

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes”

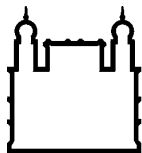
por

Renata Cristina Arthou Pereira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, junho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes”

apresentada por

Renata Cristina Arthou Pereira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P436 Pereira, Renata Cristina Arthou
O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. / Renata Cristina Arthou Pereira. Rio de Janeiro: s.n., 2011.
134 f. : mapas

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégias. 4. Programa Saúde da Família. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12

*A todos os profissionais de saúde que fazem do seu
cotidiano produção de cuidado e vida*

AGRADECIMENTOS

Agradeço

À Deus pela oportunidade de viver a vida a partir de uma perspectiva amorosa

Aos meus pais, Maurílio e Lindaura, pelo exemplo de persistência e a presença sempre constante e acalentadora

Ao companheirismo de Fábio que nunca desistiu de me incentivar

Às palavras de apoio e incentivo dos amigos, queridos de longe e de perto que compreenderam as ausências e a presença, às vezes, um pouco distante

Ao professor Javier por sua disponibilidade de esperar o meu tempo de compreensão, de trocas de conhecimento e escuta

Às professoras Elizabeth Artmann e Marina Peduzzi que aceitaram participar da banca de defesa e contribuíram para meu aprendizado

À professora Sonia Acioli com quem aprendi a paixão pela área da Saúde Coletiva

Aos vários colegas profissionais de saúde com quem dividi dificuldades, sonhos e lutas desta caminha de trabalho que continua

Aos profissionais da Coordenação da área Programática 3.1. do município do Rio de Janeiro que me ajudaram muito na realização da pesquisa

À Superintendência de Atenção Primária, SMS/RJ, que me forneceu informações indispensáveis para compreender a dinâmica da ESF no município do Rio de Janeiro

Aos profissionais da ESF que voluntariamente participaram desta pesquisa por todos os momentos compartilhados

RESUMO

Um dos eixos estruturantes para o processo de trabalho na ESF é o trabalho multiprofissional em equipe. A aposta neste tipo de modalidade de trabalho coletivo se dá no sentido de responder às complexidades do processo de saúde-doença-cuidado a partir de novas relações, mais democráticas, entre população e profissionais e trabalhadores entre si. No entanto, muitas vezes, apenas agrupar diferentes profissionais em uma mesma equipe não tem garantido a mudanças de práticas. Com intuito de analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro, partiu-se da definição e tipologia de trabalho em equipe de saúde e de conceitos da teoria das conversações. Foi desenvolvido um estudo de caso considerando como unidade de análise uma equipe de SF com a realização de nove entrevistas semi-estruturadas e observação participante de nove reuniões de equipe. Para interpretação do material empírico foi utilizada a análise do discurso. Os resultados apontam para características mais próximas da equipe interação, em que há a articulações das ações e a comunicação é entendida e utilizada como um meio de integração social. O trabalho em equipe na ESF surge com um potencial para construção de novas práticas de saúde de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação comunicativa.

Palavras chaves: Equipe de assistência ao paciente, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

One of the structuring axes for the work process in the Family Health strategy, is the multiprofessional team work. The choice in this modality of collective working occurs in order to respond the complexities of the health-illness-care process from new relations, more democratic, between population and professionals and workers between them. However, often, only the grouping of different professionals at the same team dont garantees the praticice change. In order to analyze the work in a multidisciplinary team of health in Family Health in the city of Rio de Janeiro, the study started with the definition and typology of teamwork in health and with the concepts of the theory of conversations. Was developed a case study considering as the unit of analysis one team of SF with the implementation of nine semi-structured interviews and with nine sections of participant observation of the staff meetings. For the interpretation of the empirical material was used the discourse analysis. The results indicate characteristics closer to the interaction team, in which there is action articulations and the communication is understood and used as a means of social integration. The teamwork in the Family Health strategy comes with a potential for construction of new health practices so that the logic that guides the health work consider the integrality, the democratization of work relations and the communicative action.

Keywords: Patient care team, Primary Health Care, Family Health Program

SUMÁRIO

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES	09
LISTAS DE SIGLAS	10
1.0 INTRODUÇÃO	12
2.0 OS CAMINHOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	17
2.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária.....	17
2.2 A Estratégia Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.....	22
3.0 O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAÚDE.....	29
3.1 Concepções, características e proposições.....	29
3.2 O trabalho em equipe e o agir comunicativo.....	38
3.3 O trabalho em equipe em equipe multiprofissional e a rede de conversações.....	43
3.4 O trabalho em equipe multiprofissional na ESF.....	48
4.0 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	54
4.1 Tipo de estudo.....	54
4.2 Campo de estudo.....	57
4.3 População alvo.....	57
4.4 Coleta de dados.....	58
4.5 Considerações éticas.....	60
4.6 Análise de dados.....	61
5.0 O DESAFIO DA EXPANSÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS GRANDES CAPITAIS BRASILEIRAS: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	63
5.1 A área programática 3.1. e a equipe estudada.....	69
6. ANÁLISE DE DADOS.....	73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
8. REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
APÊNDICE B - Pedido de Autorização	131
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista.....	132
APÊNDICE D - Roteiro de observação participante.....	133
APÊNDICE E- Critérios de análise do trabalho em equipe multiprofissional	134
ANEXO A- Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Saúde da Família.....	135

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros:

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Equipe Azul. Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro/RJ, 2010.59

Quadro 2: Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família nas metrópoles brasileiras, Brasil, dezembro de 2010.....67

Quadro 3: Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, Rio de Janeiro/RJ, janeiro de 2011.....68

Figuras:

Figura 1: Localização da AP 3.1 no município do Rio de Janeiro.....70

Figura 2: Bairros que fazem parte da AP 3.1, Rio de Janeiro/RJ.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica a Saúde

AP- Área Programática

APS – Atenção Primária a Saúde

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

ACS- Agente comunitário de Saúde

CAP- Coordenação de Área Programática

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DAB – Departamento de Atenção Básica

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GIL-Gerenciador de Informações Locais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica do SUS

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

OS- Organizações Sociais

PAB- Piso de Atenção Básica

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SAS- Secretaria de Assistência à Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SF- Saúde da Família

SPT 2000- Saúde para todos no ano 200

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

USB- Unidade Básica de Saúde

VD- Visita domiciliar

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 - após incorporar novas proposições, regulamentações, modalidades de incentivo financeiro, bem como apresentar experiências inovadoras e positivas em alguns municípios - consagra-se como estratégia de mudança do modelo assistencial no país dentro da política nacional.

Além disso, no campo sanitário internacional configurou-se como uma iniciativa inovadora. Isto porque, diferente de outros países que também basearam seus sistemas na atenção primária, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe ¹.

É notório que o trabalho em equipes multiprofissionais não é um mérito específico da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, no caso da ESF ele se tornou um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações se estruturam a partir da equipe.

O trabalho em equipes multiprofissionais também é considerado um recurso importante para atingir um dos aspectos da integralidade nas práticas em saúde, que é a concepção da integralidade como uma dimensão das práticas de saúde, que, além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida ².

Com o intuito de compreender melhor a importância do trabalho em equipe dentro da ESF é necessário observar que neste tipo de trabalho em saúde ocorre a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tal peculiaridade requer mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de saberes ³.

Assim, a articulação dos olhares dos diferentes profissionais da equipe do PSF, que possui a singularidade da presença dos agentes comunitários em saúde, possibilita o desenvolvimento de ações que ultrapassem a racionalidade da assistência curativa, que está centrada na resolução imediata de problemas de saúde individuais, ação que não deve ser ignorada. No entanto, ela é insuficiente para modificar os níveis de saúde da população.

Tal discussão, já muito debatida e balizada no âmbito da saúde coletiva, constituiu um paradigma que permitiu a articulação de diversos saberes na busca da apreensão do complexo objeto saúde-doença-cuidado ⁴.

Entretanto, junto com autores como Peduzzi ⁵; Silva et al.⁶; Silva e Trad ³; Araújo e Rocha ⁷; Campos ⁸; Barros et al.⁹; Iribarry¹⁰, entre outros, consideramos que

simplesmente agrupar diferentes profissionais em uma mesma equipe não garante a ruptura da dinâmica biomédica^I e a perspectiva cartesiana^{II} de produção do trabalho.

Isto acontece porque persistem práticas que focam o corpo como entidade biológica e que se baseiam na justaposição de saberes, na fragmentação do trabalho e na predominância da abordagem estritamente técnica da interação entre diferentes profissionais.

Ante este pressuposto, assim como a constatação de que a ESF tem se tornado objeto de estudo de inúmeras pesquisas no Brasil - realizadas principalmente a partir do ano de 1998^{III} e que são um esforço para colaborar com a produção de conhecimento que subsidie as políticas do setor - o presente trabalho soma-se a tais iniciativas ao estudar a constituição de equipes multiprofissionais na ESF.

O interesse no tema trabalho em equipe tem sido delineado ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional. Este tipo de trabalho sempre foi uma prerrogativa. Isto porque sua utilização é muito presente no cotidiano da enfermagem, assim como na atuação no campo da saúde coletiva.

Da experiência de vivenciar uma equipe uniprofissional na extensão universitária em um projeto que realizava práticas educativas em saúde pública em uma dada comunidade, o que já não era uma tarefa fácil, iniciei, num período posterior, a experiência incerta de constituir uma equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da família no município do Rio de Janeiro.

Já na época do projeto de extensão universitária algumas situações me traziam inquietações, como, por exemplo, a dificuldade de configurar uma equipe, e não apenas um grupo de profissionais que possuem a mesma situação de trabalho.

Isso porque a natureza do trabalho era criativa: não havia uma divisão de tarefas bem delimitada como ocorre em um hospital, muito menos hierarquias formais. Além disso, o cerne do trabalho não se dava na realização de procedimentos, e sim na relação com os moradores da comunidade. Lidávamos com um território muito imprevisível, sem rotinas, no qual o público-alvo do nosso cuidado estava em um lugar de autonomia em que éramos estrangeiros.

Depois, enquanto profissional membro de uma equipe de saúde no contexto da

^I “A biomedicina só se ocupa dos sofrimentos atribuíveis à doença, a tal ponto de negar todo sofrimento do outro que não se reduz à doença, inclusive o sofrimento provocado pelas tecnologias de diagnóstico e tratamento”, 11:53.

^{II} Na perspectiva cartesiana, a ciência para compreender os fenômenos buscava decompor o objeto a conhecer, buscando reduzi-lo a partes mais simples, num processo analítico. Desta forma, a produção do saber era dissociada dos contextos históricos, ecológicos, políticos, culturais dos fenômenos estudados ⁴.

^{III} Sampaio ¹² verifica que nas bases de dados Lilacs, MedLine e Scielo há um significativo aumento de publicações sobre o Saúde da Família no Brasil a partir do ano de 1998. De 1993 a 1997, são 325 publicações, aumentando para 1.244 no período de 1998 a 2002 e chegando a 2.205 de 2003 a 2007.

residência em Saúde da Família, formada por categorias profissionais distintas, me deparei com o desafio da constituição de uma equipe multiprofissional. Detentor do saber específico de sua respectiva profissão, cada profissional realizou um grande esforço para superar a sensação de desassossego que o defrontar de suas limitações traz. Porém, aos poucos cada um reconheceu na visão do outro uma nova lógica de racionalizar o cuidado em saúde.

Peduzzi ⁵, a partir de uma densa reflexão teórica sobre processo de trabalho em saúde e da teoria do agir comunicativo de Habermas, e com base em pesquisas empíricas em serviço, estabelece a classificação das equipes em agrupamento e interação.

Na modalidade de trabalho em equipe multiprofissional de agrupamento ocorre a justaposição de ações e o agrupamento dos agentes, enquanto na equipe interação ocorre a articulação das ações e a interação entre os agentes. ^{13,14}

No tipo agrupamento existe uma tendência à manutenção da fragmentação das ações e relações de estranhamento e distanciamento dos trabalhadores entre si e com o trabalho que executam. Já na modalidade integração a propensão se direciona para a integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam. ¹⁴

Diante das dificuldades que encontrei no trabalho em equipe de saúde em conjunto com as discussões teóricas sobre este tema, principalmente na tipologia de Peduzzi, tracei a seguinte **questão norteadora** de reflexão para investigação teórico-metodológica: quais são as características que o trabalho em equipe na ESF no município do Rio de Janeiro apresenta? Está mais próximo da equipe de agrupamento ou interação? Quais são os fatores que facilitam ou dificultam a proximidade com a equipe de interação?

A opção por utilizar a nova síntese desenvolvida pela autora em questão se deu na medida em que essa é construída a partir da análise do trabalho em equipe feita com base na experiência empírica, o que se aproxima da minha proposta para dissertação de mestrado.

Ao se investigar as modalidades de trabalho multiprofissional na realidade do município do Rio de Janeiro pretende-se refletir sobre o que já se produz e contribuir para a discussão sobre articulação de saberes e o enfrentamento da fragmentação na ação de produzir práticas de saúde. Isso tudo com o imenso cuidado de não moralizar a formação das equipes multiprofissionais e criar novas normas, dentre as muitas existentes, a serem seguida pelas equipes da ESF.

A proposta propositiva está em apontar alternativas para o processo de trabalho

das equipes visando a formação de equipes multiprofissionais com características mais próximas da equipe de interação.

Sendo assim, o **objeto deste estudo** é o trabalho de equipe multiprofissional em saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento/interação.

E o **principal objetivo** do trabalho foi analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento/interação.

A partir dos seguintes **objetivos específicos**:

1- Compreender as concepções dos profissionais da ESF do município do Rio de Janeiro sobre o trabalho em equipe multiprofissional em saúde.

2- Identificar as características presentes no trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento/interação.

3- Conhecer de que forma o componente comunicacional no trabalho coletivo ocorre no cotidiano da equipe da ESF do município do Rio de Janeiro.

4- Identificar quais são os fatores que facilitam ou dificultam a interação entre os profissionais.

O referencial teórico que orientou a construção desta pesquisa está centrado nos estudos do trabalho coletivo em equipes multiprofissionais de saúde, bem como na interface desse trabalho com a teoria do agir comunicativo e das conversações. Além disso, se relaciona o processo histórico de constituição da ESF no país.

Tais discussões serão organizadas em dois capítulos de fundamentação teórica. O primeiro, intitulado “Os caminhos da Saúde da Família no Brasil”, tem o objetivo de realizar uma reflexão sobre o contexto da Saúde da Família no Brasil a partir de dois eixos principais.

Inicialmente será apresentado o campo da Atenção Primária à Saúde, no qual se desenvolvem concepções, diretrizes e princípios que direcionam o modelo de atenção à saúde denominado Saúde da Família (SF) e sua interface com o Sistema Único de Saúde (SUS). Logo após, é feita uma explanação sobre a configuração da Estratégia Saúde da Família (ESF) como ação prioritária e modelo substitutivo para organização da ABS.

O segundo capítulo, de título “O trabalho em equipe no campo da saúde”, primeiramente apresenta a diversidade de concepções, características e proposições acerca deste trabalho, atentando para a relação entre a finalidade produtivista

mensurável e a produção intersubjetiva no encontro trabalhador-trabalhador.

Em seguida, tem-se por objetivo apresentar discussões e proposições sobre o trabalho em equipe à luz da teoria da ação comunicativa de Habermas, bem como a partir do referencial da teoria das conversações. Ao final são feitas algumas considerações sobre o trabalho multiprofissional no contexto da ESF.

2. OS CAMINHOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

2.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária

O Sistema Único de Saúde no Brasil é considerado por diversos autores como uma das grandes conquistas sociais do país. Impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária, surge devido à necessidade de reformulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, sendo formalizado a partir da Constituição de 1988 e regulamentado após a elaboração e implantação da legislação infraconstitucional, denominada de Lei Orgânica da Saúde, compostas pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, baseadas na busca do acesso igualitário, integral e universal ao sistema, bem como na descentralização das ações de saúde e na participação popular.^{15,16}

Um dos diferenciais do SUS é o conceito de saúde que a proposta incorpora, resultado de um processo de embates teóricos e políticos que traz à tona os limites restritivos da noção vigente até a década de 1980.

Encarar a saúde apenas como ausência de doenças, nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional [...]^{17:23}.

O documento publicado pelo CNS em 1987 ratifica tal percepção ao elencar como um os principais problemas da área da saúde a histórica priorização da assistência médico-hospitalar voltada para o interesse do capital empresarial e caracterizada pela pouca eficiência e eficácia¹⁸.

Estas inferências ideológicas são reflexos da crise do modelo médico previdenciário, principal modelo de atenção à saúde no Brasil que vigorou das décadas de 1960 a 1980¹⁹, bem como expressam as influências das transformações político-sociais surgidas a partir dos anos de 1970 no contexto mundial e que culminaram na ampliação da concepção de saúde, bem como no esforço de reformulação dos sistemas de saúde vigentes.

Alguns acontecimentos históricos evidenciam este movimento como o relatório Lalonde, de 1974, no qual o então ministro do Canadá propõe outros componentes, além da biologia humana, como sendo essenciais para análise dos problemas de saúde de determinada população²⁰.

Assim como a declaração de Alma Ata, elaborada por ocasião da I Conferência Internacional de cuidados primários em Saúde em Alma Ata (1978) - convocada pela OMS junto com Fundo das Nações Unidas -, que assume que saúde não é simplesmente ausência de doença ou enfermidade, mas é um direito fundamental do ser humano cuja realização necessita dos esforços de muitos outros setores sociais e econômicos. Além disso, este documento desafia as organizações internacionais e governos com a seguinte meta: saúde para todos no ano 2000 ²¹.

E para atingir tal meta o relatório desta conferência sugere a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) definida como:

[...] cuidados essenciais à saúde, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde ²¹.

Tal compreensão tem grande influência na experiência americana de atenção primária, que na década de 60 ganha impulso por iniciativa do movimento da medicina comunitária. Este movimento surgiu nos Estados Unidos como estratégia de prestação de serviços fundamentalmente para uma parcela da população desprovida de acesso aos serviços, alicerçado em princípios da medicina integral como, por exemplo, abordagem integral dos indivíduos, que incluía compreender o indivíduo doente no seu contexto social e cultural e, conseqüentemente, preconizava uma intervenção perto do ambiente onde vivem as pessoas ^{2, 22}.

A medicina comunitária teve como representante intelectual os centros de pesquisa da Fundação Rockefeller e da Universidade John HopKins nos Estados Unidos, entre outros. Nesta última destacam-se os estudos realizados por Barbara Starfield ^{23, 24}.

Segundo esta autora, a noção de atenção primária é atribuída ao chamado Relatório Dawson, de 1920, desenvolvido pelo Ministério da Saúde da Inglaterra e que propunha a organização dos sistemas de saúde em três padrões de assistência vinculados

entre si para atender diferentes níveis de necessidade de serviços médicos da população²⁵.

Já nesta época havia crítica à medicina curativa, baseada no modelo flexneriano^{IV} e predominante nas escolas médicas. A partir de então, disseminou-se em vários países um debate crítico que deu origem a uma medicina comunitária fortemente vinculada a departamentos de faculdades de medicina. Estas escolas disseminaram suas propostas em vários países, principalmente nos pobres, que as utilizaram como estratégia dos Governos para fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social²².

No Brasil, o modelo denominado médico assistencial privatista ou previdenciário restringia o acesso apenas àqueles que pagavam a Previdência Social, ou seja, os membros da comunidade que tinham ocupações reconhecidas e definidas por lei. O restante da população era assistido por instituições filantrópicas, campanhas de saúde pública p

ontuais e pelos programas de saúde pública²⁶.

Estes programas eram desenvolvidos nos centros e postos de saúde, serviços locais permanentes, muito dos quais dirigidos para o grupo materno infantil e para doenças infecciosas e carenciais²⁷.

