE ENVOLVER: assegura que todos os membros participem do processo de tomada de decisão. Mostra a relação entre as idéias. Pode restabelecer um levantamento de sugestões com o grupo todo. Sumariza e oferece decisões potenciais para o grupo aceitar ou rejeitar. Pergunta para saber se o grupo está próximo a uma decisão. Tenta reconciliar pontos de desacordo e facilita a participação de todos na decisão. Ajuda a manter os canais de comunicação abertos, com o intuito de reduzir tensões, deixar as pessoas explorarem as diferenças, reconhecer e valorizar as contribuições.
- DE MONITORAR: ouve tão bem quanto fala. Fácil para conversar. Encoraja sugestões vindas do grupo e tenta entender tão bem quanto ser

entendido. Registra contribuições para serem usadas mais tarde. Demonstra envolvimento e evita interrupções.

(FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008, p.28-29)

Estes são os dificultadores:

- DE MANIPULAR: responde ao problema rigidamente e persiste em usar respostas estereotipadas. Faz repetidas tentativas de usar soluções ineficazes para atingir os objetivos grupais. Seleciona e interpreta informações, assim como valida opiniões pessoais e censura sugestões. Responde com motivações, desejos e aspirações pessoais excluindo as públicas. Esforça-se na tentativa de ter as pessoas “como aliadas” à sua posição. Julga observações e anotações antes que o grupo entenda e examine.
- DE DOMINAR: afirma sua posição pessoal dominante num esforço para a sua própria maneira, desconsiderando a dos outros. Pode reagir com hostilidade em direção aos aspectos do problema quando surgem bloqueios no processo. Críticas e censuras são oferecidas diretamente ou através de sarcasmo e insinuações. Refuta a cooperação através de rejeição de idéias, do monopólio ou interrupção da conversação e da ação autoritária. Pode também se engajar em outros comportamentos agressivos como intimidações, desqualificação, rebaixamento do outro, exaltando a si mesmo.
- DE DEPENDÊNCIA: encara as pessoas como “figura de autoridade”. Pode concordar com as pessoas, mostrando-se um “líder aberto”, mas abdica da solução do problema a outros e espera que alguém lidere a situação para a solução. Reluta em usar os recursos de outros ou de si mesmo como líder. Para escapar da tensão utiliza-se do humor, diversão ou comportamentos inadequados. Embarça-se facilmente, é muito vulnerável à crítica. Utiliza-se freqüentemente de apologias. Busca constantemente o encorajamento e a liderança nos outros. Esforça-se para parecer simpático.

(FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008, p.28-29)

Os papéis dos membros da equipe precisam ser alocados de forma a não centralizar o trabalho em somente uma pessoa. Deve haver complementaridade, com responsabilização de cada membro para que o objetivo seja atingido e disposição dos mesmos para ouvir e considerar experiências uns dos outros. É preciso criar um plano de trabalho em conjunto e compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e resultados, além de realizar constante avaliação de processos e resultados.

A Equipe de Saúde é constituída de Servidores Públicos, contratados mediante concurso para prestar serviços à saúde. Conforme conceituado por Marx (apud OPAS, 2000), “serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho.” Na saúde, os serviços podem ser comparados aos serviços pessoais, pois exigem íntima relação interpessoal e participação do usuário no processo.

O servidor público, contudo, não é um “servo” com a conotação de propriedade que tal expressão possuía no império romano e na Idade Média. O termo se relaciona à execução de “serviços” ao público, sem preferência. Logo, os deslizes cometidos por esse servidor não devem ser punidos na forma de castigos, mas como penalidades características aos que transgridem regras da sociedade. (OLIVEIRA, 2008)

As ações do servidor público, portanto, devem ser acompanhadas e aferidas mediante sistemas de avaliação continuada, incluindo avaliações de desempenho. Assim como referido por Pollitt e Bouckaert (2004, apud LEVY, 2011), uma gestão pública orientada para o desempenho é aquela que responsabiliza alguém pelo desempenho e presta conta dos resultados. No caso da equipe de saúde, o desempenho que se destaca é coletivo.

Bem como revisaram Filippim, Tureck e Mota (2006), é necessário observar as seguintes categorias para investigar o funcionamento e a realização do trabalho em equipe: comunicação, metas e objetivos, liderança, tarefas, motivação, resolução de conflitos, sistema de avaliação e recompensa e capacitação para o trabalho. Esses autores compilaram questões referentes a essas categorias para os membros das equipes responderem sobre cada tema.

