

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ruth Almeida de Souza

**AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO DISTRITO
SANITÁRIO IV,
MUNICÍPIO DO RECIFE**

RECIFE
2011

Ruth Almeida de Souza

As Relações Interpessoais entre os Profissionais de uma
Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV,
Município do Recife

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão do Trabalho e
Educação na Saúde do Departamento de
Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, como
requisito parcial a obtenção do Título de
Especialista em Gestão do Trabalho.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a Giselle C. Gouveia

Recife
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S719r Souza, Ruth Almeida de.

As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, Município do Recife. / Ruth Almeida de Souza. — Recife: R. A. de Souza, 2011.

48 p.: il.

Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Giselle C. Gouveia.

1. Trabalho em Equipe. 2. Saúde da Família. 3. Relações Interpessoais. I. Gouveia, Giselle C. II. Título.

CDU 614

Ruth Almeida de Souza

As Relações Interpessoais entre os Profissionais de uma
Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV,
Município do Recife

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão do Trabalho e
Educação na Saúde do Departamento de
Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu
Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, como
requisito parcial a obtenção do Título de
Especialista em Gestão do Trabalho.

Aprovada em: 27/04/2011

Banca Examinadora

Dra. Giselle Campozana Gouveia
CPqAM/FIOCRUZ/MS

MS. Kátia Medeiros
CpqAM/FIOCRUZ/MS

Dedico este trabalho a minha mãe **Iracema**, ao meu esposo **João Carlos** e meus filhos, **Daniella** e **Rafael** pelo apoio, carinho e compreensão em todos os momentos no decorrer deste curso.

Agradecimentos

A **Deus**, por me ter mantido firme e persistente diante de tantos obstáculos no propósito de concluir este curso.

A professora **Dr^a Giselle Campozana** pelo o carinho e atenção que me dedicou no decorrer de toda orientação para a conclusão deste.

Aos demais docentes do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde por contribuírem para um despertar de novos conhecimentos, em especial a coordenadora MS. **Kátia Medeiros**.

A meu amigo **Rubens de Melo** pela força, incentivo e orientação para vencer mais esta etapa da minha vida.

A todas as amigas/colegas de trabalho, por terem suprido minha ausência durante todo o decorrer deste Curso, em especial a amiga **Ana Christina Falcão** pelo apoio, contribuição e orientação para a conclusão deste trabalho.

“Às vezes é preciso parar e olhar para longe
para podermos enxergar o que está diante de nós”.

Jonh Kennedy

SOUZA, R. A. As Relações Interpessoais entre os Profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Município do Recife. Tese (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

Este trabalho partiu de uma análise e reflexão sobre os diversos entraves e dificuldades apresentadas nas relações interpessoais entre as equipes de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário IV, município do Recife. Ressalta a importância dessas relações bem como os fatores que influenciam a interação não apenas entre os profissionais, mas também entre a equipe e a comunidade, tendo como finalidade, subsidiar um plano diagnóstico de intervenção baseado na perspectiva da integralidade das ações, considerando a concepção do papel de cada profissional, enquanto membro integrante da equipe. O presente estudo possui uma abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico, cujos participantes foram os profissionais de saúde inseridos nas duas equipes. Muito embora os profissionais tenham ressaltado a importância do caráter interdisciplinar, suas representações indicam que os mesmos desenvolvem basicamente trabalhos isolados, e ações fragmentadas e valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe, no entanto suas representações não são reveladoras da interação entre seus saberes. Também foi constatado que, em nenhum momento do estudo foram feitas referências ao saber da comunidade, demonstrando assim a falta de integração com a mesma no sentido de planejar ações em conjunto, excluindo os usuários enquanto sujeito ativo e participante do seu próprio processo de saúde-doença, sendo mais destacado e valorizado o conhecimento formal/acadêmico. Partindo desse pressuposto as discussões acerca da interdisciplinaridade no contexto do Programa de Saúde da Família são de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos no processo, uma vez que o trabalho em equipe implica numa atividade coletiva, onde cada membro coloca seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo comum.

Palavras Chaves: Unidade de Saúde da Família; Trabalho em Equipe; Relações Interpessoais.

SOUZA, R. A. The interpersonal relationships between professionals in a Family Health unit in Sanitary District IV, Municipality of Recife. Thesis (Labour Management Specialist) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

This work arose from an analysis and reflection about the various obstacles and difficulties interpersonal relationships between the teams of a family health unit (USF) in the health district IV city of Recife. Stands out the importance of these relationships as well as factors that influence the interaction not only among professionals but also between the team and the community and aims at subsidizing a diagnostic intervention plan based on the perspective of the integrity of the shares, considering the conception of the role of each professional a staff member. The present study has a qualitative approach to a descriptive- analytic, whose participants were the family health professionals inserted in the two teams. Although professionals have revealed the importance of the interdisciplinary its representations indicate that they develop primarily works alone, and fragmented actions and value the participation of different professions / professionals within the team, yet their representations are not revealing the interaction between their knowledge. It was also noted that at no time during the study were made reference to know the community, thus demonstrating the lack of integration with it in order to plan actions together, deleting user's active and participant in the process of their own health- disease, being more prominent and valued formal knowledge / academic. From this perspective the discussions of interdisciplinarity in the context of the Family Health Program are essential to bring about changes in the profile of professionals involved in the process, since teamwork implies a collective activity, where each member puts their knowledge, feelings and expectations in terms of a common goal.

Key Words: Family Health Unit, Teamwork, Interpersonal relationships.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ASG – Auxiliar de Serviços Gerais

CD – Cirurgião Dentista

ENF – Enfermeira

ESF – Equipe de Saúde da Família

M – Médico

PCR – Prefeitura da Cidade do Recife

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PSF – Programa de Saúde da Família

Rec – Recepcionista

TE – Técnico de Enfermagem

TSB – Técnico de Saúde Bucal

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
3 O TRABALHO EM EQUIPE.....	17
3.1 A Importância da Interdisciplinaridade.....	18
3.2 A Comunicação como Instrumento Facilitador das Relações Interpessoais.....	21
4 OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo Geral.....	24
4.2 Objetivos Específicos.....	24
5 PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	25
5.1 Objeto de Estudo.....	25
5.2 Coleta de Dados.....	26
5.3 Análises dos Dados.....	26
6 RESULTADOS/ DISCUSSÕES.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS	49
Anexo A – Carta de Anuência	49
Anexo B – Parecer nº 80/2010 de 1 de dezembro de 2010.....	50

1 INTRODUÇÃO

O tema relações interpessoais entre os profissionais da saúde tem despertado importante relevância e preocupação entre os gestores da área de saúde pública.

Partindo-se do pressuposto que o Programa de Saúde da Família (PSF) nasceu do propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população” e “desqualificação profissional” (BRASIL, 2000), um olhar diferenciado visando uma intervenção imediata sobre a problemática das relações interpessoais, é imprescindível para minimizar os conflitos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos profissionais e da população assistida.

É de fundamental importância uma reflexão sobre requisitos importantes no desenvolvimento do processo de trabalho em uma equipe de saúde da família tais como: as relações entre os profissionais, a função e contribuição de cada membro dentro do contexto do trabalho, visto que é necessário que cada ator integrante da equipe possa contribuir, com sua especificidade e ter objetivos comuns de coletividade que proporcionem uma maior resolutividade das ações executadas.

Enfoca-se aqui a importância de um projeto coletivo, onde a atenção da equipe deva estar centrada na produção de cuidados, de uma assistência preventiva e não só de procedimentos clínicos; baseada numa política de assistência à saúde que vise o bem estar físico, mental e social da população.

A dinâmica do trabalho multiprofissional está diretamente relacionada à integração dos profissionais de saúde, à interdisciplinaridade dos saberes e ao bom desempenho das relações interpessoais (PEDUZZI 2001). Conforme essa autora é indispensável para o bom desempenho de uma equipe multiprofissional, o trabalho focar no objetivo comum do grupo, a inter relação dos saberes e a boas relações interpessoais.

Considerando a reorganização das práticas sanitárias e nesta, o desenvolvimento de uma nova política de Gestão de Pessoas a qual vise à melhoria na qualidade de vida da população, através de ações que qualifiquem, valorize e escute o profissional de saúde do Programa de Saúde da Família, faz-se

necessário, um trabalho com a equipe multiprofissional numa modalidade de atividade coletiva, tendo como base a relação recíproca entre intervenção técnica e interação dos atores envolvidos, focando sempre nas relações interpessoais.