Em meados dos anos de 1970, as propostas de APS que emergiam no cenário mundial fazem surgir no Brasil novas formas de organização social para a ampliação das ações de saúde a partir das unidades básicas. Isto acarretou uma maior aproximação de uma população excluída dos serviços de saúde concentrados nos grandes centros urbanos, tais como trabalhadores rurais e autônomos²⁸.

Dentre tais iniciativas destacam-se a criação de programas dirigidos a indigentes e trabalhadores rurais - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural) - e a implementação do Plano de Pronta Ação (PPA), que promovia a universalização do atendimento dos serviços de urgência e emergência. Além disso, havia diversos programas de medicina comunitária desenvolvidos por instituições universitárias em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e outras organizações norte-americanas e os Programas de Expansão de Cobertura (PEC) implementados pelo Governo Federal^{V 22}.

^{IV} Este modelo foi criado a partir do relatório Flexner, idealizado nos Estados Unidos em 1910, que conduziu as escolas médicas a uma superespecialização do conhecimento e da prática médica com ênfase em hospitais e da expansão do ensino clínico²⁴.

^V No ano de 1970 ocorrem algumas tentativas de ampliação de cobertura com a criação de programas dirigidos a indigentes e trabalhadores rurais - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural) - e a implementação do Plano de Pronta Ação (PPA), que promovia universalização do atendimento dos serviços de urgência e emergência²².

Os programas de medicina comunitária ocorriam muitas vezes sem articulação com o sistema formal de atenção à saúde, assim como afirma Fausto²²:

Eram ações de saúde essencialmente realizadas por técnicos de nível auxiliar ou pessoas da própria comunidade sem formação específica, que partindo da noção de participação comunitária buscavam mais responsabilização dos indivíduos quanto seu próprio estado de saúde²²:

105.

Na avaliação da mesma autora, estas experiências locais seguiram caminhos distintos: algumas se mantiveram como programas focalizados de pouca expressão e outras recriaram suas práticas mantendo-se até hoje no cenário nacional como o Programa Médico de Família, em Niterói (RJ), e o modelo de medicina familiar do Hospital Conceição, em Porto Alegre (RS).

Um dos principais representantes das ações do PEC foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Criado em 1976, a partir de experiências de medicina comunitária, o PIASS tinha o objetivo de implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades com até 20.000 habitantes, assim como contribuir para melhoria do nível de saúde da população^{22, 29}.

No entanto, observa-se que muitas destas propostas experimentadas no Brasil remetem a um modo de interpretar a APS como um programa específico e simplificado, destinado a populações marginais, de baixo custo, bem como forma de o Estado implementar políticas compensatórias em função das desigualdades sociais e regionais existentes.

Esta inflexão com relação ao que foi consensuado na Conferência de Alma-Ata ocorre, segundo Fausto²², por conta da fase de reformas neoliberais dos anos 80 e pelo revigoramento de idéias racionalizadoras.

Sobressai-se nesta época a Conferência de Bellagio (1979), que traz a idéia de cuidados primários seletivos^{VI} a partir da realização de programas custo-efetivos, focados em problemas de saúde específicos de forte impacto na saúde da população. Esta noção apresenta-se como alternativa provisória à atenção primária universal e integral²².

Esta idéia se disseminou muito também por conta dos resultados positivos de sua implementação pela UNICEF para a saúde materna infantil e por considerarem os cuidados primários, conforme Alma-Ata, inviável para se alcançar Saúde para todos no ano 2000 (SPT 2000).

VI A expressão cuidados primários em saúde é a tradução para língua portuguesa de *primary health care*, também denominado atenção primária à saúde, ou, no Brasil, atenção básica à saúde. A versão seletiva da APS, em inglês, *selective primary care*, surgiu da crítica feita à concepção de atenção primária na Declaração de Alma-Ata²².

Na verdade, esta autora observa que existem diversas interpretações e abordagens sobre a APS nos diferentes sistemas de saúde influenciadas pelo contexto político, econômico, social e cultural ao qual pertencem.

Em síntese pode-se afirmar que a idéia de cuidados primários no mundo tem sido pensada desde um conjunto de atividades associadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como um conjunto específico de atividades de serviços voltado a uma população pobre, ou então como o primeiro nível de assistência integrado a outros, passando por uma estratégia de organização de sistemas de serviços até uma filosofia que reconheça o direito à saúde universal e igualitária.^{22,30}

No entanto, em países periféricos, aponta Giovanella³¹ por conta da influência de organismos financeiros internacionais nos anos de 1980 e que persiste até hoje, em geral a Atenção Primária à Saúde seletiva, de provisória, tornou-se dominante.

Desta forma, no decorrer da implementação do SUS “observa-se uma tensão permanente entre a construção de um serviço nacional de saúde de acesso universal a todos os níveis de atenção e um sistema direcionado aos mais pobres com programas seletivos [...]”^{31:22}.

Paim³² com apoio de diversos autores, discute que existem três concepções em que se apóiam as políticas e práticas de APS no Brasil: enquanto programa de medicina simplificada (TESTA, 1992), como nível de atenção (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996) e como componente estratégico da SPT 2000 (OPS,1990).

Assim como, de acordo com o mesmo autor, a APS foi também reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas e serviços de saúde e como oportunidade de experimentação de modelos de assistência alternativos.

Dentre as propostas de modelos alternativos surgidas no país para organização da APS, as principais, segundo Mendes²⁷, foram: Medicina Geral e comunitária, Ação programática em saúde, Médico de Família, Defesa da vida e Estratégia Saúde da Família.

Estas interpretações/concepções servem de fundamento para a formulação de políticas públicas para o setor saúde e, neste sentido, podem determinar políticas que utilizem a atenção primária como instrumento para a democratização das ações de saúde ou como políticas compensatórias, que solidificam desigualdades sociais. Isto, nas palavras de Giovanella³¹, depende muito da constelação de forças presentes em cada momento histórico.

Uma autora que tem influenciado a proposta brasileira para APS e que recusa a

concepção simplificada e de baixo custo é Bárbara Starfield.

Para Starfield ²⁵, a atenção primária pode ser definida como

nível de um sistema de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada pela enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena e integra a atenção oferecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe ^{25:28}.

Além disso, muitos autores brasileiros consideram que a APS exige um alto grau de complexidade de conhecimento, pois, por um lado, as tecnologias empregadas são de menor densidade no que se refere a equipamentos diagnósticos e apoios terapêuticos. Mas, por outro lado, utilizam-se outros instrumentos tecnológicos advindos de outras disciplinas, bem como comportam a complexa integração entre ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas, em um território dinâmico e muitas vezes imprevisível ^{20, 33}.

Na verdade as tensões e discussões sobre APS seletiva versus universalização continuam e talvez nunca se esgotem. Por isso mesmo, concordam alguns autores, Paim ¹⁹, Corbo e Morosoni ²⁹, Fausto ²², Giovanella et al. ³⁴, no Brasil o Ministério da Saúde opta pelo termo Atenção Básica à Saúde (ABS) para denominar uma concepção de atenção primária como modelo assistencial alternativo, uma estratégia de reorganização do sistema de saúde com garantia de implantação dos preceitos da reforma sanitária.

2.2 A Estratégia Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil

Nos últimos anos a APS tem recebido destaque nos debates internacionais, o que pode ser percebido pela publicação de dois importantes documentos de repercussão mundial no que tange a saúde. A OPAS, em 2005, edita o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”³⁰, que fez um balanço sobre as experiências de APS que surgiram na América Latina nestes últimos anos e que reforça a emergente necessidade da renovação de tais experiências, corrigindo erros e inconsistências presentes em diversas abordagens da APS, bem como avançando para dar conta de novos desafios.

Além disso, há o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2008 ³⁵,

intitulado “Cuidados de saúde primários agora mais do que nunca”, ratifica a importância da APS para o estabelecimento de sistemas de saúde mais equitativos, inclusivos e justos.

O Ministério da Saúde ³⁶, seguindo tais recomendações, definiu a atenção básica, em 2006, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível da atenção dos sistemas de serviço, voltados para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.³⁶

Tal concepção se afasta do entendimento de uma atenção primária seletiva com a implementação de uma cesta mínima de serviços conforme preconizado nos anos de 1980 por diversas agências multilaterais. Ao contrário, a Política Nacional de Atenção Básica³⁶ explicita que a ABS:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território ^{36:10}.

Este documento visa estabelecer a revisão das diretrizes e normas para ABS em função da experiência acumulada e dos princípios e diretrizes do novo pacto da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que consiste nos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão.

Desta forma, entre outras mudanças, ampliam-se os propósitos da ABS, que passa a ser entendida como um componente estratégico da organização dos serviços de saúde que tem o papel fundamental de integrar esses serviços em todos os seus níveis de complexidade. Além disso, há a reafirmação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como ação prioritária e modelo substitutivo para organização da ABS.

A proposta do Saúde da Família é criada inicialmente em 1994 com o formato de programa, o PSF, muito vinculado à extensão de cobertura em áreas de maior risco social, tendo como salvo-conduto os resultados exitosos do Programa de Agentes comunitários do Ceará, de 1987, e do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, de 1991, nas ações atreladas à redução do risco de mortalidade infantil e materna³⁷.

É importante assinalar que o PACS introduz variáveis importantes para a constituição da nova política de saúde, como o reconhecimento da potencialidade do agente comunitário para transformação das práticas de saúde - sendo este ator um novo integrante da equipe de saúde -, a atenção centrada na família - entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social -, bem como a noção de área de cobertura³⁸.

Segundo Sousa³⁹ neste período existia a preocupação por parte dos técnicos idealizadores do PSF de encontrar formas de sustentar os alicerces construídos no PACS e, ao mesmo tempo, elucidar que o PSF não é uma estratégia para populações excluídas apesar de assumir a responsabilidade de ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde e priorizar as regiões e grupos de maior risco social.

Com relação à expansão do Saúde da Família (SF), no início existiram algumas dificuldades vinculadas, principalmente à forma de financiamento, já que à época o programa era operado sob forma de convênio entre municípios e Ministério^{VII}.

Desta forma, as Normas Operacionais Básicas (NOBs)^{VIII} de 1993 e 1996 representaram um avanço na descentralização das ações e serviços de saúde, o que vai beneficiar a implantação do SF. Isto porque estabelecem responsabilidades, requisitos e prerrogativas para gestão local do SUS. O município é responsável pela gestão de todo o atendimento à saúde de seu território, inclusive hospitalar, público e privado⁴⁰.

Com relação ao mecanismo de financiamento, a NOB/96 cria o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzido em 1998 e ampliado em 2001. Por meio deste instrumento há uma alteração da lógica anterior, de pagamento por produção, modelo que foi muito criticado por dar ênfase às ações curativas e ambulatoriais em detrimento de diversas outras ações de prevenção de doença e promoção da saúde, privilegiando as localidades que possuíam maior estrutura e serviços⁴².

Com o PAB, composto de uma parte fixa - proporcional à população do município - e outra parte variável - valores adicionais vinculados ao número de PACS e PSF implementados entre outros programas -, houve a transferência de recursos em base *per capita* diretamente aos municípios. Além disso, existia co-financiamento do Banco Mundial³⁸.

Estas mudanças, juntamente com outros esforços de cunho político que deram

VII

Segundo o trabalho de Viana; Dal Poz³⁸, que examinou as etapas de formulação e implementação do PSF, utilizando-se, entre outras técnicas, de entrevistas com atores-chaves deste processo histórico, para os técnicos do Ministério da Saúde estava claro os limites de implantação do programa sobre forma convencional através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), mecanismo considerado bastante limitado e pouco flexível e que vai de encontro à descentralização do sistema de saúde.

VIII

De acordo com o Diário Oficial da União de 1996, as NOBs são atos normativos que definem estratégias e movimentos táticos voltados para a operacionalização do arcabouço jurídico do SUS. O que ocorre a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho deste sistema⁴¹.

visibilidade ao PSF - como as alianças formadas entre gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), técnicos externos ao setor saúde e de organismos internacionais, além de associações da comunidade -, incentivaram o interesse de diversos municípios pela instalação do PSF ³⁸. Isto fez com que de 1994 a 2001 o número de municípios que aderiram ao SF passasse de 55 para 1.134 ⁴³.

O avanço da Saúde da Família ocorreu de tal forma que desde 1997 rompe-se com a idéia de programa, passando à denominação de estratégia. Isto porque a Estratégia Saúde da Família é concebida como importante indutor de mudanças no modelo assistencial a partir, primordialmente, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença que possibilite intervenções que vão além de práticas curativas⁴⁴.

Com base nos princípios do SUS e nas concepções de atenção primária, a ESF incorpora os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social, bem como as noções de primeiro contato, coordenação do cuidado, continuidade, vínculo e longitudinalidade ³⁶.

O primeiro contato, segundo Starfield ²⁵, pressupõe a idéia de que existe uma porta de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde, sendo que este deve ser de fácil acesso.

A coordenação do cuidado para esta mesma autora, em suma, se refere à disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, uma vez que está relacionada às necessidades do presente atendimento. Neste contexto se insere a continuidade, que é o mecanismo que assegura a transferência dessas informações de acompanhamento a respeito dos usuários.

Já o vínculo presume a construção de uma relação pessoal de confiança entre profissional e usuário, e está muito relacionada à longitudinalidade que se dá ao longo do tempo a partir da utilização da unidade de saúde básica como fonte regular de cuidados. Desta forma, os profissionais precisam lidar com as mudanças de indivíduos e grupos no decorrer dos anos ²⁵.

De acordo com publicação do MS ⁴⁵, Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial em 1997, as diretrizes operacionais para a ESF são:

- **O caráter substitutivo do modelo assistencial vigente** - propõe a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância em saúde.

- **Hierarquização e integralidade das ações** - a unidade de saúde da família deve ser o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

- **A territorialização e adscrição da clientela** - a unidade de saúde da família deve trabalhar com território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Sendo assim, a população atendida está localizada em uma área delimitada que demarca os limites de atuação da equipe, assim como o reconhecimento do ambiente e dinâmica social existente nessa área.⁴⁶

- **O Cadastramento** - a equipe de saúde é responsável por realizar o cadastramento das famílias inseridas no seu território de abrangência. A partir deste processo será realizada a análise da situação de saúde e de seus determinantes através do levantamento de dados socioeconômicos, demográficos, de morbidade, entre outros.

- **A formação de equipes multiprofissionais** - A equipe mínima deve ser composta por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No entanto, outros profissionais podem ser acrescentados de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais.

Atualmente, o MS propõe no máximo 4.000 habitantes por equipe e número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando a equipe de saúde bucal modalidade 1 - dentista, auxiliar de consultório dentário -, ou dois com a entrada do técnico de higiene bucal³⁶.

Após quinze anos de implantação o SF conta com 30.328 equipes que prestam assistência a 96.140.711 milhões de pessoas em 5.251 municípios brasileiros^{IX, 47} e vem configurando se de fato como estratégia de reorganização do modelo assistencial da rede pública. Desta forma acumulam-se, nas diversas experiências espalhadas pelo imenso Brasil, conquistas, desafios e, como apontam muitos estudiosos do campo da saúde coletiva, incongruências tanto ideológicas quanto operacionais.

Sousa e Hamann⁴³ discutem os avanços e desafios obtidos ao longo destes anos pela ESF e se dispõem a debater com outros autores acerca deste assunto.

^{IX} Ver quadro demonstrativo anexo A.

Existe um ponto de consenso entre estes debatedores, o qual é a constatação de que o SF vem contribuindo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde.

Conill ⁴⁸, ao citar um estudo realizado pelo MS em 2000 sobre avaliação da implantação e funcionamento do PSF em 24 estados, observa que foi referida a ampliação do acesso nas atividades de pré-natal, assistência à puérpera, criança, adultos, realização do exame papanicolau, planejamento familiar, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outras ações básicas.

Além disso, alguns artigos que apresentam pesquisas empíricas de avaliação do PSF apontam para avanços na integralidade no que diz respeito à realização de práticas de saúde em que se busca apreensão mais abrangente das necessidades de saúde da população, individual e coletiva, favorecendo práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim como existe o reconhecimento e valorização de outros espaços de cuidado além da consulta individual e no consultório, como as visitas domiciliares ^{3, 34, 48}.

Os resultados destas pesquisas indicam transformações na forma de realizar o trabalho em saúde, ou melhor, na produção de cuidado. Desta forma, sinalizam a possibilidade de serem construídas práticas alternativas ao modelo biomédico tradicional. No entanto, ao mesmo tempo estas análises também apontam para contradições e dificuldades que dificultam a mudança desejada.

Uma questão muito debatida foi a pouca integração entre a atenção básica e os outros serviços de saúde dos municípios, a dificuldade em se efetivar a tão preconizada formação de redes de serviços de saúde.

Segundo o estudo de Lima ⁴⁹, o conceito de rede denota a idéia de fluxo, de movimento e cooperação entre os serviços. Numa estrutura em rede as organizações devem trabalhar ativamente de forma conjunta para atingir aquilo que consideram o objetivo de comum interesse. No caso da rede de serviços de saúde seria a garantia do acesso à população assistida das ações de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde.

Essa inabilidade por parte do sistema se materializa de forma muito presente no cotidiano dos serviços básicos, que acabam por se transformar em uma porta de entrada sem saída. Isto acontece porque existe uma enorme dificuldade em se constituir um fluxo de referência às especialidades e a alguns procedimentos diagnósticos.

O estudo de Giovanella et al. ³⁴, realizado em quatro grandes centros urbanos - Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória -, revela que a ABS têm se configurado como importante fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial do sistema

municipal. No entanto, as entrevistas com profissionais das equipes de SF, gestores e famílias cadastradas mostram o pouco investimento realizado em serviços de média complexidade e o nó crítico para formação da rede se serviços que esse nível de assistência se tornou.

Para Conill ^{23,48}, tal dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade acaba por prejudicar o atendimento integral como um todo.

Outro ponto de discussão é relativo ao processo de trabalho das equipes. Apesar dos avanços neste campo já indicados, existe o entendimento de que “embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico centrada do modelo hegemônico atual” ²⁴.

Isto acontece porque se vem creditando na prática mais em uma mudança a partir da estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, por exemplo: adscrição da clientela, cadastramento e realização de visita domiciliar, assim como em incentivos financeiros para profissionais ²⁴. No entanto, a indução da mudança da lógica dos processos de trabalho ainda é tímida, apenas sugerida nas publicações ministeriais.

Como discutem Peduzzi e Schraiber ⁵⁰, o conceito de processo de trabalho “diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde” ^{50:202}.

É por este motivo que Franco e Merhy ²⁴ propõem a construção de dispositivos que alterem a micropolítica do trabalho em saúde, ou seja, os fazeres cotidianos de cada profissional nos serviços de saúde, onde as políticas públicas se materializam e é definido o perfil da assistência.

Além disso, apostam na hipótese de que a mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais, particularmente o médico, no que diz respeito ao uso de tecnologias leves como o acolhimento e a capacidade de estabelecer vínculo, ou seja, os pequenos atos do cotidiano vão dar um novo perfil à assistência quando nascem da relação horizontal entre trabalhador e usuário ²⁴.

É nesta seara que se insere o objeto desta pesquisa, trazendo apenas mais uma contribuição: pensar a reorganização do processo de trabalho a partir das relações estabelecidas entre os distintos profissionais no cotidiano de uma equipe de saúde da família, tendo em vista as concepções de trabalho em equipe dos próprios profissionais.

3. O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAÚDE

3.1 Concepções, características e proposições

A partir de 2000 é significativo o aumento de publicações da comunidade acadêmica voltadas para o trabalho em equipe na saúde. Alguns estudos apontam que essa discussão ganha força, sendo alavancada pela tendência internacional de apresentar este tipo de trabalho em saúde como alternativa à necessidade de racionalização da assistência médica, tendo em vista o aumento do uso de tecnologias de ponta e da demanda da população por serviços em consequência do aumento das doenças crônicas e do envelhecimento da população ^{14, 51}.