A respeito de comunicação, é importante saber se os membros se sentem ouvidos e compreendidos na equipe, se idéias e informações são repassadas de forma clara e objetiva e se o trânsito de informações é adequado e atualizado. No caso de metas e objetivos, se o objetivo da organização é claro e conhecido por todos (inclusive poderia ser proposto por eles), se os trabalhadores possuem a mesma idéia da missão da organização e o que ela pretende, e se as decisões são consensuais e com máximo envolvimento e comprometimento do grupo.

No quesito liderança, o líder precisa conhecer bem a tarefa da equipe para poder acompanhar as discussões e o desenvolvimento dos trabalhos, sua postura deve ser flexível com atitude aberta e receptiva e, a fim de motivar os demais, pode usar técnicas de reconhecimento e designação de tarefas, dentre outras. Sobre as tarefas: saber se o desafio exige dos membros da equipe o máximo da capacidade técnica, habilidades e conhecimentos, se as pessoas têm autonomia para planejar seu trabalho com criatividade e inovação (havendo os equipamentos e os ambientes necessários para isso) e se elas conseguem se identificar com seu trabalho.

Para haver motivação, a partilha de trabalho precisa ser incentivada na equipe, a organização deve reconhecer conquistas e crescimentos pessoal e profissional, o ambiente deve ser agradável e estimulante para a criação e é preciso haver integração entre as pessoas e a organização. A resolução de conflitos, por sua vez, depende que problemas do grupo sejam tratados logo que se apresentam e é importante verificar se conflitos são bem administrados e se a conciliação se dá com negociações e ajustes.

Um sistema de avaliação e recompensas deve existir. Portanto é preciso verificar a existência de um sistema de avaliação periódica de desempenho e recompensas para melhorar os resultados. As expectativas e as normas desse sistema de avaliação devem ser previamente negociadas e estabelecidas entre avaliadores e avaliados, num processo dinâmico e interativo. Suas normas e cifras da avaliação precisam ser divulgadas e aceitas por toda a equipe.

Por fim, deve-se verificar se há constante capacitação para o trabalho, a qual deve ser promovida pela organização, para desenvolver habilidades e competências dos servidores. Essa capacitação pode ser por meio de treinamento em serviço, palestras, exercícios vivenciados ou cursos na área. A frequência da capacitação deve ser quando adotada nova tecnologia ou procedimento ou mesmo semestral ou anual.

3 METODOLOGIA

Este projeto se propõe a realizar uma revisão teórica a respeito do trabalho em equipe de saúde da família e, por fim, apresentar uma estratégia para melhoria do trabalho em equipe em uma unidade de saúde.

Primeiramente, foi realizada uma revisão de literatura sobre trabalho em equipe de saúde e características de liderança, com o propósito de sustentação da proposta. Na sequência, realizou-se em trabalho de observação participante, por meio do qual se pode apresentar um diagnóstico preliminar do trabalho em equipe existente na Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo.

Procedeu-se à descrição desse diagnóstico e, a partir do mesmo, foi elaborado um plano de ação, nos moldes dos passos da disciplina de Planejamento Estratégico Governamental do PNAP (Programa Nacional de Formação em Administração Pública). O plano envolve um processo de capacitação a ser desenvolvido com as equipes da Unidade de Saúde destacada.

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

Foi escolhida para análise a Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo, com apoio da Autoridade Sanitária Local (ASL).

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Unidade Municipal de Saúde Érico Veríssimo pertence ao Distrito Sanitário Boqueirão, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Foi, durante seus primeiros anos, uma Unidade Básica de Saúde, tendo se tornado uma Unidade de Saúde da Família em Fevereiro de 2010, por interferência do conselho local de saúde.

É, desde então, uma Unidade de Saúde da Família composta por três equipes de saúde da família, uma equipe para cada uma das três partes da área de abrangência da Unidade de Saúde. Junto das equipes, incluem-se também auxiliares administrativos e de serviços gerais e uma equipe do NAAPS (núcleo de apoio à atenção primária à saúde). Fazem parte do NAAPS uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, um educador físico e uma farmacêutica, os quais apóiam três Unidades do mesmo Distrito Sanitário. As equipes são responsáveis por uma população total adscrita de pouco mais de 12.000 habitantes, como aponta relatório do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) disponível no prontuário eletrônico.