O trabalho multiprofissional requer da equipe a capacidade de trabalhar com grupos de pessoas que detêm habilidades e conhecimentos diversos e complementares, propiciando a participação de todos na busca de objetivos comuns. Institucionalizada e gerenciada pelas políticas públicas, a assistência à saúde, apresenta sintomas inquietantes tanto para seus gestores como seus integrantes. Entre os problemas atuais pode-se destacar a importância das relações interpessoais na atenção básica, tendo como foco de estudo os profissionais das Unidades de Saúde da Família.

Diante da perspectiva que as interpretações sobre as relações interpessoais entre trabalhadores dos serviços de saúde podem propiciar, esta pesquisa se coloca para suprir o interesse de análise das relações entre os membros das equipes de uma Unidade de Saúde da Família, visto que se observou uma reduzida conexão entre a dinâmica de relacionamento interpessoal dos profissionais de saúde e o atendimento aos usuários. Além disso, existe a preocupação com determinadas situações apresentadas entre os membros das equipes, que levaram a gestão a ponderar sobre a relevância dos relacionamentos entre os profissionais, entre estes e a comunidade e no desenrolar do trabalho interdisciplinar, buscando subsídios para uma possível intervenção.

Sendo assim tomou-se como questão norteadora desse estudo: **como se dá as relações interpessoais entre os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família no Distrito Sanitário IV?**

2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família representa uma estratégia do Ministério da Saúde para mudar a forma tradicional de assistência à saúde, visando estimular a implantação de um novo modelo de atenção primária, que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde (DA ROS, 2006; ROCOLLETA, 2003).

Tendo uma proposta inovadora na medida em que rompe com os paradigmas consolidados no passado e expande o conhecimento confinado nos consultórios, priorizando o “conhecimento que agrega”, procura mudar radicalmente a atenção à saúde em favor do atendimento integral da população, da descentralização do saber e da proximidade das demandas concretas da população assistida (CARDOSO, 2004).

Conforme este autor trata-se de uma reorganização e reorientação das práticas assistenciais básicas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações.

O modelo de atenção preconizado pelo Saúde da Família configura a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil, quando permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas, evitando o adoecimento, a proposta é de uma atenção integral e em todos os níveis de complexidade.

Dessa forma para contemplar tais fazeres, considera-se a necessidade de compor uma equipe multiprofissional, formada por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e de 05 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS), considerando que para cada 02 equipes, comporta 01 equipe de saúde bucal, composta por: 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal (ASB) e 01 técnico de saúde bucal (TSB).

A adscrição da área é de responsabilidade de cada equipe, através do cadastramento e acompanhamento da população vinculada ao território de abrangência. Cada equipe fica responsável por uma área a qual equivale à

residência de 600 (seiscentos) a 1.000 (mil) famílias, com um limite de 4.500 (quatro mil) habitantes (COSTA, CARBONE, 2004).

Portanto, para que os objetivos dessa proposta se concretizem, faz-se necessário uma equipe com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, atuando de maneira criativa e competente, mediante uma prática humanizada e resolutiva, onde o usuário passe a ser visto como sujeito integrante do processo de trabalho.

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 e por responsabilização da equipe na resolução dos problemas. Esta prática deve estar presente na estrutura de qualquer serviço de saúde, preferencialmente alinhado às perspectivas dos princípios proposto 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 (RIBEIRO et al., 2004).

Dentro deste contexto vale ressaltar a importância do acolhimento no processo de trabalho, este entendido como uma escuta qualificada e a postura cidadã e humanizada dada a todo usuário que procura uma Unidade de Saúde da Família, está relacionado tanto com a atitude individual de cada profissional de saúde, como também na reorganização das ações. É responsabilidade da unidade e de cada profissional de saúde dar uma resposta positiva à necessidade de saúde apresentada pelo usuário, levando em consideração o grau de risco e vulnerabilidade identificado (BRASIL, 2009).

O acolhimento representa um espaço para a construção de vínculos, baseada na relação estabelecida por uma pessoa que porta necessidades/problemas de saúde (usuário) que deposita em outra (profissional) a esperança de que este ajudará a suprir suas necessidades ou resolver seus problemas, por outro lado, os profissionais também esperam que os usuários sigam as orientações e sejam sujeitos de sua saúde. Isto é, para haver vínculo deve haver esta reciprocidade, as expectativas devem ser discutidas, valorizadas e negociadas.

Tem como pressuposto básico o trabalho em equipe de forma integrada. Para além dos saberes específicos de cada profissão, todos devem ter um campo de

cuidado e práticas comuns próprias de quem trabalha com saúde. Ouvir, vincular-se e responsabilizar-se, é o essencial do trabalho em saúde, possibilitando a integração das diversas práticas e saberes. A proposta é que as equipes de acolhimento sejam multiprofissionais, alguns com forte presença no primeiro contato (agentes comunitários de saúde, recepcionistas, vigilantes, etc. e outros responsáveis pela escuta com análise de risco e vulnerabilidade (enfermeiros, dentistas, médicos, técnicos de enfermagem entre outros).

A prática do acolhimento deve propiciar a equipe identificar não só a queixa trazida pelo usuário, mas também outras necessidades de saúde, muitas vezes subjetivadas, ampliando, inclusive, sua capacidade de um olhar holístico.

Franco e Merhy (1999), ao explicitar os objetivos do PSF e o trabalho das equipes, apontam uma série de contradições do modelo adotado pelo sistema que acabam dificultando a implantação das novas práticas de atendimento e o trabalho das equipes. Acreditam que o PSF contém ambigüidade básica: o proposto é que as equipes trabalhem na promoção e prevenção da saúde, na lógica da vigilância em saúde. Mas, por outro lado, o PSF é a “porta de entrada” do sistema e atende também as urgências e demandas espontâneas. Isso cria a necessidade de convivência de dois modelos distintos: o modelo de atenção biomédico pautado no atendimento clínico individual e o novo modelo de prevenção e promoção.

Embora ações preventivas e de promoção da saúde, como atendimento diferenciado de grupos, visitas domiciliares e às escolas e instituições sociais com vistas à educação em saúde, ocorram, segundo os autores, termina acontecendo à mistura de práticas em que o modelo clínico prevalece por ser o mais tradicional e o que vai ao encontro dos anseios da população. A integração das equipes fica prejudicada e, no PSF, repete-se o modelo de atenção desumanizada e fragmentada, centrada na recuperação biológica individual, com rígida divisão de trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Entretanto, vale ressaltar a dificuldade e carência existente no sistema de saúde de encontrar profissionais qualificados com esse novo perfil. Baseada nessa realidade, o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde tem investido na formação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família, com o

objetivo de articular o ensino e o serviço, no sentido de formar profissionais conscientes e bem capacitados para atuar no PSF.

3 O TRABALHO EM EQUIPE

Dentro do contexto do Programa de saúde da Família (PSF) pode-se definir o trabalho em equipe como um dos pilares para o alcance de seus objetivos, no sentido de representar uma estratégia para mudança do atual modelo de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2000).

Considerando como equipe a contratação de trabalhadores de diferentes categorias profissionais alocadas no mesmo espaço físico, com atribuições definidas pela organização, com objetivos comuns e pré-definidos.

A equipe de saúde da família tem como missão conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde, bem como as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2002).

As ações são estruturadas no trabalho em equipe, buscando humanizar as práticas de saúde de maneira a satisfazer o usuário através do estreito relacionamento entre os profissionais e a comunidade.

As relações interpessoais nas equipes dos PSF ainda experimentam comportamentos divergentes, relações que muitas vezes são difíceis de compreender, sendo muito comuns as pessoas não se motivarem tão facilmente pela socialização, pelo “fazer juntos”, procurando fazer sua parte. As equipes sofrem com a competitividade, conflitos e hostilidades entre seus membros. Contrariando a idéia de que a equipe aumenta a satisfação com o trabalho, às evidências, no entanto mostram que as pessoas experimentam um estresse substancial e continuo enquanto membro de uma equipe. (ROBBINS, 2002).

Conforme o autor acima existe uma tendência no trabalho em equipe do “fazer” fragmentado, desconsiderando a importância da complementaridade dos saberes, resultado das difíceis relações interpessoais entre os seus membros, o

que se refere à ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais.