Isto acontece porque se percebe que a orientação dessa modalidade de trabalho constitui um recurso para otimizar o tratamento das doenças crônicas, alcançando melhores resultados do que o tratamento individualizado por profissional ^{52,53,54}, tanto que grande parte dos estudos da literatura internacional se direcionam para a identificação de indicadores que comprovem a eficácia do trabalho em equipe multiprofissional ⁵⁵.

Assim como, a formação de equipes de saúde é justificada como forma de atingir o cuidado integral tanto no sentido de dar conta dos aspectos curativos, preventivos e de reabilitação quanto em relação à noção de ultrapassar a intervenção biomédica focada em realização de procedimentos e incluir o sujeito e seu contexto ^{6, 56, 57, 58, 59}.

Sendo assim, qualquer que seja a motivação principal, cada vez mais se constata a limitação da abordagem uniprofissional sobre o processo saúde-doença. Existe o reconhecimento da interdependência e complementaridade das ações de outros profissionais para melhorar a qualidade da assistência como no controle e tratamento da hipertensão e diabetes mellitus ^{53,60,61,62} ou então no manejo da dor crônica ^{57,63}, assim como no tratamento e reabilitação psicossocial ^{64,65}, bem como na atenção aos transtornos alimentares ^{56, 66}, entre outras condições de adoecimento.

Iribarry ¹⁰ afirma que o aparecimento de uma situação problemática que não é resolvida em um campo do conhecimento abre o diálogo com outras disciplinas. Isto quer dizer que há o reconhecimento da limitação de dada disciplina a partir da necessidade de solução para determinado problema. Para Peduzzi ⁵⁹

O trabalho em equipe não tem sua origem apenas no caráter de racionalização dos recursos gastos na assistência médica, no sentido de garantir melhor relação custo-benefício do trabalho médico e

ampliar o acesso à cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença^{59: 421}.

Sendo assim, a emergência do trabalho em equipe em saúde está na vanguarda das estratégias para mudanças dos modelos de assistência à saúde frente a um contexto sociocultural e econômico extremamente complexo e cada vez mais dinâmico. Desta forma, necessita tanto da aplicação de meios de redução de custos quanto de novas formas de se pensar e fazer saúde.

Vários autores, como Peduzzi^{5,13, 67}, Fortuna⁶⁸, Almeida et al.⁶⁹, Silva et al.⁶, Araújo et al.^{7, 70}, Bastos³⁷, Oliveira e Spiri⁷¹, Jesus⁷², Campos⁸, Barros et al.⁷³ entre outros do campo da Saúde Coletiva no país, intentam compreender o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais no contexto sistêmico e complexo do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o esforço deste texto é discutir concepções, classificações, características e proposições acerca deste trabalho a partir da revisão teórica empreendida para este estudo.

Na literatura em geral observa-se uma gama de concepções e características sobre o trabalho em equipe em saúde. Esta assertiva já foi mencionada em trabalhos posteriores de Fortuna⁶⁸, Bastos³⁷, Peduzzi⁶⁷ e Canoletti⁵¹.

Foi identificado neste estudo que as abordagens teóricas sobre o tema em questão estão distribuídas de forma semelhante ao descrito por Canoletti⁵¹, mantendo-se principalmente a análise do trabalho em equipe a partir dos estudos desenvolvidos por Marina Peduzzi, da aplicação dos conceitos de Campo e Núcleo de competência e de responsabilidades apresentados por Gastão Wagner Souza Campos, o grupo operativo de Puchon-Riveri e a as concepções de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. E somando-se a estes a abordagem ergológica.

Além disso, observa-se a relevante presença no campo da saúde mental e a crescente abordagem no Brasil sobre o trabalho em equipe multiprofissional na ESF que será discutido mais adiante.

É predominante a noção de que o termo trabalho em equipe no setor da saúde se remete a um conjunto de profissionais de uma mesma organização que compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela⁵⁹.

Tendo em vista que uma equipe de saúde é formada por trabalhadores de saúde, se faz necessária uma abordagem, mesmo que sintética, sobre o trabalho em saúde.

Como discute Peduzzi e Schraiber⁵⁰, o conceito de processo de trabalho em

saúde no Brasil foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico por Mendes Gonçalves, e posteriormente foi utilizado para o estudo de outras áreas profissionais.

E, por ser processo de trabalho, guarda algumas semelhanças com outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia, isto porque envolve instrumentos, força de trabalho e objeto de trabalho, como apresenta Nogueira⁷⁴ utilizando-se de conceitos do marxismo.

Peduzzi e Schraiber⁵⁰, ao discorrem sobre o trabalho de Mendes Gonçalves realizado na década de 1970, observam que em seu estudo são destacados os seguintes componentes do processo de trabalho em saúde: o objeto de trabalho (necessidades humanas de saúde, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador), os instrumentos materiais (equipamentos e medicações, entre outros) e não materiais (saberes utilizados na apreensão do objeto de trabalho) e os agentes (sujeitos da ação, aqueles que se utilizam dos instrumentos para atingir determinada finalidade).

Então, ao pensar na esfera do trabalho cotidiano, a partir das considerações de Merhy⁷⁵, observa-se que o produto deste processo, a produção de cuidado, se dá no encontro entre trabalhadores e usuários, que é permeado pelos instrumentos materiais e não materiais (tecnologias), bem como por saberes, experiências de vida, sofrimentos e subjetividades de ambos.

Assim sendo, existem especificidades deste trabalho nas organizações como: intersubjetividade - o trabalho sempre ocorre no encontro trabalhador e usuário - e o caráter interdependente do trabalho finalístico - realizado por uma equipe - o que é variável, pois envolve a peculiaridade de cada indivíduo e a forma como opera a equipe^{59, 76}.

A natureza coletiva de produção envolve a divisão do trabalho, na qual “vários trabalhadores parciais e limitados são partícipes na realização de um dado produto o qual não poderia ser obra isolada de qualquer um deles”^{5:27}. E implicitamente coloca-se a questão da interdependência e complementaridade destes trabalhos.

Estas concepções caracterizam as ligações das ações existentes entre as diferentes especialidades profissionais que são dependentes entre si e, ao mesmo tempo, se complementam na produção das intervenções em saúde.

O processo de divisão do trabalho em saúde é constituído também pelo elemento da autonomia profissional. Cada categoria profissional possui um domínio de saber específico e um conjunto de habilidades e competências próprias, formal e legalmente regulamentado, os quais têm uma conformação sociopolítica dentro da trajetória histórica das profissões. Nesse decurso define-se a amplitude de autonomia técnica das

áreas profissionais. Sendo que, quanto maior a legitimidade social maior o âmbito de autonomia profissional que se expressa na tomada de decisão, o que pode ocorrer desde um total nível de independência até diversos graus de interdependência entre os profissionais ⁵.

Uma das discussões acerca dos estudos sobre equipe de saúde introduzida pela autora Peduzzi ^{5,13} é a tentativa de explicitar modelos que fundamentariam as configurações possíveis das equipes de saúde. A construção de uma tipologia referida a duas modalidades de trabalho: equipe agrupamento e interação, que está embasada nos estudos sobre trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas.

O trabalho em equipe é considerado por esta autora como uma modalidade de trabalho coletivo que se constitui por meio de uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos profissionais e a interação desses atores. Contudo, a comunicação é o veículo que possibilita essa conexão entre os profissionais.

A sua complexidade reside no fato de que conjuga diferentes processos de trabalho que devem preservar diferentes técnicas e articular intervenções. Também há a necessidade de reconhecimento da transversalidade de algumas ações e há algo em comum entre os saberes ⁷⁷.

Assim sendo, se torna imperativo afirmar que o trabalho coletivo está sendo considerado diferente do trabalho em equipe. No trabalho coletivo cada categoria profissional realiza parte da assistência e do cuidado separado de outros profissionais, muitas vezes duplicando esforços ou até mesmo realizando atividades contraditórias que reforçam a fragmentação. Já no trabalho em equipe surge a possibilidade de modalidade de trabalho coletivo e a alternativa para recomposição dos trabalhos especializados na perspectiva da atenção integral á saúde ⁶⁷.

Nesta perspectiva, ao estudar o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, é possível identificar no cotidiano do trabalho coletivo diferentes formas de conexões existentes entre as ações técnicas executadas e a interação entre os agentes.

Na equipe multiprofissional de agrupamento ocorreria a justaposição das ações no cerne da aplicação sobre a necessidade do usuário de técnicas complementares. Isto pode ser exemplificado quando o profissional médico que esteja cuidado de um paciente diabético, em nível ambulatorial, lhe dê um encaminhamento para o nutricionista, que por sua vez também pode encaminhar a mesma pessoa para um educador físico. No entanto, pode não haver articulação das ações se os sujeitos envolvidos nem ao menos colocarem em evidência ativa e conscientemente as conexões entre os trabalhos.

Na relação entre os trabalhadores na equipe agrupamento há o chamado

agrupamento dos agentes em que ocorre a predominância da razão instrumental, quer dizer, existe o uso da comunicação essencialmente como recurso de instrumentalização da técnica. Ou então, quando há destaque para as dimensões das relações pessoais no sentimento de camaradagem e amizade ¹³.

Já na equipe multiprofissional de interação, para além da complementaridade e da interdependência, ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes por meio de uma prática comunicativa em que há elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas. Assim como, no que tange à autonomia técnica, a tomada de decisão se expressa de forma interdependente entre os profissionais ¹³.

Fortuna⁶⁸ utiliza-se de conceitos de grupo operativo de Puchon-Riveri ao olhar as relações entre um conjunto de trabalhadores em uma unidade básica de saúde. Para a escola pichoniana, o cerne da conformação do grupo é a relação que se estabelece para a realização de uma tarefa - explícita ou implícita -, que constitui sua finalidade. Nesta relação existe uma construção de vínculos que tem estreita relação com o vivido anteriormente.

Esta mesma autora traduz o trabalho de equipe em saúde como rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais à luz da teoria dos grupos operativos ⁷⁸.

Além disso, chama a atenção que essa relação não está isenta de conflitos e confrontos, que não precisam ser eliminados, mas que devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem, de resignificação, de troca.

Outra abordagem teórico-metodológica, a ergologia, se propõe a abordar o trabalho em ato numa tentativa de superar a idéia de objetivação máxima do trabalho trazida pelo taylorismo e o fordismo, de um trabalho desprovido de emoções e singularidades individuais ⁷⁹.

Esse trabalho é considerado uma vivência dramática em que muitas vezes o trabalhador precisa, diante das inconstâncias, escolher entre a normatização e as reais condições de sua efetivação. Nesse processo ocorre um debate permanente de valores, resultando em escolhas feitas por indivíduos e grupos. Revela-se aí a existência de um trabalho prescrito e um trabalho real. E também há a possibilidade de atualização das normas, de uma nova forma de fazer. Isto porque as regras que orientam os processos técnicos não poderiam satisfazer as circunstâncias inerentes à vida ^{80,81}.

O trabalho coletivo dentro desta perspectiva pode ser analisado tendo como base o conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). São entidades coletivas porque envolvem vários trabalhadores, mas as fronteiras do coletivo são

invisíveis e variam em função do conteúdo e do ritmo da atividade de trabalho, ou seja, as pessoas podem pertencer a serviços diferentes e trabalharem juntas por compartilharem valores. Também são pertinentes para compreenderem como o trabalho acontece. É relativas porque as fronteiras são variáveis, pois se formam a partir dos atos de trabalho, em função das pessoas, da necessidade de trabalharem juntas e da história das organizações. Isto quer dizer que, por exemplo, no contexto de unidade de saúde um auxiliar administrativo pode fazer parte deste coletivo mesmo sem ter formação específica se o mesmo participa ativamente para a eficácia da equipe^{79,81}.

A fim de se distanciar dos extremos: especialização exacerbada versus experiências radicais em que, nas equipes de saúde, existe diminuição da capacidade dos profissionais em atuar em procedimentos típicos da sua especialidade, Campos⁸ (2007) faz uma proposta teórico-metodológica para a formação de equipes a partir da aplicação dos conceitos de Campo e Núcleo de competência e de responsabilidades.

Dentro desta concepção, o Núcleo seria o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissão. Desta forma ele marcaria a diferença entre os membros de uma equipe. Enquanto isto o Campo seria a construção de saberes e responsabilidades comuns.

Assim sendo, nas equipes de saúde formadas não haveria perda de autonomia ao mesmo tempo em que existiria uma definição clara das responsabilidades negociadas para cada profissional e grupo-tarefa.

Partindo de uma vasta pesquisa bibliográfica nacional e internacional sobre o trabalho em equipe na saúde, Peduzzi⁶⁷ apresenta um conjunto comum e amplo de características desse trabalho presentes na literatura composto por: Comunicação entre os profissionais, compartilhamento de finalidade e objetivos do trabalho, compartilhamento da abordagem dos pacientes, construção de uma linguagem comum da equipe, construção de um projeto assistencial comum, articulação das ações e das disciplinas, cooperação e colaboração entre os profissionais, responsabilidade e *Accountability* (referente à prestação de contas pelos resultados produzidos por parte da equipe e dos profissionais), reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, reconhecimento da complementaridade e da interdependência das atividades dos diferentes membros da equipe, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais e questionamento da desigualdade de sua valoração social.

Para esta autora estes atributos são passíveis de serem reconhecidos como

conjunto de características que possibilitem compreender o que é trabalho em equipe e distingui-lo de outros objetos ou fenômenos.

Voltando-se para proposições acerca do trabalho em equipe em saúde, Gomes, Guizardi e Pinheiro ⁸², partindo de uma releitura do estudo produzido por Gastão Wagner Campos em 2000, propõem a imagem da orquestra musical como metáfora para pensar o agir dos profissionais de saúde. Como em uma orquestra em que os sons e melodias, não obstante suas especificidades atuam em prol da mesma obra, o trabalho dos diferentes profissionais de saúde deveria acontecer em um concerto no qual as múltiplas práticas conformassem um único serviço, compondo uma obra comum, o cuidado em saúde.

Silva e Santos ⁵⁶, ao atentarem para o fato de que o exercício da interdisciplinaridade em equipes de saúde é muito exigente, também se reportam para a ilustração da equipe como orquestra em que existe a tarefa árdua de harmonizar muitas vozes e timbres diferenciados, representados por perspectivas distintas, na tentativa de se aproximarem de um uníssono de tratamento.

Lopes et al. ⁸³ discutem sobre o trabalho coletivo em saúde a partir da categoria saber-fazer-comum, que apresenta desenhos explicativos acerca dos valores que produzam tal saber, que são ético-políticos e vão sendo construídos ao longo da vida.

Motta ⁸⁴ enfatiza que na saúde as equipes podem ser consideradas tanto como entidades autônomas e independentes quanto como parte de uma rede de relações complexas em constante alteração. Assim como, os recursos humanos são decisivos para mudanças nos serviços de saúde. Além disso, explica que para desenvolver um espírito de equipe é importante manter grupo pequeno, incentivar reflexão estratégica em conjunto - produção de consensos, compromissos de ação e novos canais de comunicação -, desenvolver atividades coletivas regulares e incentivar a heterogeneidade de habilidades.

O mérito do trabalho em equipe para as instituições de saúde também é abordado por Baker et al. ⁸⁵ como componente essencial para reduzir os erros médicos e melhorar a segurança do paciente. Estes autores afirmam que, para as equipes trabalharem eficazmente entre si, os seus membros devem possuir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas tais como habilidade de monitorar o desempenho de cada um, o conhecimento de suas próprias responsabilidades e do companheiro de tarefa e uma disposição positiva para trabalhar em equipe. E sugerem que este tríplice conjunto de competências específicas pode ser desenvolvido em espaços de formação coletiva.

Bonet ⁸⁶ produziu um texto que discute os desafios e dificuldades que a

modalidade de trabalho em equipe de saúde apresenta a partir da revisão teórica sobre o tema. Este autor observa que a principal dificuldade apresentada nos trabalhos científicos revisados se encontra nas relações estabelecidas no cotidiano dos profissionais e indica a dificuldade de comunicação entre as diferentes disciplinas. Tendo em vista esse obstáculo, haveria a necessidade de abertura para o debate sobre a transdisciplinaridade, articulação de saberes e a divisão do trabalho.

Com relação à discussão sobre o papel da comunicação na articulação entre os saberes, o debate será conduzido a partir do paradigma da comunicação proposto por Habermas, que será abordado adiante.

Em estudos produzidos por McCallin^{55,87} destacam-se a necessidade do desenvolvimento de uma liderança colaborativa e a atenção para os componentes emocionais no trabalho em equipe interdisciplinar.

Com relação ao primeiro assunto, a mesma autora afirma que as abordagens tradicionais de liderança não conseguem dar conta das exigências de cooperação, colaboração e responsabilidade coletiva características da prática do trabalho em equipe e importantes para as organizações de saúde no contexto contemporâneo. Por isso discute sobre uma nova filosofia de liderança baseada em relações simétricas em que os membros da equipe assumem o papel de liderança de acordo com o problema a ser resolvido. No entanto, reconhece que esse comportamento grupal não é automático e que pode ser dificultado em equipes com grande número de pessoas.

Já para a segunda temática, McCallin⁵⁵ aborda a importância de habilidades relacionais com ênfase para o que denominou de inteligência emocional - capacidade de auto-conhecimento, autogestão e habilidades sociais - não só para eficácia da equipe com base na qualidade da assistência prestada aos usuários, mas também para a satisfação no trabalho e a retenção de profissionais. Isso pode ser atrelado à conquista de confiança pela qualidade da relação entre os membros da equipe que se sentem seguros para compartilhar o poder na resolução de problemas e na tomada de decisões.

Nesta lógica há um movimento que pressupõe uma atitude de reflexão sobre a sua própria prática e um contexto intersubjetivo de confiança. Essa última se fundamenta em posturas éticas como o respeito às regras, cumprimento de promessas ou coerência entre palavra e comportamento⁸⁸. Isto quer dizer que existem exigências para além da perícia técnica, o que reforça mais uma vez a dimensão da interação social no trabalho.

Agora partindo para a finalização, se faz inevitável uma exposição sobre os termos multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, que são

modelos teóricos que se referem às diferentes concepções sobre a aproximação de disciplinas autônomas no campo da ciência, e que encontram correspondência com estruturas no plano do trabalho em saúde.

Algumas publicações encontradas analisam o fenômeno trabalho em equipe a partir dessas possibilidades de integração entre as disciplinas e profissões. No entanto, existe uma gama de proposições quanto a definições destes termos.

Desta forma, através da discussão feita por Siebeneichler ⁸⁹, apresenta-se a seguinte proposta de sistematização dos termos que foram reunidos em dois grupos.

De um lado estão os conceitos de pluridisciplinaridade e multidisciplinaridade, que consistem na associação de disciplinas que concorrem a uma realização comum. No entanto, sem que elas se integrem num todo mais amplo e sintético. Sendo assim, as várias disciplinas são reunidas com o objetivo específico de estudar um mesmo tema sob ângulos variados e distintos.

De outro lado aparecem os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade:

que procuram descobrir e/ou estabelecer conexões entre as disciplinas científicas, isto é, entre os diferentes níveis de descrição da realidade. Tal empreendimento seguiu três caminhos principais, a saber: 1) determinação daquilo que as disciplinas científicas possuem em comum (...) 2) unificação ou síntese dos conhecimentos 3) construção de uma linguagem interdisciplinar dotadas de enunciados precisos, aptos a criar consensos entre os cientistas ^{89:157}.

Peduzzi ⁵ e Canoletti ⁵¹ chamam a atenção de que é possível fazer uma distinção no uso destes termos que contemple as diferenças entre ciência e trabalho. A relação integrativa entre as disciplinas, no plano da construção de um dado conhecimento, pode ser denominada de multidisciplinar até transdisciplinar em um grau de integração ascendente. Enquanto a integração das profissões pode se apresentar multiprofissional ou interprofissional.