As equipes de saúde da família compreendem cerca de 40 funcionários, incluindo agentes comunitárias de saúde (ACS), auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos, complementadas por equipes de saúde bucal, estas compostas por auxiliares de consultório dentário (ACD), técnicos de higiene dental (THD) e odontólogos. Desenvolvem atendimentos médico, odontológico e de enfermagem correspondentes à atenção primária à saúde, vacinação, coleta de exames laboratoriais, fornecimento de medicamentos da farmácia curitibana, outros procedimentos ambulatoriais, visitas domiciliares, atividades coletivas em saúde e reuniões de equipe.

4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A unidade de saúde estudada possui três equipes de saúde da família, cada uma composta por três ACS, quatro ou cinco auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico (ou médicos residentes). Frequentemente, essas equipes se encontram incompletas, por ausência de alguns de seus membros, ora por férias, ora por afastamento do trabalho.

Além disso, percebe-se uma dificuldade em se organizar o trabalho em equipe, tendo sido observado que alguns funcionários se dedicam com maior ênfase às tarefas individuais e aos processos específicos a suas atribuições, em detrimento do trabalho em conjunto. Outros trabalhadores se incomodam com a atitude daqueles que não cumprem horários, não ajudam no trabalho coletivo e ainda não completam seus afazeres, comprometendo o alcance dos objetivos e sobrecarregando os demais. Alguns, ainda, fazem reclamações frequentes sobre os colegas, sem apresentar proposta de melhorias.

As equipes, além do trabalho rotineiro de procedimentos internos na unidade de saúde, realizam visitas domiciliares e atividades coletivas, em períodos pré-determinados para cada equipe. Tanto as visitas quanto as atividades coletivas se destinam à população de território respectivo à equipe e são determinadas pela equipe ou por outras demandas. Neste quesito, ainda se nota que uma pequena parcela realmente se dedica ao planejamento dessas atividades e não são todos que realmente participam. Essas tarefas ainda são vistas como obrigatórias, em vez de oportunidades para melhoria do cuidado.

Desde que realizado acordo entre trabalhadores e gestão local, foi estabelecida uma hora semanal para que cada equipe se reúna para discutir assuntos pertinentes à população de sua área de abrangência e planeje suas atividades. Essas reuniões ainda estão em processo de organização e nem todos estão conseguindo comparecer a elas, mas já estão sendo observadas discussões produtivas ao processo de trabalho.

Quinzenalmente, existe um espaço de tempo para reuniões gerais da Unidade de Saúde. Esse espaço é utilizado principalmente para repasses de

informações gerenciais, programação de atividades da Unidade de Saúde e reorganização do trabalho. As reuniões são lideradas pela ASL ou pela enfermeira, ainda com pouca interação dos componentes das equipes. Houve oportunidades para formação continuada dentro dessas reuniões e, dada sua importância, essa atividade deve ser retomada. Mesmo com a presença dos funcionários, há dificuldade em obter maior participação dos mesmos.

Dentro de cada Unidade de Saúde da Família (USF) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, de acordo com o Contrato de Gestão, são realizadas avaliações envolvendo a equipe ou cada indivíduo da equipe, por meio de três instrumentos: avaliação do IDQ (Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade), avaliação do PSF (Programa de Saúde da Família) e avaliação de desempenho individual. A avaliação do IDQ é trimestral, com pagamento mensal do incentivo, e a do PSF é semestral, sendo que ambas se relacionam às metas (pactuadas anualmente pela gestão) atingidas pela equipe. Ainda não houve perdas de incentivos por conta destas avaliações coletivas.

A avaliação de desempenho individual é realizada pela ASL com os profissionais da Unidade de Saúde sob sua responsabilidade. Até o momento, contudo, dificilmente esse tipo de avaliação será capaz de gerar mudanças de comportamento ou punições a quem trabalha mal ou sobrecarrega os demais colegas, possivelmente devido a aspectos de propriedade cultural.

Atualmente, vem sendo desenvolvido pelas equipes da unidade de saúde um POP (procedimento operacional padrão) para cada setor da unidade de saúde. Isso pode contribuir para a organização do serviço, ao estabelecer metas referentes a cada processo e permitir que as atividades pontuais sejam rotineiramente cobradas, já que os membros colaboraram com sua elaboração. O POP visa garantir, por meio de uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada (COLENGHI, 2007).