Portanto, o trabalho em equipe requer rever valores e posição de poder, considerando que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: profissão, gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, visão de mundo, diferenças salariais e por fim interesses próprios. Essas diferenças exercem uma considerável influência no processo de trabalho, pois estão presente no agir de cada profissional.

Como afirma Fortuna (2005), o trabalho em equipe não é algo harmonioso. Existem momentos conflitantes e esses não podem ser considerados como algo negativo, ruim ou evitado, mas são inerentes às relações estabelecidas entre os profissionais, as quais permitem a possibilidade de crescimento da equipe, devendo ser trabalhadas.

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. Cada profissional é chamado a desempenhar sua função em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho resultado da contribuição específica das diversas áreas profissionais (BRASIL, 2001, p. 74).

3.1 A Importância da Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade num trabalho em equipe caracteriza-se pela integração de múltiplos saberes e campos de conhecimentos diversos. “Não existe efetivo trabalho em equipe sem um plano comum ou “projeto assistencial” previamente definido pelos membros da equipe em livre discussão sobre quais são os problemas e quais devem ser os objetivos da ação coletiva” (NOGUEIRA, ano).

O trabalho interdisciplinar requer interação constante e intensa por parte dos profissionais para a realização da assistência, do atendimento integral e da reconstrução dos modos de lidar com os saberes, necessários para o atendimento em saúde. “Trabalhar em equipe não significa ser igual, significa trabalhar com as

diferenças e conflitos (FORTUNA, 2005). Este representa um dos maiores desafios dos profissionais que compõe a equipe do Programa de Saúde da Família.

Na equipe do Programa de Saúde da Família é fundamental a definição de papéis para que não haja centralização do trabalho em um só profissional, havendo assim complementaridade. Para tal, faz-se necessário: disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidade e também resultados. A clareza da importância de construir em conjunto um plano de trabalho, o qual defina a responsabilização de cada membro para alcançar o objetivo, a consciência da necessidade de avaliação constante dos processos de trabalho, a sensibilidade e a percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos, bem como o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe, são elementos essenciais para que haja disposição dos membros em ouvir e considerar as experiências um dos outros.

Moscovici (1985) afirma que o trabalho interdisciplinar envolve dois tipos de competência: a **competência profissional**, ligada ao desempenho com base nos conhecimentos técnicos científicos de cada membro da equipe, e a **competência interpessoal**, entendida como a habilidade de se relacionar com outras pessoas, esta levando em consideração fatores como: a subjetividade do ser humano, a história de vida de cada um, a dificuldade de comunicação, entre outros.

Esta definição traz implícita a necessidade de lidar com as diferenças, tanto no que se refere aos vários tipos de conhecimento científico, quanto àquelas de cunho pessoal, tais como o estilo de personalidade, a forma de interagir com os outros e com as mais variadas situações. Uma mesma experiência mobilizará cada membro da equipe de uma forma peculiar, em função de sua história de vida e dos sentimentos despertados. É bom lembrar que esta última habilidade não tem nada a ver com competência profissional, mas com a perspectiva puramente interacional.

Conforme Moscovici (1985), uma pessoa que tenha dificuldade em lidar com perspectivas diferentes na sua vida particular, certamente experimentará alguma tensão diante da diversidade de opiniões e estilos inerentes ao trabalho em grupo. Se há uma hierarquia de poder, a situação pode se complicar ainda mais.

Segundo o autor, esse tipo de postura profissional pode levar muitas vezes a situações problemas de difíceis resoluções, dentro da equipe, se fazendo necessário geralmente a intervenção da gestão; como é o caso do assédio moral o qual se caracteriza pela **“conduta abusiva (gesto, palavras, comportamentos, atitudes) que atende, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho” (BRASIL, 2009).**

Esta problemática não está associada a nenhum poder hierárquico, podendo assim ser classificado como:

- a) Assédio vertical – praticado pelo servidor hierarquicamente superior (chefe) para com os seus subordinados;
- b) Assédio horizontal – praticado entre colegas de serviço de mesmo nível hierárquico;
- c) Assédio ascendente – praticado pelo subordinado que possui muitas vezes os conhecimentos práticos inerentes ao processo produtivo sobre o chefe.

Contudo, nem sempre o assédio moral é intencional, é possível que os atos causem efeitos consideráveis no servidor assediado independente da intencionalidade do assediador. Porém os reflexos à saúde são extremamente significativos, causando desde a queda da auto-estima às patologias de maiores gravidades.

Como o serviço público está voltado para o bem público, os abusos que ocorrem no âmbito da saúde pública, digo entre os profissionais de saúde, parecem chamar mais atenção. Estudos recentes demonstram que geralmente o assédio não está relacionado à produtividade, mas às disputas de poder, passando a se atrelar a uma dimensão psicológica fundamental, a inveja e a cobiça que levam os indivíduos a controlar o outro e a querer tirá-lo do caminho (BRASIL, 2009).

O assédio moral também traz consequências prejudiciais às relações interpessoais do indivíduo, motivadas pela depressão, amargura e sentimento de fracasso, por exemplo. Tais sentimentos impulsionam o mesmo a um isolamento da sociedade.

Várias abordagens têm sido realizadas na tentativa de minimizar os problemas do trabalho e de relacionamentos nas Equipes de Saúde da Família. Barboza e Fracoli (2005) propõem um mecanismo gerencial (fluxograma analisador) que permite às equipes verificar o andamento das ações, levando à resolução dos conflitos internos. O “fluxograma analisador” constitui instrumento de análise, que interroga o “para que”, o “que” e o “como” dos processos de trabalho, o que é feito em reuniões grupais. Afirmam que o procedimento leva a serviços mais descentrados da lógica medicocêntrica além de atuar sobre as disputas entre os diferentes profissionais dos serviços de saúde.

Para Peduzzi (2001), os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo com discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – assistência médica individual.

Desta forma, segundo a autora, é possível observar a existência de tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, com tendência a conflitos e isolamento dos profissionais em suas especialidades e competências. Então, a multiprofissionalidade por si não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos, uma vez parcelados, em direção de atenção holística, integral. Como salientam Schraiber *et al.*, (1999), a eficiência e a eficácia dos serviços, nesta perspectiva, requerem modalidade de trabalho em equipe que traduza forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais.

Partindo deste pressuposto, faz-se necessário e urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde, a qual permita uma maior diversidade das ações e a busca permanente do consenso. Requer uma abordagem que estimule a comunicação horizontal entre os membros da equipe e a busca de soluções compartilhadas.

3.2 A Comunicação como Instrumento Facilitador das Relações Interpessoais

O processo de comunicação representa um fator determinante no trabalho em equipe e na humanização da assistência, este se estabelece através da articulação das ações multiprofissionais. Para que aconteça faz-se necessário que ocorra a comunicação adequada entre os membros da equipe multiprofissional, ressaltando a importância da franqueza, autenticidade, respeito mútuo e confiança (STEFANELLI, et al.,1997).

Conforme a autora não se pode discutir relações interpessoais sem focar a relevância da comunicação no processo de trabalho.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem.

Portanto, a boa interação entre os profissionais possibilita um compartilhar de afetividade e cuidados mútuos, facilitando a resolução de conflitos internos.

A comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar. É através dela que o grupo deixará de ser um simples aglomerado de profissionais de diversas especificidades, com quase nenhum vínculo e se tornará uma equipe de trabalho, integrado, construindo um sistema de parcerias e complementaridade, onde a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e integral. Contudo não é tarefa fácil, visto que, cada membro precisará estar “aberto” à discussão, a saber, lidar com as diferenças e muitas vezes, com o oposto daquilo em que acredita, aceitando o consenso da maioria.

Um dos consideráveis entraves no processo da comunicação de qualquer equipe refere-se à postura dogmática de alguns profissionais de que determinada perspectiva é a única correta, considerando desnecessária a troca de informações/opiniões, especialmente em se tratando de especialidades diferentes. Tal procedimento é extremamente nocivo numa equipe de saúde, pois no mínimo empobrece a reflexão sobre a problemática em questão.

Desta forma, o estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família pode contribuir para superação

de relações hierarquizadas, em que os atores raramente conhecem as potencialidades dos outros, produzindo, dessa forma a divisão social do trabalho, contribuindo assim para uma relação de mando e autoridade (MISHIMA, et al., 2000).