O trabalho em equipe é concebido como interdisciplinar quando profissionais de diferentes disciplinas trabalham juntos compartilhando responsabilidades e conhecimentos na tomada de decisões para fenômenos complexos, cuja compreensão necessite de um olhar para múltiplas dimensões que o compõe ^{55,90,91,92}.

Neste sentido há a necessidade de que exista algo mais além de profissionais reunidos, assim é importante: reconhecimento das limitações da sua área de conhecimento, familiarização dos profissionais com a área diferente da sua, legibilidade

e compartilhamento dos discursos, tomada de decisão horizontal e compromisso com a mudança do modelo de atenção à saúde ^{10,93}.

Sendo assim, essa prática interdisciplinar se aproxima da equipe interação proposta por Peduzzi ¹³ e apresentada anteriormente.

O esforço empreendido neste texto apenas apresenta indícios da pluralidade do tema trabalho em equipe na saúde. A diversidade na produção literária nos faz pensar que esse é um tema que traz inquietação para várias realidades de produção de conhecimento. O que por um lado acarretou em questões problemáticas, como ausência de rigor conceitual e o uso impreciso de termos, ao mesmo tempo permitiu o olhar de um mesmo objeto por várias dimensões como em um caleidoscópio em que cada um vai ter uma condição diferente de olhar, um ângulo diferente do outro. Isto enriquece a produção de conhecimento sobre um fenômeno que é plural e que se dá no diálogo entre as diferentes disciplinas. Parece que neste contexto podem surgir oportunidades para o exercício efetivo da conexão entre disciplinas no campo da pesquisa.

3.2 O trabalho em equipe e o agir comunicativo

Peduzzi ¹⁴ propõe uma abordagem do trabalho em equipe que contempla a dupla dimensão do processo de trabalho: como ação produtiva (de caráter técnico e tecnológico) e como interação social (prática comunicativa).

Desta forma, a autora imprime uma questão fundamental a ser delimitada sobre a categoria processo de trabalho: a relação dialógica entre o trabalho enquanto ação racional teleológica, ou seja, uma atividade que busca êxito na obtenção de determinado resultado e enquanto ação comunicativa caracterizada pelas interações entre os agentes mediadas pela intersubjetividade do entendimento e reconhecimento mútuo ^{5,14}.

E quando nos direcionamos para o processo de trabalho em saúde, dada a peculiaridade do objeto de trabalho - as necessidades de saúde -, observa-se a intensidade do âmbito da intersubjetividade que se dá no reconhecimento das necessidades de saúde do usuário pelo profissional, assim como as intervenções possíveis, que podem se dar num contexto de trabalho em equipe multiprofissional ^{5,14}.

A partir do pressuposto que a comunicação faz parte da execução do trabalho em saúde, Peduzzi ^{5,13,67} observa que, por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a colaboração e a interação dos agentes.

Isto corrobora com o estudo de revisão bibliográfica de Canoletti⁵¹ (2008), no

qual 51% do total de publicações estudadas apontavam a dimensão comunicativa como essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipe, ainda que apresentassem distintas noções de comunicação.

Para Habermas, a comunicação é mediada pela linguagem, que está orientada para ação comunicativa, orientada para o entendimento, embora possa ocorrer comunicação com base numa racionalidade instrumental ou estratégica¹⁴.

A racionalidade instrumental é orientada por regras técnicas de controle da natureza e dos estados das coisas que fazem parte do mundo objetivo - físico ou estados de coisas existentes. “O saber correlato a essa racionalidade é o saber empírico sobre os melhores meios técnicos pautados pela objetividade e pela padronização”^{94:23}.

Já a racionalidade estratégica concerne às ações sociais segundo a perspectiva utilitária em que os atores estão exclusivamente orientados para o sucesso, o que é determinado pelo grau de influência através da manipulação sobre as decisões de um oponente.

Por outro lado, a racionalidade comunicativa, mesmo que também envolva expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, traduz um agir orientado para a obtenção de um acordo entre sujeitos lingüisticamente e interativamente competentes - o entendimento -, que é percebido como um fim em si mesmo, ao mesmo tempo em que é um mecanismo de coordenação de outras ações^{5,94}.

O conceito de agir comunicativo se estabelece como uma compreensão de interação social baseada em alguns pressupostos teóricos que serão abordados adiante, e nos quais se destaca o papel adquirido pela linguagem enquanto articuladora da ação em geral e de todas as formas de saber ligadas à atuação no mundo⁹⁵.

De acordo com Artmann⁹⁶ “é importante destacar que a construção do conceito de ação comunicativa pressupõe uma mudança do paradigma da consciência ou da filosofia do sujeito para o paradigma da comunicação ou da intersubjetividade”^{96:185}.

Isto quer dizer que conhecer e atuar sobre o mundo não é um exercício solitário do ser humano, e sim uma relação que se passa entre os sujeitos e que é intersubjetiva. É um fenômeno socialmente produzido através do entendimento mútuo sobre o significado das questões a respeito do conhecer e agir sobre objetos no mundo⁹⁶.

Na teoria de ação de Habermas pressupõe-se a constituição de um “mundo da vida” intersubjetivamente compartilhado composto pelas representações culturais, normas sociais e personalidades adquiridas ou acumuladas através de processos cooperativos de comunicação. Tal saber partilhado, no entanto, não revelado explicitamente, serve como pano de fundo comum para tarefas interpretativas em

situações de interação^{94, 95}.

Desta forma, os agentes participantes, na ação comunicativa, tentam adequar os seus respectivos planos de ação cooperativamente, dentro do horizonte de um mundo da vida partilhado e regido por normas consensuais que definem a situação^{49,94}.

A ação comunicativa também se dá de duas formas: a comunicação pura e o discurso. A primeira corresponde a um tipo de comunicação que se constitui a partir de um mesmo mundo da vida, o que condiciona um consenso antecipado ou a aceitação plena das pretensões de validade^X. O discurso é o processo de argumentação crítica que resulta da reivindicação da legitimidade de uma determinada pretensão de validade. Tal condição ocorre quando um fragmento do mundo da vida se torna problemático, uma questão a ser tematizada. Construído o novo consenso, este saber pode retornar ao mundo da vida^{94,95}.

Rivera⁹⁴ afirma que:

as bases do entendimento, por fim, devem ser buscadas em determinadas pressuposições ideais de toda práxis comunicativa-simetria, não coerção, autenticidade e verdade-, as quais se apresentam de uma maneira ingênua no mundo da vida em função do efeito aglutinador de uma mesma tradição^{94:31}.

Outra concepção importante para o entendimento da ação comunicativa de Habermas é que o ato de fala está imerso na compreensão tríplice de mundo: objetivo (físico ou estados de coisas existentes), mundo social ou normativo (relacionado às normas sociais e culturais sob qual agimos) e mundo subjetivo (mundo interno dos indivíduos)⁹⁶.

Além disso, o conceito de ação comunicativa assume a idéia de que os atos de fala podem criar novas realidades no mundo e afasta-se da visão de que a linguagem se limita a descrever realidades preexistentes ou de transmitir um pensamento. Ela é também ação e fonte de integração social, conforme aponta Habermas, que aplica conceitos e concepções da filosofia da linguagem de Austim e Searle para construir seus modelos teóricos⁹⁷.

Habermas observa que as inter-relações entre os atores é mediada pela linguagem e que, de acordo com sua utilização, pode provocar ações distintas. Quando a linguagem é utilizada exclusivamente como meio de transmissão de informação para

^X A ação comunicativa se realiza através do levantamento de “pretensões de validade, ou seja, de proferimentos ou atos de fala que podem ser aceitos ou rejeitados e neste último caso os participantes da comunicação se obrigam a apresentar argumentos abjetivando a possibilidade de algum acordo”⁹³.

atingir um fim, tem-se a ação instrumental ou estratégica. Já quando ela é utilizada como fonte de integração social, fala-se em ação comunicativa ⁴⁹.

A ação estratégica e o agir comunicativo, como bem sintetiza Lima⁴⁹, são mecanismos excludentes, ou seja, “ou se coordenam as ações por meio do entendimento, que motiva as convicções, ou por meio do exercício da influência, que induz o comportamento” ^{49:38}.

Peduzzi ⁵, ao discorrer sobre a dialética trabalho e interação, faz a seguinte síntese baseada em McCarty:

o trabalho enquanto ação racional dirigida a fins, está orientado pelas regras técnicas e pela obtenção de determinados resultados. Por sua vez a interação, mesmo que também implique expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, tematiza as normas consensuais, as expectativas e o entendimento recíproco em que se funda a intersubjetividade da ação. Ou seja, existem esferas de ação em que predomina a realização de determinado fim, diríamos, centrados na tarefa, e outras em que o êxito em obter o resultado esperado é secundário frente á importância da comunicação e da possibilidade da construção de consenso.^{5:51-52}

A aplicabilidade destes conceitos e concepções para o trabalho em saúde se dá na possibilidade de se construir um trabalho em equipe que cada vez mais se afaste da extrema valorização da utilidade de aparatos tecnológicos, de um ponto de vista autoritário e compartimentalizado das ações, para uma prática mais comunicativa e cooperativa na qual os profissionais reconheçam o trabalho do outro, atuem em um sistema de confiança e busquem para além da articulação das ações a interação comunicativa.

Segundo Peduzzi ¹⁴, para perseguir esse objetivo é preciso investir em mudanças das práticas de saúde que passam pela mudança de cultura institucional e da racionalidade presentes no cotidiano dos serviços.

A cultura organizacional pode ser pensada, conforme aponta Rivera ⁹⁸, como um conjunto de valores, crenças e pré-interpretações de situações produzidas coletiva e historicamente e que tem o papel importante na configuração da dinâmica do serviço.

Matus ⁹⁹ observa que o desempenho de uma organização tem estreita relação com as relações estabelecidas entre a cultura da organização, práticas de trabalho e formas organizativas.

Para este autor, apesar de as formas organizacionais (leis, regras, normas, organogramas, entre outras) constituírem a base estrutural que condiciona as práticas de trabalho, estas últimas estão muito mais subordinadas às estruturais mentais (cultura

organizacional) do que às formas organizacionais, e são independentes delas.

Rivera ^{97, 100} assinala a possibilidade de correlação entre o conceito de cultura organizacional e o conceito habermasiano de mundo da vida, à medida que eles se constituem no pano de fundo que regula sistematicamente uma instituição e/ou a relação entre os indivíduos a partir do conceito tríplice de mundo.

Considerando esses pressupostos, existe a necessidade de se compreender os valores-chave da cultura organizacional que colaboram para discernir os aspectos que poderiam ser reforçados já que podem trazer benefícios para a realização dos objetivos da instituição. O que caracteriza a visão da cultura como um recurso ⁹⁸.

Neste sentido, Peduzzi ¹⁴ propõe a identificação dos componentes culturais que podem propiciar a formação de equipes de interação. Com a atenção de nunca perder de vista que nem todas as ações para produção do cuidado terão melhor eficácia se forem por meio do trabalho em equipe.

Além disso, aponta a necessidade de promover mudanças na lógica que orienta os processos de trabalho e a organização do serviço, passando do modelo biomédico e do intenso instrumental tecnocientífico para a lógica da integralidade e do cuidado à saúde.

Isto encontra base conceitual na abordagem habermasiana, uma vez que, apesar de compreender que as “tradições culturais condicionam fortemente o funcionamento das organizações e a ação dos atores, podem ser questionadas a partir de um discurso crítico” ^{98:24}.

E como proposição operativa Peduzzi ⁶⁷ fala sobre constituição de espaços de negociação para construção de consensos sobre os objetivos e meios utilizados nas ações de saúde e de questionamento dos resultados definidos à priori a fim de pactuar intersubjetivamente resultados relativos às necessidades de saúde e aos modos de vida da população.

Alguns trabalhos realizados com base em experiências empíricas revelam que estes espaços que estimulam práticas comunicativas nos serviços de saúde podem ser momentos de discussão de casos, reuniões periódicas de supervisão e planejamento ⁶, bem como a disponibilidade de refletir processos grupais tais como finalidade do trabalho, imagem do outro e distribuições de poderes ⁷⁸.

E revelam que a cooperação e interação podem ser facilitadas pela função do supervisor, o que nos remete ao papel da liderança como fomentadora de práticas comunicativas, articulando junto às equipes de saúde estratégias que possibilitem transformações na forma de operar o trabalho em saúde.

3.3 O trabalho em equipe em equipe multiprofissional e a rede de conversações

Ainda com a preocupação de olhar os processos cotidianos do trabalho em equipe e embalado pela discussão sobre rede de conversações, na presente contribuição o trabalho em equipe é pensado como uma pequena rede de conversações.

Como foi discutido anteriormente, o trabalho em equipe multiprofissional em saúde pode ser abordado por uma perspectiva comunicacional que entende o diálogo como uma realidade intrínseca a este tipo de trabalho coletivo.

Teixeira¹⁰¹ afirma que a conversa é a substância principal das atividades de um serviço de saúde que se dá a partir dos encontros ali presentes entre, principalmente trabalhador e usuário. Debruçado nesta relação esse autor propõe olhar o acolhimento nos serviços de saúde como uma rede de conversações.

A idéia de organizações enquanto rede de conversações tem sido defendida a partir dos estudos de Echeverria¹⁰² e Flores¹⁰³, que aplicam conceitos e concepções sobre a ontologia da linguagem ao campo organizacional e consideram as organizações como fenômenos lingüísticos. Segundo esta perspectiva, as organizações seriam unidades constituídas a partir de conversações específicas que estão baseadas nas capacidades dos seres humanos para efetuar compromissos mútuos entre si.

De acordo com Echeverria¹⁰², as conversações são componentes resultantes das interações lingüísticas, as unidades básicas da linguagem. Sendo assim, ao se ocupar da linguagem, necessariamente trata-se de conversações.

Tal autor ainda afirma que existem três categorias fundamentais de atos lingüísticos: as afirmações, as declarações e as promessas.

Nas afirmações, o mundo é que conduz a palavra, ou seja, são descrições da realidade. Logo, se tratam de sentenças quanto às observações feitas por alguém sobre algo no mundo objetivo.

No caso das declarações não se está falando sobre o mundo, mas sim gerando um novo mundo. No entanto, precisa ser emitida por pessoas dotadas de autoridade ou força.

E as promessas implicam em um compromisso manifesto mútuo, a partir, basicamente, de petições e de oferta. Isto porque é sempre necessário que o ouvinte aceite ou não a promessa, e no caso de aceitar existe um compromisso de ação futura.

Aproximando estas idéias para a realidade de uma organização de saúde, e focalizando na relação trabalhador-trabalhador é possível pensá-la numa dinâmica em rede de conversações.

O conceito de rede, amplamente utilizado em diversos contextos disciplinares, na área da saúde coletiva vem fortalecendo a proposta de integração dos diversos serviços presentes em um sistema de saúde, desde os macroprocessos até os microprocessos das organizações de saúde.

De acordo com a teoria das redes, na perspectiva das ciências da administração, todas as organizações podem ser encaradas como redes sociais e devem ser analisadas como tais. Uma rede social pode ser caracterizada por um conjunto de pessoas e organizações ligadas por meio de um conjunto de relações sociais de um tipo específico¹⁰⁴.

Segundo o estudo de Lima⁴⁹, a noção de estrutura em rede se relaciona estreitamente com os conceitos de interdependência, coordenação, interações e território.

Numa estrutura em rede as organizações devem trabalhar ativamente de forma conjunta para atingir aquilo que consideram o objetivo de comum interesse. No caso da rede de serviços de saúde seria a garantia do acesso à população assistida das ações de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde.⁴⁹ E ainda no caso de uma equipe de saúde seria a produção do cuidado a partir da conjugação entre as necessidades trazidas pela população (individuais e coletivas), as ações preconizadas para determinado nível de complexidade e as atividades definidas coletivamente pela equipe.

Além disso, pode-se observar que a conformação das redes ocorre a partir da conexão e vinculação entre pessoas que representam instituições e ocupam determinados cargos.⁴⁹

Lima⁴⁹, ao tentar apreender em seu estudo o modo como se dão as interações interorganizacionais de uma rede de assistência médica móvel de emergência e urgência, constatou que a coordenação de ações para a integração de serviços de saúde dependeu menos de instrumentos e arranjos estruturais do que da interação em si dos atores.

Da mesma forma, supõe-se que a constituição de uma equipe de saúde integrada depende muito mais das interações estabelecidas entre os profissionais envolvidos do que das estruturas físicas e organizacionais do serviço. Sendo assim, se forma uma intensa rede de conversações, isto porque as pessoas envolvidas se comprometem intersubjetivamente através da linguagem.

Por este motivo, é possível perceber as conseqüências negativas para um serviço de saúde geradas por falhas na comunicação e que competências comunicativas de uma

equipe vão influenciar no alcance ou não das metas e objetivos estabelecidos coletivamente.

Tais competências são consideradas genéricas, isto porque são capacidades aplicáveis a diversas áreas e situações, bem como têm ampla vigência histórica, ou seja, não são muito sensíveis às circunstâncias. Além disso, as competências conversacionais possuem um caráter potencializador em relação às competências específicas que são aquelas utilizadas, por exemplo, no uso de determinado programa de computação ou na fabricação de produtos manufaturados ⁴⁹.

Para Habermas, a competência comunicativa está associada ao discurso, forma de comunicação em que os participantes utilizam-se da força argumentativa para resgatar ou criticar o conteúdo de um proferimento. Nesse ambiente de atos de fala o uso da força argumentativa será medida pela solidez dos argumentos e por quanto eles são capazes de convencer os participantes do discurso ¹⁰⁵.

No entanto, isso só é possível a partir do reconhecimento recíproco antecipado de estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam e que consiste na validade intersubjetiva da comunicação apoiada em três planos: a verdade proposicional, a correção normativa e a autenticidade expressiva ⁶⁷.

Neste sentido, em todo ato de fala exige-se necessariamente a verdade do conteúdo afirmado no proferimento relacionado ao mundo objetivo, assim como a sinceridade e autenticidade da intenção manifestada nele que tem correspondência com o mundo subjetivo e a pretensão de legitimidade do conteúdo normativo que se refere ao mundo social ⁹⁵.

Retomando a noção de conversação trazida por Echeverria¹⁰², existem várias possibilidades de distinções no vasto domínio das conversações. Entretanto, optou-se por analisar os tipos de conversações suscitadas a partir de um *quiebre*, que pode ser traduzido como ruptura, interrupção.

O *quiebre* ocorre quando há uma interrupção do transcorrer esperado para os acontecimentos, o qual o autor denomina como um estado de transparência do fluir da vida, o que implica, muitas vezes, na possibilidade de ação como forma de resposta.

Para Echeverria¹⁰² a noção de transparência está embasada no entendimento de que a razão é um tipo de experiência humana que deriva da linguagem. Assim como, a razão tem relação com a capacidade de os seres humanos encontrarem explicações para conferir sentido a um fenômeno ao qual estão expostos. Desta forma, o pensamento sobre o que se está fazendo emerge a partir do momento que surge um *quiebre*. Antes

disso, a atividade humana não-reflexiva é constituída por uma abertura mínima de consciência, ou seja, um estado de transparência do fluir da vida ⁴⁹.

Existem quatro tipos de conversações possíveis quando ocorre um *quiebre*: a conversação de juízos pessoais, a conversação para a coordenação de ações, a conversação para possíveis ações e conversações para possíveis conversações.

Geralmente, logo após enfrentar um *quiebre*, as pessoas recorrem a conversações do tipo juízos pessoais, através das quais são interpretados o sucedido e as conseqüências que derivam dele.

Pode-se observar que os modos como são feitos e fundamentados os juízos sobre as pessoas e as ações incidem sobre a confiança e segurança dos ouvintes sobre a avaliação expressa pelo falante.