5 PROPOSTA

Com a finalidade de promover melhorias para o trabalho em equipe, está sendo apresentado um plano de ação, o qual inclui alguns procedimentos a serem desenvolvidos dentro da Unidade de Saúde, juntamente com as equipes. A metodologia utilizada é orientada pelo PNAP, por meio da disciplina de Planejamento Estratégico Governamental.

A estratégia desenvolvida para alcançar o objetivo de melhorar o trabalho em equipe foi a de promover uma capacitação continuada das equipes da Unidade de Saúde. Tal capacitação deve ser direcionada tanto ao gestor da Unidade (ASL), quanto aos líderes das equipes e aos demais componentes das equipes de saúde. A capacitação requer o envolvimento de todos os participantes do processo de trabalho e, preferencialmente, deve ser realizada durante a jornada.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A partir do diagnóstico parcial elaborado com a situação-problema descrita pelo autor, foi elaborado um plano de ação, segundo o referencial de planejamento descrito no capítulo de metodologia, a ser trabalhado com os líderes e os membros das equipes de saúde da unidade de saúde apresentada.

O plano de capacitação será constituído pelos aspectos relacionados no Quadro 1.

ASPECTOS	DESCRIÇÃO
Nome do plano:	Capacitação do trabalho em equipe de saúde.
Ator que planeja:	Autor, com apoio da ASL e enfermeiras.
Situação-problema:	Dificuldade para organizar o trabalho em equipe
Problemas a enfrentar:	Falta de colaboração ou ausência de alguns participantes Desconhecimento dos conceitos de equipe e de servidor público; Desvirtuação dos objetivos da organização; Desconhecimento das atribuições da própria função e a dos demais componentes das equipes; Disparidades no comprometimento com o serviço; Manutenção do modelo biomédico na atenção; Processo de avaliação não provoca mudanças de comportamento e é visto com conotação pessoal.

continua

conclusão

Objetivos:	Reorganização do processo de trabalho a fim de que os funcionários atuem melhor em equipe, para maior benefício à atenção à saúde dos usuários; Capacitação continuada para o trabalho em equipe de saúde.
Interessados e beneficiários:	A equipe de saúde e a população sob sua responsabilidade
Ações a realizar:	Apresentação da proposta de ação primeiramente aos líderes das equipes e ao gestor e, em seguida, em reunião geral para apreciação dos funcionários; Discussão sobre características do trabalho em equipe; Coleta de expectativas do público envolvido no projeto, incluindo gestores, funcionários e usuários do serviço; Capacitação dos líderes, durante a semana normal de trabalho; Capacitação dos funcionários em reuniões gerais; Aplicação quinzenal de trabalho com as equipes, com duração de 30 a 60 minutos, dentro do espaço de tempo reservado para as reuniões de equipe, com os seguintes métodos: análise de textos, exposição dialogada, dinâmica de grupo ou apresentação de casos para discussão; Revisão frequente dos objetivos do trabalho; Reaplicação do plano a cada 2 anos.
Temas de capacitação do gestor e dos líderes das equipes:	Características de liderança; Elogios por bom trabalho e reconhecimento de bons resultados nas reuniões de equipe; Processo de avaliação dos funcionários.
Os possíveis temas a serem debatidos com as equipes são os seguintes:	Diagnóstico específico de cada equipe sobre os problemas referentes ao trabalho em equipe; Treinamento para revisão dos conceitos de trabalho em equipe, de serviço público em saúde e de modelo assistencial; Sensibilização dos funcionários ao objetivo de seu trabalho e aos objetivos da organização; Princípios do ESF e do SUS (conforme Duncan, 2004 e Cruz et al, 2009); Atribuições e objetivos de trabalho de cada profissional de saúde que compõe a equipe de saúde (ANEXO I); Espaço permanente para discussão nas reuniões de equipe; Reuniões de equipe com discussão de casos da comunidade; Programação de capacitação dos funcionários durante reuniões gerais e de equipe, utilizando técnicas de problematização; Comportamentos de liderança e reforço das habilidades dos componentes da equipe; Contribuições de todos para promover conhecimento em conjunto; Revisão dos resultados dos processos de avaliação existentes.