É importante ressaltar que a prática de reuniões regulares da equipe representa uma importante estratégia para facilitar a comunicação. Espaço que além de se discutirem aspectos objetivos e quantitativos do trabalho, possibilitam que os membros coloquem suas experiências de natureza qualitativa, interacional ou subjetiva. Momentos oportunos para troca de experiências, expectativas e somar esforços no sentido de melhorar e fortalecer a convivência e a oferta de serviços prestados à comunidade.

No entanto, podemos concluir que a comunicação é considerada como o principal instrumento para que os conflitos sejam convertidos em crescimento, um aprende com o outro e esse aprendizado promove o crescimento da equipe.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Analisar de que forma se dão as relações interpessoais entre os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Município do Recife, no ano de 2010.

4.2 Objetivos Específicos:

- a) Traçar o perfil sócio demográfico (sexo, idade, escolaridade, categoria profissional) dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Município do Recife, no ano de 2010;
- b) Descrever as dificuldades de execução do trabalho entre os profissionais de saúde do estudo, entre estes e os usuários e entre estes e a gestão do Distrito Sanitário IV e como estas interferem no trabalho em equipe;
- c) Analisar como as variáveis auto reflexão; auto percepção; comunicação; valores pessoais; diferenças individuais e soluções para os conflitos podem ser utilizadas para minimizar as dificuldades de relacionamento interpessoal entre os profissionais do estudo.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para a realização desse trabalho foi utilizada a pesquisa qualitativa, baseada em dados secundários de caráter descritivo-analíticos.

O conteúdo foi embasado na metodologia de Bardin (2002), modalidade temática, onde a análise por categorias é a mais utilizada, entre as diferentes possibilidades de categorização, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz, tendo recebido parecer favorável (anexo B), de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

5.1 Objeto de Estudo

O objeto de estudo foi às relações interpessoais entre os profissionais de duas Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV, localizado no município de Recife, resultado de um trabalho desenvolvido entre os meses de junho e julho de 2010, objetivando analisar e refletir sobre as diversas dificuldades identificadas na unidade, interferindo no trabalho em equipe.

Foram utilizados os dados do diário de campo proveniente da observação presencial, como também da participação em reuniões com a equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), recepcionista e auxiliar de serviços gerais) lotados na unidade referencial para este estudo, no total de 22 pessoas, nos meses acima citado. Além disso, foram utilizados como fonte de dados os relatórios produzidos das observações “in loco” no período do estudo, os quais são documentos internos do Distrito Sanitário IV e para tal, esta análise foi autorizada através de carta de anuência da gestora (anexo A).

5.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, a partir dos relatórios e diário de campo, subsidiados pelas reuniões das equipes nas quais foram utilizadas dinâmicas de grupo através da leitura, reflexão e, discussão de mensagens de textos e em slides, buscando o desenvolvimento e integrações dos profissionais.

Diante dos objetivos propostos para trabalhar as relações interpessoais e os nós críticos dentro da unidade, a partir da concepção dos profissionais, a Dinâmica de Grupo proporcionou a análise das variáveis:

- a) Auto reflexão – levando cada participante a ter um olhar interior, no sentido de perceber o seu papel enquanto parte integrante e responsável pela equipe, para se tornar empático;
- b) Auto percepção – proporcionando o conhecimento de si mesmo, para maior aceitação e entendimento das diferenças individuais nos relacionamentos;
- c) Comunicação – buscando a eficácia para maior entendimento entre os profissionais e minimização dos conflitos;
- d) Valores – cada profissional teve a oportunidade de reconhecer sua escala de valores, analisando comportamentos e atitudes;
- e) Diferenças individuais – serviu como fortalecimento para o trabalho de equipe.
- f) Soluções para os conflitos – juntos buscarem a minimização dos conflitos existenciais.

5.3 Análises dos Dados

Com base na literatura sobre trabalho em equipe, mais especificamente nas contribuições de Peduzzi (2001); Schraiber et al., (1991), nas reuniões com a equipe e através da observação participativa e dados coletados, destacamos as seguintes categorias de análise:

- a) Visão da equipe;
- b) Dificuldades no desempenho das funções em equipe;
- c) Interação e dificuldades de relacionamento entre os profissionais;
- d) Dificuldades com relação à estrutura da unidade;
- e) Dificuldade quanto à relação com os usuários;
- f) Dificuldades quanto à relação com o Distrito Sanitário IV;
- g) Motivação e satisfação com relação à função desempenhada;
- h) Problemas de saúde que dificultam o desempenho do profissional.

Os profissionais de saúde que fizeram parte deste estudo serão categorizados conforme o quadro abaixo:

Categoria profissional	Identificação das falas dos sujeitos
Médico	M _(1,2)
Dentista	D
Enfermeiras	Enf. _(1,2)
Técnicos de enfermagem	TE _(1,2)
Técnico de Saúde Bucal	TSB
Auxiliar de Saúde Bucal	ASB
Agentes Comunitários de Saúde	ACS _(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)
Recepcionista	Rec
Auxiliar de Serviços Gerais	ASG

Quadro 1 – Categorização dos profissionais do estudo

Fonte: Relatórios e diário de campo PSF – Distrito Sanitário IV

Variáveis sócio demográficas:

Sexo, faixa etária (30 a 50 anos e 51 a 70 anos), escolaridade (ensino fundamental, médio/técnico e superior), categoria profissional (médicos; agente comunitário de

saúde; dentista; enfermeiras; técnicos de enfermagem; técnico de saúde bucal; auxiliar de saúde bucal; recepcionista; auxiliar serviços gerais).

Considerações éticas:

Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães sob o nº 80/2010 (anexo B).

6 RESULTADOS/DISCURSÕES

Dos profissionais envolvidos neste estudo a maioria era do sexo feminino, jovens com nível de escolaridade médio/técnico. A categoria profissional foi multidisciplinar com predomínio de Agentes Comunitários de Saúde (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil sócio demográfico dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV. Recife, 2010.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	09	40
Feminino	13	60
Faixa etária		
30 a 50 anos	12	52
51 a 70 anos	10	48
Escolaridade		
Fundamental	02	10
Médio/Técnico	15	68
Superior	05	22
Categoria Profissional		
ACSs	11	50
Auxiliar de Saúde Bucal	01	4,45
Auxiliar de Serviços Gerais	01	4,45
Dentista	01	4,45
Enfermeiros	02	9,09
Médicos	02	9,09
Recepcionista	01	4,45
Técnica Enfermagem	02	9,09
Técnica Saúde Bucal	01	4,45

Fonte: Fonte: Relatórios e diário de campo – PSF Distrito Sanitário IV

Dentre as categorias de análise acima mencionadas subsidiadas pelos relatórios elaborados durante o estudo podemos destacar:

a) Visão da equipe

Em relação as dificuldade da equipe, os profissionais relataram que as relações interpessoais de maneira geral são boas, mas na atualidade, estas estão em processo de desgaste como descreveram alguns entrevistados, muito embora em uma das falas, faça-se referência a competência e responsabilidade da quase totalidade dos integrantes. Segundo os dados dos relatórios, em alguns depoimentos pode-se constatar a presença de fatores como a falta de compromisso e interação por parte de alguns membros, interferindo no processo de trabalho em equipe, no “fazer junto”. Como afirma Robbins (2002) à complexidade das relações interpessoais nas equipes das Unidades de Saúde da Família partilham muitas vezes comportamentos contraditórios, levando os profissionais a não se motivarem pela socialização e a complementaridade das ações, procurando fazer sua parte, contribuindo para situações conflituosas e hostis entre seus membros.

[...] Reconheço na quase totalidade de seus integrantes, competência e responsabilidade para com suas atribuições. No entanto o bom relacionamento que sempre existiu entre os membros da equipe tem sofrido interferências negativas de alguns integrantes em razão de condutas inadequadas [...] (M₁)

[...] Muitos colegas se julgam melhores que outros e mais capacitados, se omitindo em participar de outras atividades, deixando os colegas sobrecarregados [...] (ACS₁)

Os profissionais parecem desconhecer a importância da interdisciplinaridade das ações dentro do Programa de Saúde da Família que preconiza o trabalho em equipe, onde o resultado deve ser mérito de todos, se fazendo necessária a interação constante por parte dos atores envolvidos. Como afirma Fortuna (2005), “trabalhar em equipe não significa ser igual, significa trabalhar com as diferenças e conflitos”, partilhando conhecimentos e saberes.