Lima⁴⁹ afirma que:

além da competência de fundamentar juízos, é importante também saber e receber um juízo crítico. No funcionamento de uma equipe esta é uma competência fundamental (...). Por vezes, um juízo bem fundamentado sobre uma pessoa ou sobre uma ação pode não ser aceito em função do modo que se entrega esse juízo. A composição da equipe, sua emocionalidade, sua capacidade de aprendizagem determinam os modos como se entregam e recebem juízos.^{49:54}

Já as conversações para coordenações de ações geram ações futuras para superar os *quiebres*. Seu objetivo é intervir no estado atual das coisas.

Neste caso, os atos lingüísticos que permitiriam o surgimento de novas realidades são as promessas na forma de petições, ofertas e declarações.

Sendo assim, aqui as competências conversacionais incidem sobre o domínio da sinceridade e da aptidão em se oferecer e cumprir o compromisso acordado.

As conversações para possíveis ações ocorrem quando não se sabe que ações realizar para tratar de um *quiebre*, sendo assim, se orienta na direção de explorar novas possibilidades que não eram vislumbradas anteriormente. E, apesar de emitir novos juízos acerca do que é possível, o que predomina dentro do horizonte desta conversação é a necessidade de ação, de transformar o estado de coisas existente e não conferir sentido.⁴⁹

Por fim, as conversações para possíveis conversações são aquelas que acontecem quando se julga não ser possível conversar com alguém a respeito do *quiebre*. Desta forma não é interessante falar diretamente sobre o assunto que traz inquietação. Entretanto, é possível apontar para o outro a dificuldade de se manter um diálogo sobre

tal assunto.⁴⁹

Observa-se, até aqui, que em cada modelo de conversação discutido encontram-se diferentes competências relativas ao falar. Além disso, como será abordado adiante, comum a todos está a habilidade conversacional de escutar.

A concepção de escuta trazida por Echeverria¹⁰⁶ afirma que a escuta valida a fala, isto porque ela só é efetiva quando se produz no outro a escuta que se espera. Além disso, a escuta procede a fala na medida em que determina o grau de efetividade que essa pode alcançar. Por isso é fundamental que se mostre ao outro que o que se diz também é do seu interesse.

Além disso, considera que escutar é o somatório de perceber e interpretar. Tendo em vista que a interpretação evoca saberes prévios estabelecidos pela história de vida dos ouvintes, o que a torna de certa forma peculiar, a mesma sempre será uma aproximação. Assim, verifica-se a existência inevitável de uma brecha entre ouvinte e orador.

Com o objetivo de diminuir as brechas, Echeverria¹⁰⁶ propõem alguns recursos: verificação da escuta e indagação e compartilhamento de inquietações. Estes instrumentos de intervenção têm aplicações tanto para o ouvinte quanto para o orador.

Por verificar a escuta entende-se atitudes por parte do ouvinte e do orador que possam certificar a interpretação da escuta. Por exemplo, o orador pode pedir ao ouvinte que, por meio de suas palavras, diga o que ele entendeu. Ou então o ouvinte, numa atitude de suspeita da sua própria escuta, pode expressar o que entendeu.

Pela indagação, orador fala para escutar melhor, ou seja, pede mais informações sobre a fala do ouvinte a fim de tentar afinar ou complementar o que escutou.

No compartilhar de inquietações busca-se conhecer as inquietações que motivaram a fala do orador, que muitas das vezes são expostas por ele, ou que também podem ser conhecidas pelo questionamento do ouvinte.

Além destes recursos, Echeverria¹⁰⁶ destaca que ao falar o orador revela quem ele é, ao mesmo tempo em que quem escuta pode escutar não apenas o que é dito, mas também o ser que se constitui ao dizer o que diz.

Desta forma, a escuta surge como uma abertura ao outro, assim como possibilidade de transformar-se por efeito do comportamento do outro, o que demonstra a capacidade e conectividade com os demais.

No entanto, a abertura requer o reconhecimento da própria precariedade e a aceitação do outro como diferente, legítimo e autônomo, o que deve ser uma postura mútua nas relações humanas.

Essas reflexões se aproximam dos princípios que Teixeira¹⁰¹ traz para a sua proposição da criação de uma nova cultura de atendimento nos serviços de saúde baseada na linguagem, que são o reconhecimento do outro como legítimo outro, o reconhecimento de cada um como insuficiente e o sentido de que uma situação é fabricada pelo conjunto dos saberes presentes.

Estes são valores que, quando compartilhados em um “mundo da vida organizacional”, produzem relações de trabalho menos assimétricas e com maior possibilidade de construção de consensos.

Enfim, postula-se com essas discussões que as competências comunicativas são importantes no estabelecimento de uma equipe de saúde entendida como uma rede de conversações. Sendo assim, reconhecê-las no trabalho cotidiano das equipes de saúde nos aponta para equipes que trabalham de forma mais integrada.

3.4 O trabalho em equipe multiprofissional na ESF

Retornando para o trabalho em equipe no Saúde da Família é possível identificar, a partir da leitura dos documentos que direcionam a implantação da ESF, algumas idéias centrais.

Desde 1997, com a publicação do texto que consagrou a Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde propõe a formação de equipes multiprofissionais⁴⁵. No entanto, aborda o tema de forma superficial sem apresentar a que tipo de trabalho em equipe está se referindo.

Mais tarde, outra edição identifica alguns entraves a serem superados no cotidiano dos serviços para o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, como a realização do trabalho de forma compartimentalizada, com assistência focada no positivismo biológico e equipes desarticuladas. E também aponta a dificuldade dos profissionais em observar a autonomia dos indivíduos e a família no processo de recuperação da própria saúde¹⁰⁷.

Portanto, advoga pela transformação destas práticas a partir de novas relações, mais democráticas, entre população e profissionais e trabalhadores entre si.

Configura-se uma nova concepção de trabalho que permite maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal concepção, baseada na interdisciplinaridade, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe¹⁰⁵.

Nas publicações que se seguem é recomendado o trabalho interdisciplinar em

equipe com o objetivo de atingir atenção integral dos indivíduos e coletividade. A equipe multiprofissional é concebida como unidade de produção com atribuições comuns e específicas^{36,44}.

No entanto, não é discutido como se dão na prática as transformações sugeridas e são poucas as proposições sobre isto. A principal formulação neste sentido está na realização de programas de educação permanente para o desenvolvimento de competências consideradas estratégicas para as ações em Atenção Básica, inclusive para o trabalho em equipe, sendo que não menciona quais seriam tais competências. Também existem indícios de que a seleção dos profissionais com o perfil indicado e a necessidade de reservar horários para discussão de casos poderiam facilitar esse processo.

As atribuições pertinentes a todos os profissionais estão fundamentadas no encontro entre os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde. Dentre elas se destacam: participar das ações de vigilância em saúde, garantir realização de atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, construção de vínculo, manter a coordenação do cuidado, promover a mobilização e a participação da comunidade, participar do planejamento e avaliação das ações, identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais, garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica e participar das atividades de educação permanente³⁶.

A descrição das faculdades inerentes a cada um dos cargos pertencentes à equipe mínima e de saúde bucal é composta por dimensões do conhecimento e habilidades que são relativas à assistência integral da saúde individual e coletiva da população em todas as fases do desenvolvimento.

A impressão que se tem é que existe uma preocupação do Governo Federal com a delimitação do núcleo e campo de saberes e responsabilidades para os profissionais que atuam na ESF, assim como foi defendido por Almeida e Mishima em artigo publicado em 2001⁶⁹.

Em que cabe a utilização dos saberes e habilidades específicas de cada profissão para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Por exemplo, no caso do médico ou dentista existe a atribuição de realizar o diagnóstico individual frente a um quadro de sinais e sintomas e a instituição do tratamento adequado. Assim como, a enfermeira vai realizar as ações gerenciais voltadas para o cuidado, como a coordenação e avaliação das práticas dos agentes de saúde, que desenvolve ações que busquem a integração entre a população

adscrita e a unidade básica de saúde, o cadastro das famílias e sua atualização permanente. E as técnicas de enfermagem, higiene dental e auxiliar de consultório dentário vão realizar os procedimentos de assistência básica regulamentados no exercício de sua profissão.

Isso ocorre com o aporte de valores e atitudes como a responsabilização e o vínculo, humanização no atendimento entre outras que devem ser compartilhadas por toda equipe de trabalho.

Uma parte da literatura sobre trabalho em equipe no Brasil se dedicou a estudar esse fenômeno no contexto da ESF, muitas vezes por meio de pesquisa empírica, o que possibilita compreender mais sobre os limites, possibilidades e ressignificações deste trabalho frente ao novo modelo de atenção proposto e imerso no cotidiano dos serviços.

Alguns estudos argumentam que, apesar de o trabalho em equipe ser apontado como estratégia privilegiada para a estruturação do processo de trabalho das unidades, muitas vezes persiste no atendimento das equipes multiprofissionais a reprodução da centralidade do atendimento médico e curativo juntamente com a desarticulação das ações e o baixo grau de interação entre os profissionais ^{108, 72}, colocando-se como desafio para a consolidação da estratégia saúde da família ⁷.

As dificuldades apontadas tanto para a articulação quanto para a interação dos profissionais estão relacionadas, entre outros aspectos, ao agravamento da sobrecarga de trabalho em decorrência das frequentes solicitações da coordenação municipal, da rotatividade dos profissionais e da pressão externa decorrente do grande número de famílias cadastradas ³, assim como das condições precárias de trabalho, dos baixos salários, da dificuldade de comunicação entre os profissionais e dos conflitos internos ^{71, 109}.

Os problemas de ordem interpessoais são assinalados pelos sujeitos do estudo realizado por Colomé¹¹⁰ como um fator que atrapalha a comunicação entre os agentes. Apesar das divergências serem inseparáveis da ação coletiva, muitas vezes elas se tornam um fator de desmotivação em relação ao trabalho, principalmente quando não há espaço para o diálogo e existe pouca escuta, como capacidade de se abrir ao outro, respeitando as diferenças de concepções, personalidades e posturas.

Para superação deste entrave este mesmo estudo aborda a importância de que as capacitações para as equipes não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas sejam abordados temas referentes ao relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe, o que é oferecido na discussão de Fortuna et al.⁷⁸ para o trabalho na ESF por meio do uso da técnica dos grupos operativos.

Além disso, são levantados questionamentos sobre a necessidade de a própria equipe também ser cuidada, um espaço para que haja estratégias de apoio emocional no qual sejam compartilhados sentimentos de angústia e impotência frente à convivência cotidiana com problemas da população^{56, 90, 109}.

O que está em evidência é a necessidade de se pensar e propor formas que nunca vão ser únicas, e que não esgotarão as necessidades imanentes da micropolítica dos trabalhos nos serviços de saúde, de potencializar as relações de trabalho tendo em vista a integralidade e a solidariedade.

Existem também relatos de experiências que demonstram mudanças encontradas nas práticas das equipes na estruturação do processo de trabalho como o enfoque familiar, a adscrição da clientela, o cumprimento da carga horária integral, a realização periódica de reuniões de equipe, o trabalho em equipe orientado por uma concepção ampliada da saúde e conceitos da promoção da saúde, a intersetorialidade, a humanização e o vínculo. Assim como, transformações nas relações entre os agentes de trabalho mais próximos de uma prática comunicativa^{70, 111}.

Sendo assim, pode-se dizer que esse novo modelo de assistência à saúde pode ser capaz de provocar mudanças nas práticas assistenciais e tem o potencial de fomentar a eficácia e a efetividade do trabalho em equipe.

Basta analisar quais são os fatores que têm sido decisivos para experiências tão distintas nos microespaços dos serviços para uma mesma política de saúde, o que já é de se esperar dadas as imensas diferenças regionais em que confluem questões relativas à gestão municipal - sua capacidade técnica e organizacional e grau de comprometimento com o projeto político -, financiamento, capacidade de mobilização dos Conselhos de Saúde e outras peculiaridades locais.

Além disso, outro debate que cerca a equipe de saúde na ESF é a conformação atual da equipe mínima. Atualmente ela é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários. Quando ampliada conta com dentista, um auxiliar de consultório dentário ou um técnico de higiene dental.

Alguns autores defendem a manutenção desta equipe mínima para atender grande parcela da população com a complementação de outros profissionais através de apoios matriciais com a presença de outras categorias estratégias de acordo com as necessidades da população.

Os argumentos que sustentam esta tese estão alicerçados na capacidade resolutive dada à equipe mínima ampliada para a maioria dos problemas de saúde característicos da APS junto a uma rede de apoio técnico com outras equipes: saúde

mental, reabilitação, entre outras. Além de se considerar a viabilidade econômica e financeira para planos mais ambiciosos.

No entanto, existem diferentes discussões sobre este tema. Bastos³⁷ (2003) questiona que a formação da equipe na ESF parece ter sido mais produto de embates políticos que ocorreram entre os gestores do SUS e as corporações profissionais da área de saúde - Medicina e Enfermagem - do que pela própria necessidade social.

É importante destacar que nos diversos países a equipe de cuidados primários possui diferentes conformações, em razão de questões históricas e sociais de determinada nação. Enquanto em Cuba é formada por um médico generalista e um enfermeiro, em outros países há outros atores envolvidos¹¹².

Além disso, as organizações internacionais como a OPAS²⁹ optam por não definir tipos específicos de pessoal de saúde, considerando que as equipes que trabalham na APS devem ser demarcadas em conformidade com os recursos disponíveis, as preferências culturais e as evidências. A mesma organização observa que “equipes multidisciplinares são essenciais e requerem não apenas a mistura certa de profissionais, mas também uma delimitação de papéis e responsabilidades, sua distribuição geográfica e treinamento para maximizar a contribuição do trabalho de equipe para os resultados em saúde, trabalhador de saúde e satisfação do usuário”^{29:13}.

Não há dúvida de que todas as profissões de saúde têm contribuições a dar na APS. No entanto, no pano de fundo deste debate, e que não desqualifica a afirmativa anterior, está, como lembra Rubens Mattos em um debate público, a pressão dos movimentos corporativos em reservar mercado de trabalho a partir de um discurso de defesa das competências exclusivas¹¹².

Para outros debatedores a entrada de novos profissionais nas equipes atuais na ESF amplia as possibilidades inovadoras das práticas de cuidado e aumenta o potencial de resolutividade da estratégia¹¹³.

Loch-Neckel et al.¹¹⁴, por meio da análise de depoimentos de profissionais da ESF, observaram que os entrevistados realizam diversas atividades que ultrapassavam os limites de sua competência pela falta de outros profissionais na unidade, o que gera sobrecarga dos trabalhadores e priva os usuários de uma atenção profissional qualificada para atender todas as suas necessidades de forma resolutiva.

Essa e outras pesquisas trazem a necessidade de acréscimo pelos seguintes profissionais: psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, educador físico e farmacêutico. A inserção do fisioterapeuta se dá na possibilidade de trazer a reabilitação e tratamento dos distúrbios de movimento para o ambiente em que o indivíduo vive e

desenvolve suas atividades, tornando o processo de cura e prevenção de agravos mais eficientes. Já para o profissional de psicologia vem sanar a carência de instrumentos de cuidado à saúde mental na atenção básica, contribuindo também para o processo de reflexão da equipe sobre seu próprio trabalho ^{113,115}.

O Ministério da Saúde não restringe a ampliação das equipes mínimas, e mais do que isso, no ano de 2008 cria de Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de aumentar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. A portaria prevê a parceria entre as duas equipes - SF e NASF - para um atendimento compartilhado e interdisciplinar assim como intervenções específicas de cada profissional via indicação das equipes de SF ¹¹⁶.

Os profissionais que foram contemplados por esta portaria foram: dentre as especialidades médicas - acupunturista, ginecologista, homeopata e psiquiatra -, fisioterapeuta, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional ¹¹⁶.

Segundo publicação no site do Departamento de Atenção Básica ¹¹⁷, o NASF está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Tal abordagem pretende oferecer maior capacidade de respostas aos problemas de saúde da população, visando também a qualidade de vida e a prevenção do adoecimento.

As equipes de saúde da família transitam num ideário que busca inovação e mudanças no modo de se produzir saúde, voltado para ações mais cuidadoras, ao mesmo tempo em que podem se deparar com contradições provenientes das condições de trabalho e da relação com a Coordenação Municipal. Somando-se a isso existe um tencionamento no qual os vários projetos dos atores sociais divergem e convergem, revelando qual é a possibilidade coletiva de trabalho. Por isso, é essencial manter condições favoráveis - condições dignas de trabalho, apoio técnico, educação permanente, suporte gerencial e comprometimento do gestor municipal com a proposta da ABS - para que o potencial da ESF de reestruturação das práticas assistenciais seja mantido.

4.0 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, se optou pela realização de um estudo empírico de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, reconhece a subjetividade como parte integrante do fenômeno a ser estudado e possibilita, pelo rigor do uso do instrumental teórico e técnico adequado, a objetivação do processo de investigação, ou seja, explicitar os passos de análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo no campo da ciência ^{5,118,119}.

Trata-se de um estudo de caso, uma vez que se realizou uma análise detalhada de um contexto específico com recorte espaço-temporal de uma organização de saúde. Este, além de perseguir uma compreensão abrangente do grupo em estudo, também tenta desenvolver declarações teóricas de caráter mais genérico sobre estruturas sociais. Para tanto é utilizado o método de observação participante em uma de suas muitas variações e em ligação com outros métodos como a entrevista ¹²⁰.

Após definir a área de interesse para realização do projeto de pesquisa me aproximei da autora Peduzzi, que tem se dedicado a estudar sobre o tema recursos humanos e trabalho coletivo em saúde. No interior dessa área delimito o objeto de pesquisa como possibilidade de projetar o olhar para uma das dimensões do trabalho coletivo em saúde a qual se vincula com indagações provenientes de interesses pessoais, já que se articula com minha experiência profissional prévia, bem como com concepções ligadas à minha subjetividade frente a esse trabalho.

A investigação empreendida trata de relações humanas, relações estabelecidas por meio do trabalho que ocorrem em uma organização de saúde, o que a caracteriza como pesquisa social.

Por ser uma pesquisa social, a visão de mundo tanto do pesquisador quanto do sujeito investigado está implicada em todo processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. Neste sentido, é fundamental o esforço de manejar teorias, método e capacidade criadora para proporcionar a construção de uma explicação da realidade de maneira crítica tendo consciência que tal construção sempre será insatisfatória ¹¹⁸.

Desta forma, a mesma autora observa que a realização de uma ampla pesquisa bibliográfica que acompanhe todo o percurso da realização do projeto de investigação

permite a melhora da compreensão da realidade empírica.

Inicialmente me detive nos estudos mais atualizados com base nos referenciais sobre trabalho coletivo em saúde que tive contato a partir das citações de textos de autores já conhecidos como Campos ⁸, Peduzzi ¹³, bem como a coletânea do Instituto de Medicina Social da UERJ produzida em 2007 sobre o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade ⁷³. É importante ressaltar que este recurso foi utilizado diversas vezes como levantamento bibliográfico.

Com o objetivo de ampliar o campo de discussão sobre o objeto de estudo, realizei uma busca nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), que fazem parte da Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme.

Neste percurso foi utilizado o seguinte descritor: “Equipe de Assistência ao Paciente” com aplicação de limites de idioma (português/espanhol/inglês) e de período de publicação (2004-2009). Para bases de dados MedLine também foram incluídos os seguintes limites: com resumo, estudos com humanos.

No total foram encontradas mais de mil obras e, sendo assim, foram selecionadas aquelas publicações que traziam o trabalho em equipe como objeto de estudo ou como uma de suas questões centrais de análise.

A partir desta revisão bibliográfica foi realizado um resumo contendo anotações críticas e identificação dos principais conceitos, categorias, situação problema e tipo de estudo utilizados pelo autor no seu trabalho.

4.2 Campo de estudo

Na pesquisa qualitativa o campo de estudo é um recorte espacial, uma construção mental do pesquisador para viabilizar a pesquisa. Tal abstração se relaciona com o recorte teórico correspondente ao objeto de investigação ¹¹⁸.