QUADRO 1 – PLANO DE AÇÃO

FONTE: O autor (2011)

Esse plano não precisa se restringir àquela unidade de saúde, pois pode se adaptar aos serviços das demais Unidades de Saúde da Família.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Inicialmente, aos líderes de cada equipe de saúde da família será proposto o plano de ação, para que se discuta a execução do plano com os demais membros

das equipes, apresentando a seguinte situação-problema: dificuldade em estabelecer um trabalho de equipe organizado na unidade de saúde da família.

Neste momento, será colocado em discussão o diagnóstico da situação-problema previamente realizado, a fim de ser redefinido pelos próprios funcionários componentes das equipes, para então contribuir mais fidedignamente às necessidades individuais de cada equipe.

Com a aprovação das equipes, será destinado um período semanal ou quinzenal para atividades em grupo, para abordagem e discussão dos temas propostos para capacitação dos membros. Mensalmente, será realizada uma avaliação subjetiva do conteúdo de cada tema e discussão sobre como está sendo aplicado durante o trabalho diário.

Por fim, deverá ocorrer uma avaliação do funcionamento das equipes, realizada em reunião geral, com revisão dos objetivos do trabalho.

PERÍODO	ATIVIDADE
Segunda quinzena Jan/2012	Proposta do plano de ação aos líderes
Primeira quinzena Fev/2012	Apresentação da proposta em reunião geral Coleta de expectativas
Segunda quinzena Fev/2012	Discussão sobre as características do trabalho em equipe da Unidade de Saúde, conforme categorias (ANEXO II)
Março/2012	Capacitação dos principais líderes das equipes, com duração de 1-2horas/semana/4semanas Coleta de propostas para atingir as características necessárias ao trabalho em equipe
Abril–Julho/2012	Capacitação das equipes em reunião geral com aplicação dos temas propostos Discussão e adaptação dos temas dentro do espaço de tempo reservado para as reuniões de cada equipe, com duração de 30 a 60 minutos, utilizando os seguintes métodos: análise de textos, exposição dialogada, dinâmica de grupo ou apresentação de casos para discussão
Final de abril, maio, junho, julho e agosto / 2012	Avaliação subjetiva mensal dos conteúdos Discussão sobre a aplicação do plano no trabalho diário Revisão do processo de trabalho
Setembro/2012	Avaliação geral do funcionamento das equipes Revisão dos objetivos da organização

QUADRO 2 – ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO

FONTE: O autor (2011)

Como responsável pela execução do plano está a ASL. Esta deverá negociar o processo gerencial de aplicação do plano, selecionar os facilitadores e organizar o calendário com as equipes. A autora e a equipe da residência médica em medicina de família e comunidade serão a rede de ajuda, como auxiliares nas capacitações, e os líderes das três equipes de saúde serão os parceiros.

Os resultados parciais serão avaliados ao final de cada mês de capacitação e uma avaliação geral se dará ao final do processo, ao se verificar mudanças ocorridas no funcionamento das equipes. Para tanto, os itens das características do trabalho em equipe serão novamente postos em discussão, para redefinir prioridades e revisar os objetivos.

Propõe-se, também, que todo o processo de capacitação seja repetido e reajustado a cada dois anos, já que o gestor e as equipes periodicamente se modificam. Os ajustes são necessários para permitir adaptações à realidade da Unidade de Saúde e as repetições proporcionam que novos integrantes das equipes sejam contemplados e que os antigos mantenham-se atualizados. Entende-se que a capacitação dos profissionais deva ser continuada, a fim de manter a qualidade do serviço.

5.3 RECURSOS

Os recursos necessários à execução do plano proposto são os seguintes:

- a. Humanos, principalmente, pois envolve a ASL, os facilitadores e toda a equipe de trabalho;
- b. Materiais de escritório, como papeis e canetas, e equipamento para projeção de recursos audiovisuais, se for o caso;
- c. Espaço físico: neste caso, o mesmo espaço utilizado para as reuniões de equipe;
- d. Espaço de tempo em agenda durante a semana de trabalho para que se reúnam os componentes das equipes;
- e. Financeiros: ausência de custos fora dos materiais fornecidos pela própria unidade de saúde ou pelo distrito.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Com a aplicação do plano de ação, espera-se que o gestor e os líderes desenvolvam maior capacidade em promover o trabalho em equipe e que os funcionários sejam mais bem capacitados e estimulados a realizá-lo. A execução do

plano não exige muito trabalho dos funcionários e estimula que todos tenham a oportunidade de se envolver em sua elaboração, portanto promove que todos contribuam e tenham maior adesão à atividade.