Este representa um dos maiores nós críticos entre os profissionais que compõe a equipe de uma Unidade de Saúde da Família.

Os relatos nas falas abaixo revelam compromisso e responsabilidade dos profissionais, porém se encontram desmotivados e sem espírito de equipe. De

acordo com Piancastelli, Faria e Silveira (2005) é importante que esses profissionais entendam “o trabalho em equipe como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade das ações e elevar o grau de satisfação do trabalhador”, sensibilidade e percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos, bem como o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

Portanto, trabalhar educação e prevenção na saúde dentro do Programa de Saúde da Família requer ações articuladas de múltiplos saberes e interação permanente entre os profissionais e a comunidade, levando o usuário a refletir sobre o seu papel enquanto agente ativo e incluso no processo de trabalho.

Diante do exposto nas falas abaixo, alguns profissionais, mesmo por desconhecer as diretrizes e atividades do PSF, usam de poder, inibindo as ações de alguns colegas. Como diz Fortuna (2005), o trabalho do PSF precisa ser descentralizado, compartilhando objetivos, decisões, responsabilidade e também resultados, construindo um trabalho coletivo, considerando todas as experiências dos profissionais envolvidos.

Tendo a comunicação como principal instrumento para dirimir os conflitos e contribuir para o crescimento da equipe.

[...] Todos estão comprometidos em cumprir suas funções com eficiência. Na minha visão falta resgatar o incentivo, a integração, união para trabalhar grupos em educação e prevenção na saúde [...] (ACS₂)

[...] A que cada profissional tem do trabalho de equipe no PSF, com exercício de poder inadequado. Diante disto, alguns profissionais se sentem oprimidos, sem externar suas opiniões, com receio de represália, daí exercem suas atividades sem satisfação [...] (M₂)

A comunicação parece não funcionar de forma eficaz conforme depoimento abaixo. Mas considerando a citação de Stefanelli et al. (1997), se faz necessário que todos os profissionais entendam que ela representa um fator determinante no trabalho em equipe e na humanização da assistência, facilitando as ações multiprofissionais. Ainda é necessário que busquem sua eficácia pela importância da franqueza, autenticidade, respeito mútuo e confiança que ela proporciona nas relações interpessoais.

[...] Hoje pelo desencontro de informações e opiniões a harmonia foi quebrada entre os componentes da equipe. A comunicação passou a não

ser clara, ficando impraticável o trabalho de equipe e relacionamento interpessoal [...] (TE₁)

Assim sendo, a prática de uma relação dialogada, com decisões compartilhadas entre os profissionais pode contribuir para superação de relações hierarquizadas, e conseqüentemente a diminuição de possíveis conflitos.

b) Dificuldades no desempenho das funções em equipe

No que se refere ao desempenho das funções em equipe, a maioria dos servidores declararam se sentirem sobrecarregados pela grande demanda da unidade e por atividades desenvolvidas não preconizadas pelo Programa de Saúde da Família, conforme falas abaixo. Ao ser idealizado pelo Ministério da Saúde, o programa não contemplou na equipe, profissionais não técnicos, digo, pessoas para executarem tarefas meramente administrativas e burocráticas as quais mantivessem um contato direto com o núcleo gestor a fim de levarem as demandas da unidade, uma espécie de administrador, com isso no decorrer dos anos com o aumento considerável das Equipes de Saúde da Família, bem como o aumento das famílias nas áreas adstritas os profissionais absorveram tanto atividades extras, quanto o aumento do número de atendimentos muitas vezes prejudicando suas atividades na própria equipe e no trabalho em grupo com a comunidade.

[...] Sobrecarga de atribuições; principalmente questões burocráticas, no que diz respeito a pedido de materiais, manutenção de equipamentos, (acionar o D.S.IV), realizarem CIs (comunicação interna) exames laboratoriais. Recebimento, coleta de exames e distribuição para a equipe [...] (Enf₂)

[...] Como a demanda da unidade é muito grande nós temos dificuldade sem relação à visita com o médico e auxiliar de enfermagem. Desenvolvimento de trabalhos em grupos junto à comunidade [...] (ACS₆)

Com relação à equipe de saúde bucal, esta só foi incorporada mais recentemente, o que pode afetar a falta de integração entre as duas equipes, existe um sentimento de desintegração com relação aos demais membros, a visão é de uma equipe a parte, a qual não compartilha as ações, voltada para parte clínica. A

falta de integração com as ACSs para a execução de ações educativas conjuntas é fator preponderante para desarticulação com a comunidade no sentido de desenvolver um trabalho focado na educação e prevenção. As profissionais envolvidas (saúde bucal) demonstram ter consciência da importância de um trabalho integrado principalmente no que diz respeito ao acolhimento interdisciplinar, processo já implantado em todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário IV, porém, com algumas dificuldades a serem superadas, tendo como objetivos a prática de uma escuta qualificada e uma possível resolução para o problema apresentado pelo usuário, o acolhimento tem como pressuposto a integração dos saberes e agir de cada profissional (BRASIL, 2009).

Em contra partida a falta de interesse e integração por parte dos demais profissionais com relação a partilhar ações somadas às reuniões não resolutivas contribui para este sentimento. Conforme os depoimentos, as agentes comunitárias de saúde se negam a participarem das agendas de ações programadas pela equipe de saúde bucal. Estas por sua vez alegam não ser comunicada com antecedência a fim de se programarem o que ressalta a falta de comunicação entre esta equipe e os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família. Diante do que foi observado durante o trabalho realizado na unidade, pode-se afirmar que os ACSs, são muito bem articulados entre si, negando-se muitas vezes em acompanhar os profissionais a área, bem como os estudantes e residentes. Isto acontece por insatisfação desta categoria profissional em não receber a bolsa (ajuda financeira), a qual os profissionais de nível superior recebem pela tutoria do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) na saúde. Este Programa tem como objetivo o compromisso na formação de profissionais de saúde, propondo estratégias de fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do SUS.

[...] Ao contrário do que nos é cobrado, que saúde bucal deve se integrar as outras equipes de saúde da família, não há uma contra partida, por exemplo: melhorar o fluxo interno para saúde bucal, acolhimento conjunto [...] (D)

[...] Pouco interesse das ACSs, se negando a acompanhar a equipe de saúde bucal nas atividades escolares, as informações relacionadas fica com a

equipe com exceção da recepção. Dificuldades de integração com os demais membros no que diz respeito à saúde bucal [...] (ASB)

As reuniões quando realizadas, são geralmente de pouca resolutividade e consenso, problema levantado pela grande maioria da equipe, identificada pela fala abaixo, representando um dos fatores relevantes para um trabalho desarticulado, sem momentos para a elaboração de um plano de ação, discussões de casos e avaliação em conjunto. O planejamento do processo de trabalho precisa ser mais bem conduzido para que este possibilite responder as questões sugeridas por Barbosa et al. (2005), quando da elaboração do fluxograma de trabalho, que deve ser pensado levando em conta o contexto de cada unidade. Este planejamento deve ser realizado através de reuniões com todos os membros, objetivando ações coletivas descentrada da ultrapassada lógica medicocêntrica, bem como possibilitando o agir sobre os possíveis conflitos entre os profissionais de saúde. Momentos adequados também para troca de experiências, expectativas e unir esforços no sentido de restabelecer e fortalecer o convívio em equipe e conseqüentemente melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

[...] Necessidade de reunião da equipe para discutir assuntos externos e internos sem desentendimento [...] (ACS₄).

c) Interação e dificuldades de relacionamento entre os profissionais

Considerando a interação enquanto construção de consensos em relação a objetivos e resultados a serem obtidos pelos profissionais, pode-se afirmar que em quase todas as falas, os servidores fizeram referencia a situações de conflitos entre alguns membros da equipe, interferindo e dificultando consideravelmente o processo de trabalho coletivo. Retomando Moscovici (1985) o trabalho interdisciplinar não requer somente a competência profissional baseada nos conhecimentos técnicos científicos de cada profissional, mas também a habilidade de se relacionar com outras pessoas. A subjetividade de cada um, a história de vida, problemas de comunicação, visão de mundo e por fim interesses próprios,

são fatores importantes que interferem e exercem forte influencia nas relações interpessoais, visto estarem presente no atuar de cada individuo. Foram identificados alguns entraves de ordem pessoal entre alguns membros da equipe.