Assim sendo, o campo de estudo é uma unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, Área Programática (AP) 3.1.

O estudo foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro, AP 3.1, pelas seguintes razões: 1- O município em questão é alvo de poucos estudos produzidos na área de Atenção Básica à Saúde. 2- Constitui campo de prática do curso de especialização em Saúde da Família nos moldes de residência, com o enfoque no trabalho multidisciplinar. 3- Aproximação, em outro momento, da autora em questão enquanto profissional de saúde, o que implica em um acesso facilitado a informantes-

chave desta área.

A entrada da pesquisadora em campo ocorreu de forma processual no final de 2009, ocasião na qual diversas mudanças foram introduzidas na gestão municipal como resultado das eleições de 2008. Inicialmente foram realizadas algumas visitas à Coordenação de AP 3.1 (CAP 3.1) e também à Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde com o objetivo de compreender qual era a proposta da nova gestão para a ESF, assim como apresentar o projeto de pesquisa e escolher uma unidade de saúde para realizar a investigação.

Tal escolha estava atrelada a alguns critérios, como a existência de equipes com tempo mínimo de um ano trabalhando em conjunto e a existência de equipe mínima completa e ampliada, ou seja, com a presença da equipe de saúde bucal e o reconhecimento de que as equipes trabalhavam de forma integrada.

Alguns autores que se debruçaram sobre este tema concordam que é preciso um certo período de tempo de trabalho em conjunto para que possa se criar uma dinâmica de trabalho em comum^{5,13,78,121}.

No entanto, como no ano de 2010 a Secretaria Municipal de Saúde inicia um processo de expansão da Estratégia Saúde da Família - a partir de parceria com Organizações Sociais -, muitas equipes foram desfeitas e outras novas formadas, uma vez que foi dada a possibilidade de os profissionais que já trabalhavam na SF serem realocados. Desta forma, a possibilidade de encontrar equipes com estas características diminuiu.

As equipes com as características mencionadas foram contactadas e o projeto foi apresentado no momento da reunião semanal de equipe, oportunidade na qual foram esclarecidos os objetivos do estudo e foram reveladas as técnicas de coletas de dados e os procedimentos éticos.

Após esta fase foram selecionadas duas equipes pertencentes à mesma unidade, que aceitaram participar da pesquisa e, posteriormente, foi dada entrada no Conselho de Ética em Pesquisa. O presente estudo apresenta apenas a análise dos dados obtidos a partir de uma equipe de saúde, escolha necessária a fim de evitar maiores atrasos para a conclusão desta dissertação de mestrado.

Destaca-se que, como afirma Cruz Neto¹²², a aproximação com os sujeitos da pesquisa é fundamental e pode ser facilitada através do conhecimento de pessoas que tenham laços de intercâmbio com o grupo a ser estudado. Assim como, da mesma forma, deve-se apresentar a proposta de estudo considerando que a busca de informações obtidas está inserida em um jogo cooperativo entre pesquisador e os

participantes da pesquisa.

4.3 População alvo

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram profissionais de equipes multiprofissionais de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município do Rio de Janeiro, AP 3.1.

Ao todo foram realizadas nove entrevistas com os seguintes indivíduos: médicos, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e quatro agentes comunitários de saúde (selecionados entre os sete agentes existentes no total). Todos estes profissionais fazem parte da Equipe Azul. (o nome da equipe é fictício, maiores informações sobre esta opção estão nas considerações éticas).

Uma observação a ser feita é que a seleção dos agentes de saúde se deu por meio da disponibilidade dos mesmos de participar da pesquisa.

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Equipe Azul. Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ), 2010.

Código profissional	Tempo serviço ESF	Tempo trabalho na equipe	Formação básica ou complementar
ACS 1	Acima de 5 anos	Acima de 5 anos	Introdutório; Capacitação em Hanseníase, Auriculoterapia, Reflexoterapia; Terapia ocupacional; 1ª. Parte do curso técnico de ACS.
ACS 2	Acima de 5 anos	Acima de 5 anos	Introdutório; Capacitação em Hanseníase, Tuberculose.
ACS 3	Acima de 5 anos	Acima de 5 anos	Introdutório; Capacitação hanseníase, DOTS, Defesa do ambiente, Auriculoterapia, Reflexoterapia. Participação no conselho comunitário.
ACS 4	Acima de 5 anos	Acima de 5 anos	Introdutório; Capacitação em Hanseníase, DOTS, Bolsa-família; Participação no Seminário Raça e Cor
DENT	Acima de 5 anos	Acima de 5 anos	Introdutório; Especialização em Saúde Pública.
MED	3 a 4 anos	3 a 4 anos	Especialização em Medicina social e preventiva; Especialização em pediatria; Capacitação em Hanseníase, DOTS, Tabagismo.
ENF	3 a 4 anos	1 ano	Introdutório; Especialização em Saúde Coletiva; Capacitação em Saúde da mulher, Tabagismo, Hanseníase, Tuberculose, e Imunização.
ACD	Acima de 3 anos	3 a 4 anos	Introdutório; Capacitação hanseníase, Violência intra-familiar; Tuberculose e Tabagismo.
TEC ENF	Acima de 5 anos	1 a 2 anos	Introdutório, Capacitação teste do pezinho, Imunização, Coleta de sangue e Saúde da mulher.

Legenda: ACS- agente comunitário de Saúde; ACD- auxiliar de consultório dentário; MED- médico; DENT- dentista, ENF- enfermeira; TEC ENF- técnica de enfermagem.

Fonte: Unidade Básica de Saúde, Rio de Janeiro, 2010

4.4 Coleta de dados

As técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo foram: entrevista semi-estruturada, observação participante das reuniões de equipe e observações diretas da dinâmica da unidade. Tais observações e registros foram realizados no período de agosto a novembro de 2010.

Segundo Lakatos e Marconi ¹²³:

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social ^{122:195}.

No caso da pesquisa em questão, tal técnica se torna um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois fala dos atores pode ser reveladora de valores sociais de determinado grupo, claro que em condições históricas e culturais específicas ¹¹⁸.

A utilização da observação participante ocorre

através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado a fim de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (...) e sua importância está no fato de que se pode captar uma variedade de situações e fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, já que observados diretamente na realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real ^{122:59-60}.

Por este motivo esta técnica de coleta foi escolhida para contribuir com os dados obtidos nas entrevistas em um momento singular na interação entre os profissionais de uma equipe de saúde: a reunião de equipe.

A análise de alguns autores tem corroborado a idéia de que a reunião de equipe pode desempenhar um papel importante enquanto possibilidade de interação entre profissionais e o reconhecimento do trabalho do outro ^{3, 6, 37, 70, 71}.

Os instrumentos utilizados foram aplicados a partir de um roteiro-guia construído com base na fundamentação teórica do objeto pesquisado, principalmente nos critérios de análise construídos por Peduzzi ^{5,13} (Apêndice E) e conceitos da teoria das conversações.

Os relatos provenientes da observação direta foram registrados em um diário de campo atentando para: fluxo de atendimento da unidade, declarações espontâneas de informantes, interações entre os profissionais, entre outros aspectos relevantes observados no contexto da unidade, o que era escrito o mais breve possível.

Quase todas as reuniões de equipe ocorridas no período do estudo foram observadas. Apenas duas reuniões não foram acompanhadas devido a problema de agenda do pesquisador. Ao todo foram nove reuniões observadas.

As entrevistas, realizadas na unidade de saúde com marcação prévia, foram gravadas através de aparelho de áudio e posteriormente transcritas para serem

analisadas. Após a transcrição, foi realizada uma edição dos depoimentos retirando vícios de linguagem e referências que permitissem identificar as pessoas e a equipe.

Com a Equipe Azul foram realizadas nove entrevistas que totalizaram aproximadamente cinco horas de gravação, em torno de trinta minutos para cada entrevista. Todos os encontros consistiram em momentos intensos de interação com os profissionais por meio de conversas formais e informais sobre o seu trabalho. O pesquisador também participou de eventos sociais e atividades propostas pelos profissionais da unidade, o que foi fundamental para construir uma relação de respeito e proximidade.

4.5 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP) e também ao da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP/SMSDC/RJ). Sendo assim a participação dos profissionais na pesquisa foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme solicitação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos¹²⁴.

Os sujeitos da pesquisa receberam a informação sobre os objetivos e benefícios do estudo e ficaram cientes de que os riscos existentes são de tornar público o modo como são desenvolvidas as atividades diárias do seu trabalho em saúde.

Além disso, receberam a orientação de que a qualquer momento poderiam desistir de participar da pesquisa respeitando o princípio da não-maleficência, tendo a liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização. Outra garantia oferecida foi a de sigilo e anonimato.

Para tanto, as falas dos entrevistados foram identificadas pelas siglas das categorias profissionais. Por exemplo, a entrevista com o primeiro agente comunitário de saúde foi identificada da seguinte maneira: ACS 1.

Além disso, o nome da unidade não será identificado na divulgação dos resultados, bem como o nome da equipe, utilizando-se as seguintes denominações: Uma Unidade de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, AP 3.1., Equipe Azul.

Ao final da pesquisa, o material coletado ficou de posse do pesquisador e não será disponibilizado a terceiros.

4.6 Análise de Dados

Com o objetivo de analisar as interações estabelecidas durante as observações das reuniões de equipe, assim como interpretar os textos produzidos a partir das entrevistas, foram utilizadas ferramentas e concepções advindas da Análise do Discurso (AD), isto porque estas se aproximam da teoria do agir comunicativo e dos atos de fala.

Todas estas vertentes da filosofia da linguagem advogam por uma concepção da linguagem em que essa não é considerada mais como apenas veículo para expressar as idéias das pessoas e descrever o mundo - função de representação da linguagem. Na verdade a linguagem é a própria condição de nosso pensamento, assim como é um meio para representar a realidade ^{119,125}.

Segundo a discussão proposta por Gracia ¹²⁵ e Iñiguez ¹²⁶, esta mudança de paradigma foi denominada de “giro lingüístico”, um processo constituído pela confluência de diversas escolas de pensamento nas Ciências Humanas e Sociais - da Antropologia, Sociologia, Lingüística, Psicologia - que transformou o papel da linguagem nas pesquisas sociais.

Sendo assim, ao considerar a influência deste processo interdisciplinar para a constituição do método de análise do discurso, justificam-se as distintas perspectivas com noções próprias de discurso, as diferentes abordagens - hermenêuticas, semióticas e ideológicas - e a variedade de procedimentos encontrados sob o nome de análise do discurso dentro dos estudos de natureza qualitativa.

O que essa pluralidade de práticas e compreensões tem em comum, ao tomar como objeto a linguagem cotidiana, parece ser o abandono de uma noção da linguagem simplesmente como forma de refletir e descrever o mundo e do analista como mero coletor de dados neutros ^{126,127}.

Nesta prática destacam-se a tradição anglo-saxônica e a tradição francesa de análise do discurso.

Uma das contribuições mais significativas da tradição anglo-saxônica e que tem maior influência na investigação do presente trabalho são os estudos de Austin e Searle que deram origem à teoria dos atos de fala e trouxeram a concepção de que a linguagem pode afetar a realidade social: a linguagem também produz coisas. Sendo assim, nas palavras de Iñiguez ¹²⁸

O que há de mais importante nesta influência é o fato de que essas concepções pressupõem o fortalecimento de uma visão da linguagem e da prática lingüística como capacidade de fazer alguma coisa. Além disso, elas defendem a idéia de que o/a analista pode observar a

interação e fazer interpretações justamente sobre aquilo que a linguagem está fazendo.^{128:126}

Segundo Minayo¹¹⁸, as contribuições da análise do discurso para as abordagens qualitativas foram imprescindíveis a fim de se distanciarem das análises positivistas das falas trazendo a tônica da relação entre a linguagem e seu contexto de produção. Além disso, produziu conceitos importantes para operacionalização da análise.

No entanto, observa algumas limitações desta perspectiva ao estabelecer os procedimentos operativos e ao se voltar para o rigor formal das análises das estruturas advindo do estruturalismo. Assim como, ao se impregnarem da convicção de que a elucidação dos significados situa-se nos meandros profundos dos sentidos dos textos, menosprezam aspectos do espaço extra discursivo como o contexto social, político, econômico, cultural e relacional onde o discurso circula.

Assim, considerando a investigação em questão e embasada no referencial de análise já descrito anteriormente, pretende-se realizar as seguintes etapas para uma análise do empírico.

Constituição do corpus: (a) Transcrição de entrevistas, (b) sistematização dos dados da observação participante com roteiro guia, (c) organização dos demais relatos provenientes do diário de campo e (d) organização dos documentos coletados durante trabalho de campo.

Leitura vertical: (a) Realização de um resumo de cada depoimento transcrito, (b) leituras e releituras dos resumos para identificar as idéias centrais, (c) leitura e configuração das primeiras impressões sobre os dados da observação participante com roteiro guia, (d) leitura dos demais materiais com objetivo de fazer as primeiras relações entre os depoimentos e seu contexto.

Leitura horizontal: Leitura horizontal da equipe de trabalho buscando-se a constituição de um *corpus* de representações através de um processo classificatório das unidades de significado, agrupadas por afinidade em núcleos de pensamento.

Leitura transversal e interpretação: Leitura transversal da totalidade dos dados coletados, interpretando-os à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa, em especial as seguintes noções, conceitos e categorias analíticas: agir comunicativo, agir instrumental e agir estratégico de Habermas e as noções de equipe como agrupamento de agentes e como integração dos trabalhos formulados por Peduzzi, assim como conceitos da teoria das conversações desenvolvidos por Echeverria.

5.0 O DESAFIO DA EXPANSÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS GRANDES CAPITAIS BRASILEIRAS: O CASO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Os dados aqui apresentados são provenientes de pesquisa bibliográfica, mas também do trabalho de campo que possibilitou acesso a documentos internos produzidos tanto pela Coordenação de Área Programática quanto pela Secretaria Municipal de Saúde, além de informações importantes sobre a dinâmica da ESF à época do desenvolvimento do estudo.

A dificuldade de expansão da ESF nos grandes centros urbanos, municípios acima de 100 mil habitantes - inclusive as capitais - e nos quais vive mais da metade da população brasileira, pode ser percebida por números que indicam, no ano de 2009, uma cobertura média de apenas 31% nas capitais⁴⁷.

Esta situação se acentua, sobretudo, nas metrópoles, que somam 12 no país - São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro, Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre e Goiânia -, com exceção de Belo Horizonte¹²⁹.

Alguns pontos críticos que podem justificar este obstáculo são: a predominância do lugar central ocupado pela instituição hospitalar e ambulatorios de especialidades que contam com uma imponente rede física instalada, as resistências corporativas - primordialmente médica, e ideológicas -, a falta de uma rede de saúde estruturada, os recursos humanos desqualificados, a existência de municípios muito frágeis na questão da gestão e o subfinanciamento da atenção básica/PSF^{23, 39, 43, 130}.

A isso se soma a falta de infra-estrutura básica das favelas urbanas em áreas como saneamento, coleta de lixo e abastecimento de água regular, bem como o fortalecimento de poderes paralelos, como o narcotráfico, que impõem regras locais que dificultam o acesso aos equipamentos públicos.

É neste contexto que está o município do Rio de Janeiro, metrópole nacional que conta com um conjunto de 6.093.472 habitantes que representa cerca de 40% da população total do estado. A população é totalmente urbana e a densidade demográfica é de 4831,87 hab./Km²¹³¹.

Por conta de seu passado como capital federal (entre 1763 e 1960), o município conta hoje com vasta capacidade instalada de serviços públicos de saúde, em especial hospitais, tanto federais, estaduais, municipais, universitários, quanto da rede de atenção privada e militar. Desta forma, atualmente possui o maior conjunto de hospitais públicos do país^{131, 132}.

No que diz respeito à atenção básica, a responsabilidade pela prestação de serviços básicos de saúde foi conferida aos municípios desde 1975 com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e com a viabilização de programas de expansão de cobertura pelo Governo Federal.

Isto ocorreu no município do Rio de Janeiro, com incremento de postos e centros de saúde, especialmente na zona oeste da cidade, convergindo para a assistência médica ambulatorial com ações de prevenção na perspectiva da universalização da atenção básica a saúde ¹³².

Já após a década de 90, com o advento do SUS, houve um avançado processo de regionalização, com a cidade sendo dividida formalmente em 10 áreas de planejamento ou programáticas (AP)^{XI} em saúde - AP 1.0; AP 2.0, subdividida em 2.1 e 2.1, AP 3.0, subdividida em 3.1, 3.2 e 3.3, AP 4.0, AP 5.0, subdividida em 5.1, 5.2 e 5.3 - com o objetivo de deslocar as atividades, responsabilidades e serviços do centro para a periferia com a implantação do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro ¹³³.

Nesse período a atenção primária era concebida como o primeiro nível de atenção, com as unidades básicas desenvolvendo ações de caráter preventivo, vigilância epidemiológica e ações programáticas ¹³².

A primeira experiência do PSF no município do Rio ocorre na Ilha de Paquetá, AP 1.0, em 1995, que contava com três equipes de saúde da família com uma relação de uma equipe para 1.350/hab., ou 400 famílias. Na época, segundo estudo realizado por Cazelli¹³⁴, este era um modelo considerado muito caro para ser estendido por todo município. No entanto, a partir de 2000 houve uma lenta expansão, e ao final de 2001 havia na cidade 23 equipes de SF em nove comunidades e 426 equipes do PACS em 15 comunidades.

Logo depois o município do Rio de Janeiro adere ao PROESF^{XII} concorrendo os recursos financeiros disponibilizados por esse projeto com o compromisso de atingir 30% de cobertura populacional pela ESF até final de 2003 ¹³⁵. Nesse momento os esforços de implantação se dirigiam para áreas consideradas de risco pelos seguintes critérios: índice de desenvolvimento humano (IDH) e proporção da população que vive

^{XI} As Áreas Programáticas (AP) são áreas da cidade subdivididas pela prefeitura municipal em regiões administrativas e bairros segundo critérios de vocação e peculiaridades do uso do solo. Tal organização é utilizada para o planejamento e implementação de políticas públicas. O município possui 10 áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros¹³⁶.

^{XII} O Projeto de expansão e consolidação da ESF (PROESF), co-financiado pelo Banco Internacional e o Desenvolvimento (BIRD), foi criado e estruturado com ações voltadas para três eixos principais: expansão da estratégia saúde da família para municípios de grande porte, investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais e aprimoramento dos processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação ¹³⁵.

em favelas¹³⁷.

Apesar dos avanços observados e da existência de um setor na SMS especificamente responsável pela expansão do PSF/PACS -Superintendência da Saúde Coletiva, criado em 1999, o SF não encontrava prestígio dentro da SMS/RJ¹³².

Outros fatores que dificultaram a implantação do SF foram: obstáculos colocados frente à substituição de unidades básicas tradicionais pela ESF por vários atores, entre eles gestores municipais, usuários e profissionais de saúde; atuação deletéria de ONG's e associações de moradores, parceiros do município na contratação de profissionais; temor por parte dos profissionais técnicos da violência nas favelas e falta de supervisão técnica e gerencial para as equipes^{132,134}.

Com base nesta última constatação foram criados os Grupos de Apoio Técnico (GAT) para oferecerem suporte gerencial - coordenação - e técnico às equipes. Eram equipes de apoio matricial, multiprofissionais, formadas por categorias profissionais consideradas estratégicas para aumentar a eficácia da Estratégia Saúde da Família, como, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais. Cada Área Programática (AP) possuía um GAT responsável por todas as Equipes de Saúde da Família pertencentes àquela área, o qual fazia parte das Coordenadorias das Áreas de Planejamento (CAPs)^{XIII}.

Posteriormente, a estrutura da SMS/RJ modificou-se com a entrada da nova gestão em 2009, assim como a conjuntura político-ideológica que apoiava a expansão da atenção básica a partir da ESF.