Os usuários do serviço, por sua vez, deverão ter suas expectativas mais atendidas, ao receber um cuidado de melhor qualidade à sua saúde.

Os resultados serão mensurados conforme satisfação dos funcionários, mediante revisão das categorias de trabalho em equipe, ficha de avaliação individual dos funcionários e grau de satisfação dos usuários, que já vem sendo realizado periodicamente.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Existe a possibilidade de haver alguns problemas na execução do plano. Esses problemas podem decorrer devido tanto à gestão, que pode se modificar durante o tempo de ação e não contribuir na execução, quanto aos funcionários, que poderiam não colaborar como esperado.

Para evitar esses problemas, serão reforçadas a justificativa do plano de ação e a importância de se estabelecer um trabalho em equipe que realmente funcione como equipe. Além disso, as presenças e participações nas reuniões e capacitações deverão ser devidamente cobradas e então recompensadas ou punidas, conforme pertinência do caso.

Outro possível problema seria a falta de material de texto, de projeção ou mesmo de facilitadores para a realização das atividades. Para evitar, os recursos deverão ser verificados com pelo menos uma semana de antecedência, a fim de se tomarem as medidas cabíveis para sanar o problema.

6 CONCLUSÃO

O trabalho em equipe multiprofissional é essencial para a Estratégia de Saúde da Família. Contudo, percebe-se haver ainda muitos problemas no que se refere ao funcionamento dessas equipes de saúde.

Uma equipe desorganizada, sem coesão e cujos membros encontram-se descompromissados com suas tarefas dificulta o alcance do objetivo do serviço, o cuidado à saúde de seus usuários. Para melhora do funcionamento das equipes, este projeto propôs a aplicação de um plano de ação para a capacitação dessas equipes dentro da própria unidade de saúde.

Sendo que o plano estimula envolvimento dos funcionários nas decisões relativas à sua aplicação e não exige muito trabalho para a execução, espera-se boa adesão às atividades propostas. Também parece ser adequado às expectativas do gestor, que tem como grande desafio lidar com diversidades e conflitos existentes em cada equipe de sua unidade.

Este plano de ação pode ser reproduzido a qualquer unidade da Estratégia de Saúde da Família e adaptado conforme suas necessidades e expectativas. Pode ser um passo importante para auxiliar o bom funcionamento do trabalho em equipe de saúde, à medida que estabelece capacitação de seus membros e de seus líderes e promove reavaliações constantes do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CURITIBA, S.M.S. **Plano Municipal de Saúde**. Curitiba, 2009. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/PMS01a95Alt1_12.pdf. Acesso em: 13/7/11.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>. Acesso em: 27/8/2011.

SIQUEIRA. A estabilidade do servidor não deve servir à acomodação, alerta palestrante. **Agência Senado**. Notícia de 27/10/2010. Disponível em: <http://servidorpublicofederal.blogspot.com/2010/10/estabilidade-do-servidor-nao-deve.html>. Acesso em: 20/8/2011.

MOTTA, P.R. **Competências e desenvolvimento individual**. In: _____. Desempenho em equipes de saúde: manual, p.119-142. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/competec.pdf. Acesso em: 3/9/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 3/9/2011.

OPAS. **O trabalho da equipe de saúde da família**. p.13-15 In: _____. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf. Acesso em: 13/7/11.

FRANCO, T.; MERHY, E.. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde Online. Belo Horizonte/Campinas, 1999. Tribuna livre. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 27/8/2011.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, vol.8: p.68-87, 2006. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>. Acesso em 23/8/2011.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. **O trabalho em equipe**. In: OPAS. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. p.45-50. Brasília, 2000. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=15. Acesso em 20/8/2011.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, v.8, n.1-3, p.25-32, jan./dez., 2008. Disponível em <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62/28>. Acesso em 23/8/2011.

NOGUEIRA, R.P. **O trabalho em serviços de saúde**. In: OPAS. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=15. Acesso em 20/8/2011.

OLIVEIRA, A.F. O servidor público e a nova ordem constitucional. **Revista TCMRJ**, n.37, p.7. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/3042/aR37TCMRJ.pdf>. Acesso em 20/8/2011.