[...] No que diz respeito a minha pessoa, não tenho nenhuma dificuldade de relacionamento com as equipes. Mas percebo que existem entraves pessoais que afetam o relacionamento e o processo de trabalho de alguns integrantes. Às vezes acontece algo e as pessoas fazem um tumulto, criam uma situação, gera-se uma insatisfação, até certo ponto de dificultar as atividades da unidade. As pessoas já ficam “armadas” sempre na defensiva, se todos fizessem a sua parte e reclamasse menos, tudo seriam melhores, em minha opinião estas questões são de ordem pessoal, tem a ver com o temperamento a personalidade e o modo de pensar de cada um [...] (Enf 1)

[...] Falta de diálogo e coleguismo entre alguns como: médico com ACS, enfermeiro com ACS [...] (ACS 3)

Por outro lado, parte da equipe da USF se coloca com boa interação entre os profissionais que atuam conjuntamente. A dificuldade maior relatada por parte dos ACSs, diz respeito a pouca visibilidade de suas ações.

Conforme Oliveira (2000), a forma como a comunicação é desenvolvida na equipe pode tornar fácil a sincronização das ações e o estabelecimento de um desafio coletivo em torno das finalidades do trabalho, como também pode comprometer e dificultar os resultados obtidos e a integração do grupo.

[...] A nossa equipe (saúde bucal) é bastante entrosada, nós planejamos as ações, discutimos, executamos e avaliamos juntas. Procuramos nos integrar aos demais colegas das outras equipes. Há dificuldades em realizarmos atividades coletivas, em conjunto, no Programa de Saúde da Família sinto falta do interesse principalmente dos ACSs, que pela própria natureza da sua função, deveriam ser protagonistas destas ações. [...] (D).

d) Dificuldades com relação à estrutura física da unidade

Em se tratando de dificuldades com a unidade todos foram unânimes em declarar a necessidade de algumas reformas e reparos na estrutura, visto as infiltrações e mofos na laje e paredes, foi enfatizada também a quantidade

insuficiente de salas para acomodar o número de profissionais, e a grande demanda de residentes de medicina e multiprofissional lotados na unidade, comprometendo o atendimento. No que se refere à parte de equipamentos diversos e materiais de expediente se faz necessário a reposição de alguns e a aquisição de outros para atender melhor a necessidade da unidade. Os usuários têm uma visão da qualidade da infra-estrutura de serviços ambulatoriais diferenciada dos profissionais de saúde, pois em pesquisa realizada recentemente no estado de Pernambuco, que avaliou a satisfação dos usuários com a Atenção Básica revelou que os percentuais de satisfação relativos à infra-estrutura e disponibilidade de equipamentos estavam acima de 70% (GOUVEIA et al., 2009).

Foi citada em algumas falas a urgência na contratação de um vigilante na unidade, em razão da USF ser localizada numa área de risco, sendo relatados alguns episódios de agressão por parte da comunidade provocando uma total insegurança para os profissionais.

No cotidiano de trabalho, os profissionais do PSF têm de transpor vários obstáculos impostos pela violência urbana, tema pouco discutido na área de saúde. O enfrentamento de agressões verbais, físicas e morais tornaram-se constante nos serviços de saúde, que constituem, atualmente, uma das poucas portas abertas, onde a pessoa é recebida e ouvida quer ela fale ou grite. Estando a equipe sujeita às mais diversas situações, independente de seu grau de risco (VELLOSO, 2005).

O atendimento muitas vezes é prestado sob grande pressão considerando que, além das agressões de pessoas simplesmente fragilizadas e doentes, podem receber e atender indivíduos ligados a criminalidade. Junte-se a isso o medo de não ser resolutivo com os recursos disponíveis; neste sentido não são raros os casos em que os profissionais sofrem ameaças e até agressões por não terem condições de realizarem os procedimentos necessários, como aquisição de medicamentos, realizações de exames diagnósticos, entre outros.

Nas falas das ACSs, foram citadas, falta de material de trabalho como: protetor solar, fardamento e bolsas para realizar suas atividades.

[...] Precisamos melhorar a estrutura física do prédio, os equipamentos que estão sempre a desejar, segurança que não temos melhor acondicionamento de documentos e envelopes (prontuários) e melhorar o ar condicionado [...] (ACS₉)

[...] Neste sentido a estrutura deixa a desejar afinal somos 2 equipes bem distribuídas nas salas, mas também comportamos os residentes, médicos, multiprofissionais e estudantes de vários períodos e cursos o que deixa a estrutura e o atendimento comprometido [...] (T E₂)

[...] A falta de material, entre eles: fardamento, bolsa e protetor solar + equipamento para a época das chuvas e os prontuários, prejudicando nosso trabalho [...] (ACS₇)

e) Dificuldade quanto à relação com os usuários

No que diz respeito à relação profissional – usuário, conforme os servidores, esta se estabelece através dos vínculos criados no processo de trabalho diário, tendo como um forte elo a intermediação da ACS, visto o conhecimento e o vínculo desta com a comunidade. Apesar de serem consideradas boas pelas equipes, (segundo falas), as relações interpessoais vêm sofrendo alguns entraves consideráveis decorrentes muitas vezes da falta de habilidades e sensibilidades na arte de acolher por parte de determinados profissionais da unidade.

Não se pode discutir relação com usuário sem focar a importância do acolhimento interdisciplinar, este entendido como uma escuta qualificada e humanizada. Representa um momento para a construção de vínculos fundamentada na relação constituída por um indivíduo que apresenta problemas de saúde que coloca em outro a expectativa de que este auxiliará a suprir sua necessidade, levando em consideração o contexto e a realidade a qual a pessoa está inserida. Os profissionais por sua vez, também esperam que os usuários adotem as suas orientações e passem a ser sujeitos de sua saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, o acolhimento deve proporcionar à equipe a capacidade de identificar não só a queixa trazida pelo usuário, mas também a necessidade muitas vezes não verbalizada.

Entre os fatores determinantes para o alcance de tais práticas apresenta-se a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, o ponto de vista dos usuários e da população que em geral é considerado um elemento fundamental deste processo (CAPRARA et al., 2003).

Especificamente na relação médico e paciente, mesmo pertencendo à mesma cultura, estes interpretam a relação saúde-doença de forma diferente, e não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente é excluído (CAPRARA, et al., 2003).

Dentro deste contexto, o médico geralmente não identifica o paciente como um ser capaz de assumir a responsabilidade pela sua saúde, como também não procura desenvolver a autonomia e participação do usuário no seu processo de adesão ao tratamento, prevenção e promoção da saúde.

[...] Principal problema com relação aos usuários, não é dos usuários e sim dos profissionais. A falta do olhar da compreensão da realidade do outro que chega com um problema (doença, sofrimento) é que gera os conflitos com os usuários. Antes de negar e impor algo a pessoa necessita de uma escuta, atenção [...] (M₂)

[...] Com relação aos usuários não existe nenhum problema, porém peço o máximo possível para que exista sempre um elo entre ACS, usuários e USF. Porém existem aqueles que elogiam outros que nunca estão satisfeitos por motivo de não achar a acolhida boa ou as informações contraditórias recebidas [...] (ACS₅)

[...] Pela própria natureza do nosso trabalho, muito próximo dos usuários pode acontecer alguns confrontos, mas são contornados. O que chama atenção é a pouca participação da comunidade nas reuniões com a equipe [...] (D)

e) Dificuldades quanto à relação com o Distrito Sanitário IV

Em se tratando da relação dos profissionais com o Distrito Sanitário IV, este vale salientar, representando a gestão, foi reconhecida pela maioria dos profissionais como um tanto prejudicada no que se referem às respostas às solicitações. Nas falas abaixo, pode-se identificar que a demora e a falta de uma breve resolutividade por parte da gestão aos problemas e necessidades da unidade, foram às principais queixas das equipes. Os questionamentos mais focados foram: da falta de material indispensável à realização das atividades, (infra-estrutura, material de expediente, material de proteção para ACSs), medicação,

comunicação, apoio da gestão no que diz respeito à maior assiduidade da gerência de território, apoio institucional e de demais gerências à unidade.

No entanto, falta a equipe a sensibilidade e a compreensão de que nem todas as demandas o Distrito tem governabilidade, e as que as têm, muitas vezes pela própria estrutura e deficiência da rede de saúde no nosso pai, existe demora e atrasos nas respostas, acarretando assim um desgaste emocional muito grande entre equipes e gestores.