Desta forma, foi criada na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro (SMSDS), antiga SMS, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, que é responsável pela implantação e implementação da ESF no município, através da Superintendência de Atenção Primária.

Além disso, foram extintos nas CAPs a participação dos GATs, já que a gestão atual afirmava inicialmente acreditar na autonomia das equipes, isto quer dizer que a coordenação da unidade de saúde da família era realizada por um dos profissionais que fazem parte dela. Já os profissionais que faziam parte das GATs foram distribuídos nas várias divisões das CAPs.

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro foi tomando um ritmo um pouco mais acelerado. Em dezembro de 2009 haviam sido implantadas 165 equipes de SF, 35 equipes de saúde bucal modalidade I e 15 modalidade II, o que representa uma

XIII As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território, ou seja, gerenciam o total de unidades de saúde que integram os SUS no município do RJ sendo elas municipais, federais, estaduais, universitárias, sindicais e privadas¹³⁶.

cobertura de 9,24% da população. Para o mesmo período do ano de 2010 já havia 266 equipes de SF, 96 de saúde bucal modalidade I e 36 modalidade II, com 14,83% de cobertura estimada ⁴⁷. No entanto, ao olhar para a proporção de pessoas cobertas e compará-la com outras realidades, percebe-se que este é o menor índice entre as metrópoles brasileiras. Como pode ser observado no quadro a seguir.

Quadro 2- Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família nas metrópoles brasileiras, Brasil, dezembro de 2010								
Região	UF	Capital	População	Agentes Comunitários de Saúde	Equipe de Saúde da Família			Saúde Bucal Modalidade I
				Teto	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Implantadas
Sudeste	MG	Belo Horizonte	2.452.617	1.022	504	1.738.800	70,9	126
	RJ	Rio de Janeiro	6.186.710	2.578	266	917.700	14,83	96
	SP	São Paulo	11.037.593	4.599	936	3.229.200	29,26	71
Centro Oeste	DF	Brasília	2.608.099	1.087	120	414.000	15,87	14
	GO	Goiânia	1.281.975	534	150	517.500	40,37	20
Nordeste	CE	Fortaleza	2.505.552	1.044	258	890.100	35,53	186
	PE	Recife	1.561.659	651	234	807.300	51,7	90
	BA	Salvador	2.998.056	1.249	152	524.400	17,49	93
Norte	PA	Belém	1.438.084	599	74	255.300	17,75	6
	AM	Manaus	1.738.641	724	156	538.200	30,96	50
Sul	PR	Curitiba	1.851.215	771	170	586.500	31,68	47
	RS	Porto Alegre	1.436.123	598	95	327.750	22,82	6

FONTE: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

A partir de 2010, um novo cenário político se delimitou de forma positiva para a ampliação da ESF no município. De uma cobertura incipiente se iniciou a implantação de diversas novas unidades em todo município num movimento de ampliação que ainda está em processo. Junto com o aumento quantitativo das equipes também se estabeleceram diversas mudanças desde a forma de contratação dos profissionais até a infra-estrutura das unidades, passando por veiculação na mídia sobre a nova forma de assistência à saúde nas denominadas Clínicas da Família.

Em janeiro de 2011, no município do Rio a ESF já contava com 356 equipes de SF e tem dado ênfase à área programática 5.3., considerada o maior vazio sanitário do município.

Quadro 3- Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, Rio de Janeiro/RJ, janeiro de 2011		
	Equipes de Saúde Bucal	Equipes de Saúde da Família
A.P. 1.0	6	14
A.P. 2.1	13	29
A.P. 2.2	3	7
A.P. 3.1	29	79
A.P. 3.2	3	6
A.P. 3.3	15	36
A.P. 4.0	5	9
A.P. 5.1	18	42
A.P. 5.2	35	61
A.P. 5.3	33	73
Total de equipes	160	356
Total de unidades	91	

Fonte: Superintendência de Atenção Primária, SMSDC, Rio de Janeiro.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2009-2013 para o município do Rio de Janeiro, o atual governo estabelece um novo programa de atenção à saúde da cidade denominado Saúde Presente. O mesmo propõe a formação de uma rede de serviços de saúde em que a coordenação do cuidado seja de responsabilidade da Atenção Básica.¹³⁸

Para tanto pretende aumentar a cobertura assistencial nesse nível de atenção chegando a abranger 55% da população através da ESF até 2013. Também fazem parte da rede de assistência do Saúde Presente os seguintes serviços: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)^{XIV}, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), agentes de Vigilância em Saúde e agentes de Defesa Civil que atuarão junto às equipes de Saúde da Família, policlínicas com atendimentos especializados, hospital de referência e farmácias.

A nova estrutura montada para as equipes de saúde da família, denominada Clínicas da Família, é descrita conforme veiculado no site oficial da Prefeitura¹³⁹ quando foi inaugurada primeira Clínica em novembro de 2009:

A clínica Olímpia Esteves conta com consultórios de clínica médica, pediatria, hipertensão, aleitamento e ginecologia além de sala de curativos, imunização, procedimentos e de práticas integrativas complementares (massagens, fitoterapia, acupuntura, homeopatia). Haverá ainda sala de saúde bucal, uma central de esterilização completa, sala de reunião, farmácia e um auditório com capacidade para 50 pessoas. A unidade possui quatro equipamentos de saúde

^{XIV} A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

bucal com os periféricos (ultrassom e fotopolimizador), quatro equipamentos completos de ginecologia e mais um equipamento de práticas integrativas complementares.¹³⁹

Outra inovação foi a parceria realizada entre a SMSDC e as Organizações Sociais (OS) através de um contrato de gestão que estabelece o gerenciamento e execução das atividades e serviços a serem desenvolvidos na rede assistencial básica. Além da responsabilidade de contratação e pagamento de pessoal, antes delegado a ONG's e Associação de moradores, as OS são responsáveis pelo gerenciamento e administração da unidade ¹⁴⁰. O que culminou com a contratação de profissionais para serem gerentes da unidade em contraste com que foi sugerido no início da nova gestão sobre a autonomia das equipes.

Neste período de transição foi observada uma reunião da OS Viva Comunidade com os trabalhadores de nível superior da AP 3.1. Foi um momento de grande tensão vivenciada pelos profissionais, uma vez que havia o temor acerca da não manutenção dos vínculos empregatícios pela nova contratante. Vale lembrar que com a troca de empregador era necessário que os profissionais fossem demitidos para serem recontratados. Desta forma, o objetivo da reunião era de apaziguar os ânimos dos profissionais e esclarecer dúvidas sobre o processo de transição. Dos acontecimentos neste momento sobressaíram-se, primeiro, o aumento de salário apenas oferecido aos profissionais ACS e médicos e a apresentação das propostas de gratificação por desempenho e o funcionamento das unidades em horário estendido, das 7h às 19h, e aos sábados até às 13h.

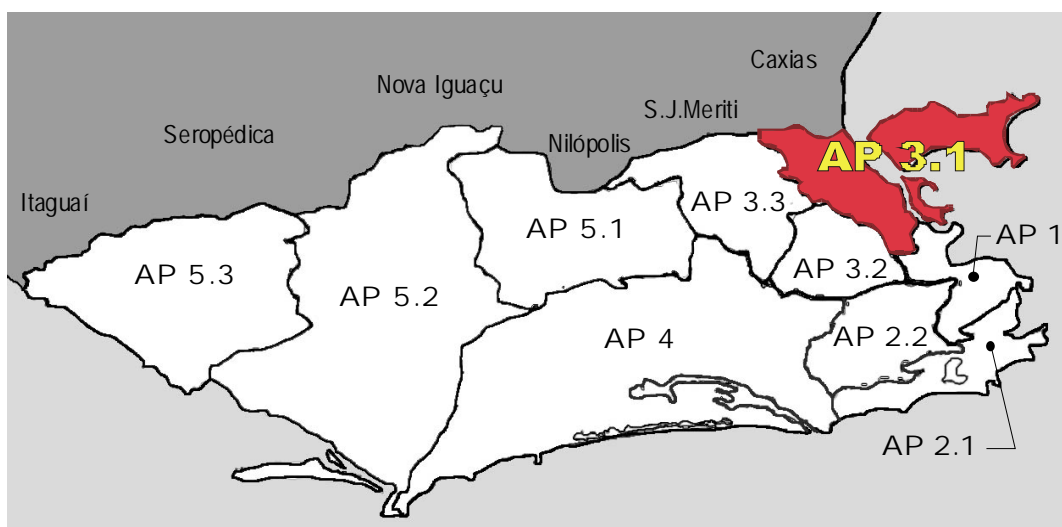
5.1 A área programática 3.1. e a equipe estudada

Apesar de a divisão da cidade do Rio de Janeiro em áreas programáticas ter sido implantada com o intuito de facilitar a implementação do SUS, no que diz respeito à descentralização e à equidade, a distribuição das unidades de saúde nas diferentes áreas programáticas apresenta disparidades, como a grande concentração de serviços de saúde na AP 1.0 e a escassez observadas na AP 3.0 e na AP 5.0 como um todo.

A Área de Planejamento 3.1 foi dividida pela coordenação da área em três blocos, chamados de subsistema de Saúde, como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade. São eles: Subsistema Norte, Sul e Ilha ¹⁴¹.

Figura 1:

Localização da AP 3.1 no Município do Rio de Janeiro



FONTE: CAP 3.1.

Figura 2:

Bairros que fazem parte da AP 3.1, Rio de Janeiro/RJ



FONTE: CAP 3.1

Esta Área de Planejamento possui um total de 859.832 habitantes, o que representa aproximadamente 14,7% da população total do município. Contudo, é necessário considerar que 34,9% dos moradores desta área encontram-se em favelas¹³⁷.

São territórios de grande vulnerabilidade social e econômica, principalmente Maré, Manguinhos e Complexo do Alemão, que possuem IDH^{XV} abaixo da média para a cidade (0,842)¹⁴².

Isto faz com que vários bairros da AP 3.1 sejam áreas prioritárias do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal, que conta com a parceria das esferas estadual e municipal.

O PAC é constituído de um conjunto articulado de medidas na área socioeconômica através do qual o Governo estabelece metas para o crescimento e direciona investimentos para saneamento básico, habitação popular, infraestrutura urbana, construção de unidades de saúde, escolas, entre outros investimentos. O plano teve início nestas localidades em 2007 com previsão de conclusão em 2010¹⁴³.

XV "O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador utilizado para medir e comparar padrões de vida de diferentes populações. O IDH é composto por três dimensões: **longevidade** - esperança de vida ao nascer, **educação** -, taxa de analfabetismo e número de anos de estudo e **renda** - renda familiar per capita. O IDH varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor o desenvolvimento humano"¹³⁶.

De acordo com dados não publicados da Superintendência de Atenção Primária até o mês de janeiro de 2011 haviam 79 equipes de SF e 29 equipes de Saúde Bucal implantadas nesta Área Programática.

A unidade de saúde na qual foi realizada a pesquisa é uma Clínica da Família que possui 11 equipes de saúde da família. Duas haviam sido formadas há pouco tempo, enquanto a maioria estava alocada em módulos separados até o início do ano de 2010, alguns dos quais continham cinco equipes e outros apenas uma, como é o caso da equipe estudada.

Segundo o relato dos trabalhadores, esta mudança ocorreu por causa das obras provenientes do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) e da necessidade de desapropriação dos edifícios nos quais as equipes estavam instaladas. Desta forma, três unidades de saúde da família foram concentradas em uma só megaunidade. Esta união também levou ao surgimento de um novo ator nas UBS, o gerente, assim como funcionários de apoio administrativo. No caso da unidade estudada, pelo número elevado de equipes, existiam dois gerentes.

Algo que logo chama a atenção quando se entra na unidade é a estrutura física, com amplas instalações, que possui, por exemplo, dois consultórios para cada equipe equipados com computador, balança infantil digital, maca, entre outros materiais permanentes.

Além disso, estas unidades contam salas de apoio para os agentes comunitários de saúde, que agora têm um local próprio com acesso a computadores. Assim como, possuem espaços reservados para a realização de grupos educativos com crianças, para o acolhimento da mãe e do bebê, para imunização, entre outros atendimentos. Também vale salientar que a decoração é acolhedora, com a presença de fotos dos moradores da comunidade assistida e com mapas indicando a adscrição da população.

A intenção também é oferecer exames laboratoriais, raio-x e ultrassonografia, ampliando o suporte diagnóstico com atendimentos que antes eram realizados nas unidades-mães como Centros de Saúde localizados na mesma área programática. No entanto, durante a realização deste estudo apenas o laboratório funcionava e com cotas mensais para casa equipe.

Esta Clínica da Família funciona em um complexo de unidades, isso porque divide espaço no mesmo edifício com CAPS III e a UPA, bem como engloba o projeto academia carioca.

Por um lado, todas essas iniciativas revelam a preocupação com a ambiência e a adequação da unidade às atividades desenvolvidas, revelando a realização de um

planejamento estratégico prévio, o que afasta um pouco da idéia de “medicina de pobre para pobre” na qual a atenção aos cuidados primários era realizada no improvisado com a adaptação de imóveis alugados, às vezes em péssimo estado de conservação e com pouca acessibilidade para portadores de necessidades especiais.

Além disso, a proximidade com outras unidades de saúde impulsiona de certa forma a integração entre elas, o que funciona muito bem com a saúde mental que faz o matriciamento das equipes da ESF. Já com a UPA existe uma dificuldade de se estabelecer fluxos de atendimento em razão da existência de um relacionamento conflituoso entre ambas, o que é agravado por serem serviços administrados por distintas OS.

No entanto, sobram críticas quanto ao grande número de equipes trabalhando em conjunto, acima de cinco equipes, o que dificulta a comunicação entre as elas e com a população. Assim como à semelhança de uma policlínica, o que dá a entender que existem várias especialidades médicas. Outra repercussão no processo de trabalho é o rodízio realizado entre as técnicas de enfermagem nas salas destinadas à realização de procedimentos, de forma que as mesmas sempre estejam acessíveis. Assim, estas profissionais acabam ficando afastadas das reuniões de equipe ao mesmo tempo em que perdem vinculação com a população da sua área de referência.

A Equipe Azul é responsável por 967 famílias cadastradas e distribuídas em sete microáreas (SIAB, setembro 2010). Grande parte desta população vive em favelas, sendo que algumas pessoas em condições precárias. Ela é composta por sete agentes comunitários, além de médica, enfermeira, técnica de enfermagem e equipe de saúde bucal tipo I. Tem sete anos de existência e cinco profissionais que estão desde esta época, que são quatro agentes comunitários e o dentista.

A maioria dos profissionais trabalha há mais de um ano em conjunto e avalia com restrição a troca das instalações, pois a anterior ficava mais próxima da comunidade assistida, em um imóvel que pertencia à Associação de Moradores, assim como tinha apenas uma equipe, o que facilitava a conexão dos diferentes trabalhos e a comunicação entre os agentes.

Todos os profissionais participaram do Introdutório^{XVI} e também de atividades de capacitação sobre temas técnicos de relevância para a saúde pública, como o controle

XVI O Ministério da Saúde⁴⁴ recomenda que todo profissional que for contratado para trabalhar na ESF antes de iniciar suas atividades realize um processo específico de capacitação denominado Introdutório. Esse treinamento tem o objetivo de munir o profissional de conhecimentos básicos necessários para o desenvolvimento de suas atividades.

da hanseníase e tuberculose, e os profissionais de nível superior possuem especialização em saúde pública ou em saúde coletiva.

6. ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo será apresentada a análise dos dados referente aos depoimentos dos profissionais da equipe estudada a partir de quatro categorias: Características do trabalho de cada um, articulações das ações, interação entre os profissionais e concepções sobre o trabalho em equipe.

6.1 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE CADA UM

Quando os profissionais relataram sobre seu trabalho ou sobre o trabalho dos outros membros da equipe observa-se a existência de situações objetivas de trabalho que se remetem à especificidade das distintas funções e a diferenças técnicas correlatas, bem como a transversalidade de algumas ações.

As especificidades dos trabalhos permitem o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Isto ocorre na medida em que os diferentes saberes possibilitam diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, o que amplia as possibilidades de intervenção e cuidado, ao mesmo tempo em que existem saberes comuns que levam a ações comuns e que flexibilizam a divisão do trabalho¹³.

O trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde é constituído por atribuições específicas delimitadas a priori pelo Ministério da Saúde, como foi discutido na fundamentação teórica. Grande parte destas atribuições é padronizada e de fácil mensuração e monitoramento. No entanto, outras podem ser consideradas polifônicas, de difícil dimensionamento, o que possibilita ao trabalho do ACS uma configuração mais maleável e, por isso, o mesmo está tanto suscetível a sofrer adaptações, quanto tem maior possibilidade de ser mais criativo e inovador.

A maior parte de suas práticas é desenvolvida no seu território de atuação denominado de microárea, por meio de visitas domiciliares, as quais, a partir dos depoimentos, têm como objetivos centrais a promoção de hábitos saudáveis, acompanhamento das famílias com ênfase para grupos estratégicos - hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros - assim como grupos de maior vulnerabilidade social.

Isto pode ser observado no depoimento a seguir

Nas visitas a gente vai dar orientações, olhar cartão de vacina, ver se tem gestante. Se está tudo direito, se ela está amamentando. A gente orienta muito a amamentação da criança. Ver se é hipertenso, diabético. Ver alimentação, se está tomando o remédio direitinho. Se é

acompanhando por nós, se tem consultas marcadas, ou se faltou à consulta e o porquê de faltar. A gente fica tentando remarcar essa consulta. Se a casa tem criança pequena a gente vê o cartão de vacina, a puericultura. Se a criança está se alimentando direito. Quer dizer, a gente vê assim numa VD (visita domiciliar), quando a gente entra numa casa, a criança tem tudo diarreia, ou se a pessoa não está tossindo muito. A gente repara muito o ambiente da casa onde a pessoa mora. A gente vê se tem filtro. A gente tenta sensibilizar aquela pessoa que o filtro é importante. Ou se tem esgoto a céu aberto perto de casa, e geralmente na comunidade não tem. Mas se tiver assim, a gente orienta. (ACS 1).

Ainda no contexto do território os agentes de saúde realizam atividades educativas, promovem mobilização comunitária e identificam parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes. O que não ocorre de forma homogênea dentro das equipes, pois cada agente se identifica mais com uma ou outra atividade.

Já dentro da unidade os agentes comunitários são responsáveis por realizarem diversas atividades operacionais com a finalidade de otimizar o trabalho da equipe, como organizar os prontuários familiares, separar os prontuários para as consultas com profissionais de nível superior, além de colaborar na coleta de material biológico. Nestas atividades está muito presente a característica da colaboração. Apesar de não ser uma função específica do ACS, na distribuição de tarefas dentro da equipe foi uma responsabilidade delegada a eles. A maioria dos ACS entrevistados não questionou sobre o cumprimento destas tarefas, apenas a descreveram como sendo parte de seu trabalho. Apenas um ACS reconheceu esta situação e afirmou que era uma forma de colaborar com o trabalho da equipe:

Que tem a questão da colaboração desses profissionais. É um trabalho que não é meu. É dela. Mas eu vou lá e faço também, porque eu estou vendo que ela está precisando de uma força, uma ajuda. Fiz uma coisa para ela, entendeu? É o meu trabalho fazer aquilo ali. Aquele acolhimento. A enfermeira, mas eu não estou bem agora nesse momento. Ela vai lá resolve para mim. A médica também faz isso, o do dentista também (...). Tem que pegar prontuário. Tem que ver a agenda da médica, da enfermeira. Tem que ver a do dentista. Tem que separar. Se bem que eles também pegam. O dentista pega o prontuário, a médica pega, a enfermeira pega. Mas quando a gente vem. E estamos aqui, a gente colabora com o trabalho e é melhor. Podia todo mundo ser assim. Não atrapalha o trabalho do agente fazer isso. É uma colaboração para a equipe. Que a gente vai pega os prontuários já que estão marcados na agenda e separa. Facilita para todo mundo. Tanto para a médica, para a enfermeira, para o dentista, para o usuário também. E vai agilizando o nosso trabalho (ACS 4).