LEVY, E. Gestão de pessoas e gestão por resultados, um casamento quase perfeito. Apresentado no I Encontro Internacional de Curitiba em gestão pública para resultados. **IMAP**, 2011.

FILIPPIM, E.S.; TURECK, V.C.; MOTA, J.R. **A Gestão de Pessoas na Administração Pública Municipal**. Resende/RJ: SEGeT, 2006. Disponível em <http://ww.aedb.br/seget/artigos2006.php?pag=12>. Acesso em 20/8/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas práticas de humanização na atenção e na gestão do sistema único de saúde: contrato interno de gestão secretaria municipal da saúde**. Brasília/DF, 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Curitiba_02-10.pdf. Acesso em 24/8/11.

COLENGHI, V.M. **O&M e Qualidade Total: uma integração perfeita**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

CRUZ, D.B.; GABARDO, M.C.L.; DITTERICH, R.G.; et al. Processo de trabalho na estratégia de saúde de saúde da família: uma perspectiva da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

ANEXOS

ANEXO I – As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de ACS

As atribuições dos profissionais ficaram estabelecidos pela Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>), podendo ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

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 SMS;

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.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

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 a 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.

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

Do 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, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

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, ginecoobstetrícia, 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 contra-referência 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.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na 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.

Do Cirurgião Dentista:

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, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

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

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

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.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

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.

ANEXO II – Síntese das Categorias do Trabalho em Equipe

CATEGORIAS	CARACTERÍSTICAS
Comunicação	Sentir-se ouvido e compreendido na equipe de trabalho. Idéias e informações devem ser repassadas de forma clara e objetiva. A tecnologia para o trânsito das informações deve ser adequada e constantemente atualizada.
Metas e objetivos	Existe um claro objetivo comum na organização e todos precisam conhecê-lo. As pessoas envolvidas no trabalho precisam ter a mesma idéia do que a organização pretende e de qual a sua missão. As decisões tomadas tendem a ser do grupo, mediante consenso e o máximo de envolvimento e comprometimento.
Liderança	O líder tem conhecimento suficiente da tarefa da equipe para acompanhar as discussões e o desenvolvimento dos trabalhos. Possui uma postura flexível diante das diferentes situações, mantendo uma atitude aberta e receptiva. A liderança utiliza métodos de reconhecimento, designação de tarefas e outras técnicas para motivar os membros da equipe.
Tarefas	As tarefas são desafiadoras, exigindo o máximo da capacidade técnica, habilidades e conhecimentos dos membros da equipe. As pessoas devem ter autonomia para planejar e programar o seu trabalho, utilizando os diversos equipamentos necessários, diferentes ambientes e métodos com criatividade e inovação. As pessoas precisam identificar-se com o trabalho que realizam, concebendo-o como uma atividade integrada e produtiva.
Motivação	O trabalho partilhado deve ser constantemente incentivado na equipe. As conquistas, o crescimento profissional e pessoal precisa ser reconhecido pela organização. O ambiente deve ser agradável, fazendo com que as pessoas sintam-se à vontade, valorizadas e estimuladas a serem originais. A integração entre as pessoas e a organização faz com que todos se sintam realmente parte integrante da equipe.
Resolução de conflitos	Os problemas do grupo devem ser tratados no momento em que aparecem. Os conflitos pessoais ou grupais, quando surgem, são bem administrados. A conciliação é realizada na base de negociações e ajustes.
Sistema de avaliação e recompensas	Deve existir na organização, com uma certa periodicidade, um sistema de avaliação de desempenho e recompensas como forma de melhorar os resultados. O sistema de avaliação de desempenho deve fazer parte de um processo dinâmico, interativo, em que as expectativas e normas sejam previamente negociadas e estabelecidas entre avaliadores e avaliados. As normas do sistema, bem como as cifras envolvidas devem ser divulgadas e aceitas por toda a equipe.
Capacitação para o trabalho	A organização deve promover constantemente capacitação para o trabalho, a fim de contribuir para o desenvolvimento das habilidades e competências dos servidores. Os métodos mais indicados para a capacitação: treinamento em serviço, palestras, exercícios vivenciais, cursos na área. A freqüência mais indicada para a realização de capacitação deve ser sempre que uma nova tecnologia ou procedimento seja adotado, ou semestralmente, ou anualmente.

FONTE: Filippim; Turek; Mota (2006)