[...] O problema com relação à gestão por algum tempo foi a postura impositiva, falta de diálogo e ausências. Isto vem sendo contornado, porém a equipe precisa postura mediadora por parte da gestão, presença na unidade tanto por parte da gerência de território, apoio institucional como outras gerências [...] (M₂)

[...] Falta apoio do distrito, comunicação, material para trabalhar, equipamento de trabalho como: fardamento, botas, capas para o inverno, pois dificulta a chegada às casas dos usuários [...] (ACS₈)

[...] São poucos os problemas com o distrito. A maioria são os pedidos e solicitações feitas e não são atendidas, porém sei que muitas solicitações não competem só ao distrito, mas ao nível central da Prefeitura da Cidade do Recife - PCR [...] (ACS₁₀)

[...] Certa lentidão nas resoluções, falta de autoridade, quanto a algumas solicitações [...] (TE₂)

Tanto quanto se faz necessário estabelecer uma boa relação interpessoal entre as equipes, entre estas e os usuários, baseada na interdisciplinaridade dos saberes, do consenso e do fazer coletivo, também é importante desenvolver uma “sadia” relação com a gestão a qual está vinculada, visto que todo processo de trabalho na saúde perpassa por uma ação conjunta e articulada entre gestão e profissionais, visando sempre à qualidade no atendimento, na educação e na promoção a saúde.

g) Motivação e satisfação com relação à função desempenhada

No que se refere à motivação e satisfação na função que desempenham, todos foram unânimes em afirmarem que gostam do que fazem e que estão na

função por amor e vocação, apesar de algumas dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe, como acima já mencionado.

É observado nos depoimentos abaixo o fator vocacional (ou chamado) o qual significa a adesão às normas e padrões que o identifica com o companheiro de profissão e com a profissão como coletividade. A questão vocacional foi historicamente considerada como elemento forte, enquanto fator motivacional (ARAÚJO, 2003).

Outro aspecto importante na satisfação são as relações interpessoais, o respeito da comunidade e dos demais membros da equipe, a gentileza e a troca de experiências entre os profissionais, o reconhecimento dos usuários em relação às ações desenvolvidas, representa para uma Equipe de Saúde da Família fatores motivacionais essenciais para o desenvolvimento do processo de trabalho.

Do ponto de vista profissional destaca-se a valorização profissional, como o sentimento de que suas atividades desenvolvidas são compensadores a ponto de motivá-lo no trabalho, esta podendo ser medida pelo os resultados obtidos.

No entanto, fazendo um paralelo as equipes estudadas, observa-se que apesar dos atores se identificarem com o que fazem, existem alguns entraves de ordem relacional a serem trabalhadas para que as ações em equipe possam prevalecer.

[...] Sim, gosto do que faço, foi minha escolha profissional e de especialidade. Meu trabalho traz retorno não apenas financeiro, mas afetivo e ideológico. A minha dificuldade pessoal é identificar a minha parcela de contribuição para sanar todo esse problema na unidade. Sei também que essa é uma dificuldade de alguns colegas, essa resposta faz acessarmos nosso olhar de compreensão da realidade do outro e nos coloca no contexto da situação [...] (M₂)

[...] Sim gosto das minhas atividades, porém poderia ficar mais satisfeita se as equipes chegassem mais juntas e se envolvessem mais com a saúde bucal. Já que temos tantas atribuições e sobrecarga só precisamos de mais comprometimento principalmente no que diz respeito a cumprir nosso cronograma de atividades externas [...] (TSB)

[...] Gosto da minha função, estou um pouco insatisfeita devido às atividades burocráticas. A minha principal dificuldade pessoal é dizer NÃO em algumas situações. Isto eu preciso trabalhar em mim. É dizer não aos usuários, as ACS em algumas situações, as técnicas de enfermagem.

Dizer não para alguns casos e situações é difícil, mas no dia a dia já estou conseguindo fazer isso [...] (Enf₁)

[...] Sim, amo o que faço, porque lido com pessoas, me entrego ao máximo para orientá-las em como prevenir na sua saúde. Procuro ajudar o próximo [...] (ACS₁₁)

h) Problemas de saúde que dificultam o desempenho do profissional

A saúde dos trabalhadores é uma questão pouco discutida na rotina diária. Eles vivem empenhados em minimizar o sofrimento da população, quando na realidade, muitas vezes são esquecidos e não valorizados enquanto pacientes.

Há um esquecimento que o profissional de saúde é antes de tudo um “SER HUMANO”, e para cuidar dos outros necessita está bem do ponto de vista bio-psico-social.

A grande maioria não apresentou problemas de saúde, porém alguns profissionais são portadores de problemas de saúde, como depressão, Síndrome do Carpo, Síndrome de Frouxidão Ligamentar (proveniente de LER – Lesão por esforço repetitivo), miomas uterinos, etc. conforme falas abaixo, e mesmo assim não abandonam o serviço. É necessário salientar que estas pessoas precisam ser assistidas também, já que cuidam dos usuários e precisam estar bem de saúde.

Considerando que o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação principalmente quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa, quando realizado com afinco exige esforço, capacidade de concentração, de raciocínio, implica desgaste físico e/ou mental, atuando na qualidade de vida dos trabalhadores (KANAANE, 1994).

Portanto, conforme o autor, ao considerar qualidade de vida de forma a englobar aspectos de bem estar biopsicossocial, deve-se tomar medidas de prevenção e tratamento para que esses estados não afetem a instituição de maneira a impedir a produtividade e o desenvolvimento, nem mesmo ao individuo na sua saúde e qualidade de vida.

Em se tratando do profissional de saúde esta situação se agrava ainda mais, visto que são pessoas que lidam com a doença e o sofrimento humano e para

desenvolverem suas atividades precisam também de cuidados, ambientes propícios e boas relações interpessoais, fatores importantes para uma boa saúde física e psíquica. Alguns relatos revelam a importância da boa saúde e qualidade de vida e como estas afetam o dia-a-dia dos de saúde.

[...] Ultimamente me sinto um pouco deprimido, sinto que poderia render mais, produzir mais, mas não estou conseguindo, estou desmotivado e não quero continuar assim, porque gosto de vestir a camisa de tudo que faço [...] (ACS₉)

[...] Sim, tenho miomas uterino, quando menstruo, fico em media oito dias menstruada, tenho fortes dores e o fluxo a mais que o normal [...] (ACS₅)

[...] Sim, estou desenvolvendo a Síndrome do túnel de carpo por ter que fazer rolinhos de algodão [...] (TSB)

Oficinas de Trabalho

As oficinas foram resultantes de um conjunto de reuniões, portanto, são depois da coleta de dados dos questionários, onde surgiu a necessidade de trabalhar “in loco” com os profissionais, para em conjunto minimizar os conflitos existenciais que, de certa forma, eram entraves no desenvolvimento da equipe. Quando da análise das variáveis auto reflexão; auto percepção; comunicação; valores pessoais; diferenças individuais e soluções para os conflitos, realizada nas oficinas, esta levaram os participantes a ter um olhar interior, no sentido de perceber o seu papel enquanto parte integrante e responsável pela equipe, para se tornar empático. Além disso, buscou-se proporcionar o conhecimento de si mesmo, para maior aceitação e entendimento das diferenças individuais nos relacionamentos visando uma melhor comunicação que levasse a um maior entendimento entre os profissionais.

Os profissionais tiveram a oportunidade de reconhecer sua escala de valores, analisando seus comportamentos e atitudes, reconhecendo suas diferenças e assim têm buscado minimizar os conflitos no ambiente de trabalho.

Durante as reuniões com as equipes da USF, aplicou-se a dinâmica “O Barco da Vida” onde cada participante recebeu uma folha de papel ofício, construiu um barco de papel e a facilitadora começou a “navegar” com eles. O barco seguia no mar e diante das dificuldades que iam surgindo e eram relatadas pelos

participantes, como: dificuldade de relacionamento falta de comunicação e diálogo, dificuldade em lidar com as diferenças dos outros, falta de trabalho em equipe, etc. (anotações do diário de campo). Nesse percurso algumas partes do barco iam sendo destruídas, onde cada participante escolhia a parte a ser destruída rasgando o barco a cada obstáculo relatado, porém precisavam proteger a proa para que o mesmo não naufragasse. Ao final sobrando apenas a parte suficiente para o barco não afundar, a facilitadora pediu que os participantes desfizessem o que restou do barco de papel e os interrogam o que eles tinham a mão, a surpresa foi uma “camisa salva vidas”, que representava que para tudo, sempre há solução. Após esta dinâmica, a facilitadora refletiu sobre os aspectos problemáticos no ambiente de trabalho, juntamente com os profissionais envolvidos.

Além desta, e objetivando proporcionar a cada participante uma auto reflexão e auto percepção, visando melhoria na comunicação, reconhecimento dos valores pessoais e diferenças individuais, para solução dos conflitos, cada participante recebeu uma folha ofício para escrever como se vê, como vê o outro, suas qualidades e defeitos e responderam a pergunta “Quem Sou EU?”.

Após a aplicação das dinâmicas, cada participante se colocou de acordo com o que foi apreendido, onde foi possível observar a importância da integração na equipe para desenvolvimento das atividades, bem como, a importância de conhecer a si mesmo para uma relação empática. Os profissionais externaram que deve prevalecer o respeito por cada membro da equipe, partindo da aceitação das diferenças individuais e da escala de valores de cada ser humano, fortalecendo o trabalho em equipe e facilitando a solução dos conflitos.

Os participantes ainda enfatizaram que a dinâmica proporcionou uma análise pessoal a nível de comportamentos e atitudes, possibilitando a cada um analisar as dificuldades existentes na sua comunicação e no trato para com o outro.

Conforme Moscovici (1985) é necessário o pensar individual de cada indivíduo, avaliando suas perspectivas de vida, diferentemente dos demais, para diante das adversidades de opiniões e estilos inerentes ao trabalho em grupo, poder conviver de forma humanizada e integralizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe no contexto do Programa de Saúde da Família, ganha uma nova dimensão, no sentido da divisão de responsabilidade do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade dos serviços de saúde prestados a comunidade.

Muito embora os profissionais tenham ressaltado a importância do caráter interdisciplinar, suas representações indicam que os mesmos desenvolvem basicamente trabalhos isolados, e ações fragmentadas e valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe, no entanto suas representações não são reveladoras da interação entre seus saberes. Também foi constatado que, em nenhum momento do estudo foram feitas referências ao saber da comunidade, demonstrando assim a falta de integração com a mesma no sentido de planejar ações em conjunto, excluindo os usuários enquanto sujeito ativo e participante do seu próprio processo de saúde-doença, sendo mais destacado e valorizado o conhecimento formal/acadêmico.

Apesar da formação de profissionais do PSF estar voltada para a atuação coletiva, considerando o usuário na sua integralidade, no seu contexto familiar, nas condições de saneamento, na sua história de vida, etc., os profissionais que atuam no cotidiano dos PSF investigados, atuam dentro de uma concepção, na qual se prioriza a abordagem individual e curativa, não se enfatizando as atividades de promoção e prevenção como preconizadas pelo Programa.

A construção de uma relação de vínculos entre profissionais e usuários depende de ambos, onde o primeiro deve saber administrar a situação apresentando comportamentos de acolhida verbais e não verbais. O usuário por sua vez deve demonstrar disponibilidade, interesse e envolvimento durante o relacionamento, participando ativamente da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus objetivos e necessidades.

O usuário, portanto que busca por atendimento deve ser sujeito na situação e não mero “objeto” destinado a receber tratamento médico.

O grande desafio que as equipes de saúde da família se deparam é romper com esses paradigmas tradicionais e passarem a ter consciência da importância e do fazer, de um trabalho partilhado por múltiplos saberes.

Partindo desse pressuposto as discussões acerca da interdisciplinaridade no contexto do Programa de Saúde da Família são de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos no processo, uma vez que o trabalho em equipe implica numa atividade coletiva, onde cada membro coloca seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo comum. Desta forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das USFs responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde. Foi possível perceber que a proposta de um trabalho interdisciplinar está presente mais na filosofia do PSF do que no fazer cotidiano das equipes.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte, onde os conflitos estão presentes no dia a dia das equipes, fazendo-se necessário a prática do diálogo, da busca do consenso, do estabelecimento de uma comunicação sadia, baseada na sinceridade, na disposição no ouvir o outro, e partilhar conhecimentos.

Por fim pode-se concluir que não dispomos de uma receita absoluta para a construção de uma ação harmoniosa de uma convivência intradisciplinar.

Sugerem-se reflexões sobre a experiência de cada profissional, apontando fatores que influenciam na interação tanto entre os mesmos, quanto entre a equipe e a comunidade, voltados, mas especificamente à capacidade de lidar com as diferenças, respeito à singularidade de cada membro da equipe, cooperação, habilidade para trabalhar em grupo, humildade diante dos limites do próprio conhecimento, complementaridade e escuta.

Contudo, apesar das dificuldades elencadas, acredito que o trabalho compartilhado no PSF pode ser formador, contribuindo para novas práticas em saúde, tendo como fator preponderante o processo das relações interpessoais nas quais os profissionais possam compartilhar e construir um conhecimento contínuo sobre o “seu fazer” de forma mais solidária e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.CP.; MISHIMA, S.M.. O Desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: Construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface, Botucatu, v. 5, n. 9, 2001. Disponível em: <www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2011.

ARAÚJO, M. F. S. et al. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS: Revista Eletrônica de Ciências Sociais, João Pessoa, n. 14, p. 3 – 14, set. 2009. Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/caos>. Acesso em: 1 mar. 2011.

BARBOZA, T. A. V.; FRAACOLLI. L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (4), p.1038, 2005.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS DE A a Z: garantindo saúde nos municípios. 2. ed. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas Práticas de produção da saúde. 2. ed. Brasília, DF, ed. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assédio, Violência e Sofrimento no ambiente de trabalho. 1. ed. Brasília, DF, 2009.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do programa de saúde da família. Revista APS, v.7, n 1, p. 47 – 50, jan. /jun. 2004. Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files>. Acesso em 15 fev. 2011

CAPRARA. A. et al. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Centro de Ciência da Saúde Pública.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

FRANCO, T. et al. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On. Line, 1999. Disponível em datasus.gov.br/cns.

FRANCO, T.B.; BUELO, W.S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345 – 353, 1999.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexos a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n.2, mar./abr. 2005. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 24 mar.2011.

GOUVEIA, C. G. Avaliação da Satisfação do Usuário com o Sistema de Saúde Brasileira. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MISHIMA, S.M. et al. O Velho Trabalho em Equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. Saúde em Debate, Londrina, n.54. p. 66 – 74, 2000.

MOSCOVICI, F. Desenvolvimento Interpessoal: leitura e exercícios de treinamento em grupo. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1985.

PEDROSA, J. I. S.; TELE, J. B. M. Consenso e diferenças em equipe do programa de saúde da família, Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.3, 2001. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/pedrosa>. Acesso em 20 jan. 2011.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional. Washington, DC: OPAS, 1999. (Série Documentos Técnicos, 11).

ROBBINS, S. P. Comportamento Organizacional. 9. ed. São Paulo: Prentive Hall, 2002.

RONCOLLETA, A. F. T. et al. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221- 242, 1999.

VELLOSO, I. S. A interferência da Violência Social no Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Tese (Mestrado em Saúde Pública). - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ANEXO A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO IV

Carta de Anuência

Declaro que estamos cientes e concordamos que a pesquisa intitulada "**As relações entre os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família no Distrito Sanitário IV, município do Recife**", de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Ruth Almeida de Souza, seja realizada.

A pesquisadora está autorizada a utilizar os dados resultantes do diário de campo das reuniões internas do DS IV, bem como dos relatórios situacionais do referido Distrito.

Recife, 12 de Novembro de 2010.

Roseli Nascimento
Diretora Distrito Sanitário IV

Roseli Nascimento
Diretora do Distrito Sanitário IV
Mat. 89315-9

ANEXO B



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “As relações interpessoais entre os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família no Distrito Sanitário V, município de Recife”.

Pesquisador responsável: Ruth Almeida de Souza

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 16/11/2010

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 80/10

Registro no CAAE: 0080.0.095.000-10

PARECER Nº 80/2010

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de dezembro de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de dezembro de 2010.

Gisella Camposzara Gouveia
Fisioterapeuta
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/12/2011.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES



FIOCRUZ
Ministério da Saúde