A colaboração é considerada uma característica importante para o trabalho em equipe para promover coordenação, cooperação e partilha. É uma relação que não pode ser desenvolvida se os indivíduos não respeitam as competências uns dos outros^{121,144}.

Neste depoimento há um sentimento de pertencimento à equipe no qual a responsabilidade pelo produto final, que é o atendimento ao usuário, torna-se coletiva.

A responsabilidade coletiva faz com que o sucesso e o fracasso passem a ser responsabilidade da equipe e não dos profissionais individualmente, o que pode aumentar o sentimento dos profissionais da necessidade de colaboração. No entanto, ela:

Não está condicionada à responsabilização de alguém por algo que ele não tenha feito, mas por seu pertencimento ao grupo (coletivo) responsável; ele é responsável por coisas que não participou, mas que foram feitas em seu nome e nenhum ato pode dissolver. A única forma de escapar seria abandonando o grupo a que pertence^{80: 62-3}.

Muitos depoimentos também se referem ao agente comunitário como mediador entre a unidade de saúde e a população assistida, o que facilita o acesso da população ao serviço, pois o mesmo possui informações importantes sobre a dinâmica familiar e do território que podem influenciar no processo saúde-doença-cuidado. Desta forma, ele pode possibilitar um olhar ampliado para outras questões que não o sistema biológico, e consequentemente relacionar a queixa do indivíduo com suas condições de vida, claro se isso for uma questão pertinente para a equipe. O que parece ser de acordo com as falas dos profissionais:

Questões de saúde, questões de promoção de saúde. De fazer atividades físicas, de dançar. É importante que se tenha na vida das pessoas. Deixar de ser sedentário. São pequenas informações, mas que têm ótimos resultados na qualidade de vida. E as pessoas muitas vezes olham a saúde assim. “Estou com uma doença, vou precisar de remédio, só remédio”. Se for fazer um estudo, um histórico da vida daquela pessoa, às vezes a questão não é de tanto remédio. É outra coisa. Ela tem que mudar o hábito dela de comer. Questões alimentares são muito mais importantes e os resultados eficientes. O remédio, muitas vezes, é só uma coisa imediata. Tomou o remédio, fiquei bom. Mas aí? O problema não é ali. Não está ali na resposta ali. O problema real é numa outra situação que tem que ser estudada. Por isso o trabalho do agente comunitário é importante, que ele vai lá e está vendo o que está acontecendo ali de verdade com aquelas pessoas, aquela família. Por que aquela pessoa está com uma dor nas costas? “Estou com dor nas costas doutora”. Mas explica para a doutora toda a situação (...) Vai ver que ela ficou carregando peso, carregando balde d’água e vai que pega um bujão e trás nas costas. Tem várias situações que a gente vê e o próprio paciente não relata para os profissionais de saúde, para os médicos, enfermeiros no

atendimento, aí depois a gente faz o complemento. Mesmo assim a gente fala para a pessoa. “Olha, quando você vai ao consultório da doutora fala tudo. Tudo. Não fala só a respeito da doença. Fala também da sua vida toda”. Mas é claro também aqui no PSF, a própria médica e a enfermeira são muito bem capacitadas para isso (...). Para identificar o problema. Eu acho muito bacana esse trabalho aqui (ACS 4).

Trazendo os conceitos de núcleo de competência e responsabilidade defendidos por Campos ⁸ para o contexto da Saúde da Família, as autoras Almeida e Mishima ⁶⁹ esboçam um conjunto de saberes e responsabilidades específicos para o profissional médico e enfermeiro, e o mesmo faz Sakata¹⁴⁵ para os agentes comunitários de saúde em seu estudo. Essa última autora identifica que as competências e responsabilidades específicas dos agentes comunitários vêm se conformando, ao longo do processo histórico de formação desta profissão, “em ações de construção de vínculos com a comunidade e entre os outros trabalhadores, adequando a produção de cuidados em saúde às necessidades das pessoas do território de abrangência da unidade de saúde”
145:144.

Neste contexto, observa-se que um dos agentes comunitários de saúde aponta para a importância do seu núcleo específico de responsabilidade: o vínculo estabelecido por meio do seu trabalho entre comunidade e demais trabalhadores para a eficácia do trabalho em equipe centrada no usuário:

É que fez de tudo. Que chega uma hora que o agente comunitário cansa. Aí, se o agente comunitário, assim, se ele é o primeiro a desistir, para mim ele consegue convencer os outros também. É fácil fazer isso aqui que eu já percebi. Porque é como se ele fosse mais responsável por essa situação. E se ele é o primeiro a desistir é quase que uma coisa automática os outros também. Só pergunta sobre ele, mas depois faz questão de ficar no esquecimento, porque tem tanta coisa para resolver que a gente sai de lado. Por exemplo, o problema é da minha microárea. Mas a partir do momento que eu sou o primeiro a desistir daquilo ali, porque cansei. Tentei fazer de tudo. Aí fica tão fácil os outros também se despreocuparem também. É o que eu fui aprendendo e percebendo no dia a dia de trabalho. Situações que foram ocorrendo. Eu percebi isso. Aí, vendo essa situação desse senhor, não desisti, mas eu fiquei só observando. E eu fui observando, mas não falando mais para o dentista. Porque tinha tanta coisa para eu falar, que eu falava para ele e para a equipe outras coisas. Mas ao mesmo tempo eu ia observando aquele senhor, mas não passava nada do caso dele assim como eu passava antes. (ACS 4).

Na situação relatada apreende-se que o trabalho do ACS permitiu que a equipe de saúde não se descuidasse de um morador com suspeita de câncer de boca que se

recusava a realizar um exame diagnóstico específico mesmo após a visita domiciliar do dentista e a intervenção do mesmo solicitando apoio a um profissional especialista. Ou seja, a atuação do agente facilita a construção de compromisso dos profissionais com a saúde dos moradores.

Outro aspecto ressaltado nas falas dos ACS, que é peculiar ao seu trabalho, é a nova posição social que eles assumem dentro da comunidade na qual vivem por fazerem parte de uma equipe de saúde, ao mesmo tempo em que ganham mais status, recebem várias responsabilidades e expectativas, às vezes contraditórias, sobre seu trabalho na relação com os moradores e também com a equipe.

Diante desta realidade, Nunes et al.¹⁴⁶ consideram que:

Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação^{145:1646}.

Este lugar ocupado pelo agente, por muitas vezes, o faz tomar atitudes que são consideradas inadequadas pelos outros profissionais de saúde, que esperam uma postura mais técnica, enquanto as relações estabelecidas com os moradores da comunidade, dentre eles vizinhos, amigos e parentes, estão muito vinculadas ao campo dos afetos e dos sentimentos.

Estas contradições podem ser observadas nos relatos a seguir. Inicialmente foi apresentada a visão de uma profissional da equipe técnica e logo depois a fala de um agente comunitário:

O lado ruim é que dos próprios ACS que eu elogiei tanto, a gente às vezes encontra muita resistência da parte deles. Nós que somos da equipe técnica. Porque muitas das vezes eles agem... Como é que eu vou te dizer? Insubordinadamente. Porque há normas. Existem normas dentro do nosso trabalho. E às vezes eles não querem seguir. Eles não querem fazer assim. Querem fazer do jeito deles. Então, esse é o maior problema que eu acho que existe no Saúde da Família. Porque muitas das vezes, a maioria das vezes, apesar deles desenvolverem um bom trabalho, a maioria das vezes eles querem desenvolver a parte mais fácil. E não querem obedecer às normas. Eu acho que é a maior dificuldade que eu vejo é nisso aí. Nesse ponto. Por parte mais deles mesmos, que moram na comunidade e trabalham. Além de morar, trabalhar, de conhecer as famílias, eles querem facilitar tudo. E a gente não pode fazer assim. A gente tem que fazer a coisa certa. A gente tem

dados para declarar, tem estatística, tem um monte de coisa. Tem um plano. Eu não posso chegar fazer do jeito que eu quero. E muita das vezes ocorre isso (ACD).

Vou lá falar com a médica. Falei (nome da médica), marquei uma pessoa, só que ela não mora, mas eu marquei. Entendeu? Está errado, marquei mesmo. Ela não mora mais lá, aconteceu, o PAC tirou, foi para outra comunidade, a criança está com dois meses e está sem atendimento. Por que? Já não é um problema mais nosso. Eu falei “ah não, acho que é um problema meu”. Eu acho que é meu. Aí eu queria o que? Eu queria que fosse atendido aqui e a gente fizesse uma carta de encaminhamento para o PSF do (nome da unidade), dizendo que a criança está há dois meses sem atendimento e que essa criança tem que ser acolhida. Essa família tem que ser acolhida. Eu achei demais esperar essa criança dois meses sem atendimento. Uma situação de risco também por causa disso. Achei mais assim, me comoveu mais por conhecer a história desse pai, a história dele. O pai foi morto. Que eu faço o meu possível entendeu? Me pediu. Ele pediu para outros agentes, outros agentes não acolheram. Aí ele me pediu (...). “Ah, deixa comigo. Eu vou fazer isso mesmo”. Fui lá falei a médica “oh, fiz isso, isso e isso, sou errado”. “Ah ta, não tem problema”. Depois eu falei com a gerente: “Oh fiz isso, isso e isso, eu estou errado”. “Falou com a médica?”. “Já”. “Ah ta bom”. (ACS 4).

A relação afetiva estabelecida entre o agente comunitário e um morador, por um lado, motivou esse último a pedir ajuda no momento em que não conseguia atendimento para o filho em outra unidade de saúde. E por outro lado, impulsionou o agente a infligir uma regra: marcar consulta médica para uma família que não morava mais na área adscrita da equipe.

Esta situação também pode ser analisada à luz do arcabouço teórico da ergologia, para qual existe um distanciamento entre o trabalho normatizado e o realizado, dada a imprevisibilidade das situações vivenciadas pelos trabalhadores. Ao viver este momento de quebra daquilo que estava previsto, o trabalhador vai precisar fazer escolhas, talvez negociar, inventar meios, arriscar-se em meio a um debate de valores pessoais e da relação com usuários, trabalhadores e gestores⁸⁰. A escolha feita pelo agente de saúde foi compartilhada com a médica e com a gerente que acolheram sua decisão, e foi prestado atendimento à família. No entanto, ele ainda reconheceu que sua responsabilidade não terminava ali e eram necessários mecanismos que pudessem facilitar o atendimento da família na unidade de saúde que a tinha agora como população adscrita. E, sendo assim, solicitou uma carta de encaminhamento. E ainda argumentou que se fosse necessário iria conversar com o agente de saúde da outra unidade a fim de entender o porquê do não cadastramento. O que reitera a importância do núcleo de competência e responsabilidade dos ACS para o cuidado em saúde no

contexto da ESF.

Voltando-se ao trabalho dos demais profissionais, os quais no contexto estudado são denominados por “equipe técnica”, formada por técnico de enfermagem, assistente de consultório dentário, dentista, médico e enfermeiro, a distribuição de tarefas e atribuições de cada profissional está bem delimitada.

Recorrendo novamente ao texto de Almeida e Mishima⁶⁹, os núcleos específicos de competência do médico e do enfermeiro podem ser desenhados da seguinte forma. O do médico é estabelecer o diagnóstico clínico e a instituição do tratamento adequado. Já em relação ao enfermeiro, com base no texto que Marina Peduzzi produziu em 2000 para discutir a inserção do enfermeiro no Saúde da Família, pode-se considerar o seu núcleo de competência centrado em três dimensões: o cuidado de enfermagem, o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva, e as ações gerenciais voltadas ao cuidado.

A médica realiza consultas individuais e coletivas para todas as fases do ciclo de vida, ou seja: crianças, adolescentes, adultos e idosos dentro do nível de competência da Atenção Básica. Além disso, ela possui uma série de outras atribuições específicas definidas pelo Ministério da Saúde. Juntamente com a enfermeira exerce, segundo a fala dos ACS, uma função de liderança da equipe e coordenação de ações:

Bom. A médica, no caso, ela faz as visitas. Faz as visitas que a gente aponta. Os agentes de saúde sinalizam aonde necessita as visitas. Ela faz os atendimentos aqui dentro da Unidade. Ela faz grupos. Colhe preventivo. E é assim, meio que administra um pouco a equipe também. Assim, quando tem problemas, ela e a enfermeira é que resolvem, não é?. Assim, quando tem que tomar algumas decisões de equipe. Quando assim, numa reunião. Vão fazer uma reunião, a médica e a enfermeira que expõem o caso. Que guia mais ou menos. É aquela pessoa que passa o caso, ela orienta. Às vezes a gente dá uma opinião que não é uma opinião certa, elas tentam mostrar para a gente. Elas não induzem a gente para dar uma resposta. Mas elas tentam mostrar para a gente que se fizer assim o que vai acontecer. E a gente vai resolvendo. No caso assim, igual agora, a gente está tentando tirar a enfermeira do acolhimento geral, porque não é justo que ela trabalhe tanto. Ela trabalha acolhendo a nossa equipe, ainda, ninguém acolhe os nossos. Quando ela não está ou a médica não está, os nossos voltam. Então não é justo que ela tenha que trabalhar para todas as outras equipes se ninguém faz o trabalho dela. Aí isso aí é uma coisa de equipe. A equipe toda tem que resolver. Ajudar, não é? É. São essas coisas assim, esses problemas de trabalho mesmo (ACS 3).

Percebe-se que esse papel de liderança dentro da equipe se manifesta por serem pessoas de referência que se colocam na função “de guia”, de facilitador na tomada de

decisão coletiva, ou na resolução de situações problemáticas.

Na verdade, o exercício da liderança dentro da equipe é rotativo, ou seja, dependendo da situação a liderança se desloca.

McCallin⁸⁷ afirma que, diferente das formas tradicionais de liderança na equipe interdisciplinar, cada pessoa aceita a responsabilidade como membro-líder, o que significa que indivíduos entram e saem do papel de direção principal, orientando os colegas e tomando decisões para clientes em várias situações.

Flores (2000) apud Rivera e Artmann⁹⁷ também declara que a liderança é um conjunto de juízos sobre alguém, baseados em observações da fala e das ações do mesmo. Esses juízos estão baseados em padrões sociais de caráter linguístico. A liderança não é apenas uma avaliação, mas um domínio de ação em si mesmo. Uma vez que observamos as ações de alguém é que ocorre o fenômeno da liderança.

Os juízos são formas de avaliação valorativa que precisam ser fundamentados por intermédio de afirmações ou constatações de situações do passado, responsáveis por sua solidez, ao mesmo tempo em que se referem ao futuro, o que ajuda na tomada de decisões⁹⁷.

No relato abaixo percebe-se o lugar de liderança ocupado pelo dentista a partir dos juízos proferidos pelo agente comunitário sobre o discurso e ações deste profissional, o que o fez decidir a observar suas práticas e tomá-las como referência:

O da odonto eu acho perfeito. Até eu me baseei nele e na enfermeira na questão de ver agenda de trabalho. Eu sempre fiquei observando que desde o começo ele tem um método de trabalho. Ele até pensa em mudança. Está aberto para discutir, mudar a agenda dele. Muito bacana. Mas sempre ele assim, coloca-se numa, se tentar mudar assim desse jeito, pode acontecer isso e isso. Então aí a gente discute, vamos ver como é que está. Ele não é assim, não é do meu jeito e pronto, e acabou. Ele sempre está aberto a ouvir essas pessoas, a fazer mudanças no trabalho dele para melhorar. Se for para melhorar, ele muda, entendeu? Eu me baseei nisso, assim a agenda dele, ele sempre seguia aquilo ali e dava tudo certo. Tem a questão também de desmarcar grupo, que é supervisão dele, falar “oh a pessoa quer ter reunião tal dia”. Ele falava, não, “eu tenho grupo marcado, vai desmarcar as pessoas assim? Fica chato”. Ele está certo tem que pensar no outro. Eu sou responsável pelo outro dentro do meu trabalho. Então eu tenho que falar pelo outro também, não só por mim. Então muitas vezes eu tenho que discutir com o supervisor e não só pensando em mim, no meu trabalho, na questão de profissional. Discuto também pensando na outra pessoa, que também tem o direito de usuário. (ACS 4).

Já o exercício de liderança dos ACS ocorre dentro do território, na relação com a

comunidade, o que geralmente já é anterior a sua entrada na ESF e pode ser potencializado ao adquirirem novos conhecimentos e posição social. Situação que pode ser exemplificada no depoimento a seguir.

Ah, o grupo de adolescentes foi feito primeiro por mim e a enfermeira. Aí depois é a que a médica chegou. E os adolescentes da comunidade de todas as áreas. (...) Eu falei um pouco sobre a violência na escola. Porque como eu moro perto de três escolas, eu estou sempre me envolvendo assim, separando, tirando criança de briga, avisando a escola. É assim, todo mundo já até me conhece na rua por causa disso. Porque eles juntam assim grupinhos, para bater em um. Aí eu não deixo. Que eu acho que é covardia. Me meto, vou levar a criança em casa. Aí as crianças já me conhecem por isso. Aí eu estava falando que eles têm que evitar esse tipo de briga, esse tipo de coisa. Às vezes por um... “Ah, quebrou meu lápis. Ah, pegou meu material que não podia. Ah, xingou minha mãe”. (...) E aqui as consequências às vezes são graves, não é? Porque batem de machucar. Teve uma menina do (nome do morador) que ela foi parar no hospital! Uma surra que deram. Três meninas bateram tanto, que ela foi parar no hospital, ficou internada alguns dias por causa de pancada no rim. Quer dizer, não tem que deixar chegar a esse extremo (ACS 3).

Observa-se emprego da sua posição de liderança na comunidade enquanto forma de fomentar discussões em grupo dentro da unidade de saúde sobre um tema que foi identificado por ela como uma necessidade para os adolescentes. Talvez outro ator não conseguisse identificar esta demanda, assim como poderia ter dificuldade de expor esta situação de violência por não ter prestígio social para isso. Além disso, existe a tendência deste tema suscitar reflexões que não tangem o que seja considerado preferencial para um grupo de saúde, e sim englobam a discussão sobre valores éticos e morais concernentes à vida em sociedade. Ou seja, demonstra a potencialidade de sua ação enquanto líder em criar novas possibilidades de reflexão.

Com relação ao trabalho realizado pela enfermeira, o mesmo envolve ações individuais e coletivas com vistas ao atendimento, principalmente aos grupos prioritários, bem como o planejamento e coordenação das ações desenvolvidas pela equipe, em especial pelos agentes comunitários. Além disso, é a profissional responsável pelo gerenciamento dos dados estatísticos, preenchimento das planilhas de produção e encaminhamento para a administração. Como destacado no relato a seguir:

E esta parte burocrática, atualmente fica muito mais com a enfermeira, de planilha, Cegonha Carioca. Essa burocracia é uma coisa que eu

acho que é demais no PSF. É uma coisa que eles podiam diminuir um pouco. A gente tem que preencher muito papel, muita planilha, colocar muita coisa no computador e isto ocupa bastante e, a enfermeira que faz mais do que eu até (...). Essa parte, eu, por exemplo, quando a gente estava no outro módulo, eu era coordenadora da equipe do módulo. Quando esta nova secretária assumiu mudou. Antes a gente era supervisionada, coordenado, pelo GAT (Grupo de Apoio Técnico) que ficava lá na CAP (Coordenação de Área Programática). Aí com essa mudança cada módulo tinha que ter o que seria um diretor, um coordenador técnico daquele módulo. E lá na (nome da equipe) eu fiquei sendo. Aí é que eu vi como é desagradável, como é desgastante (MED).

O papel de coordenação da enfermeira é reforçado pela gerência da unidade, uma vez que essa profissional é sempre solicitada por ela quando se trata de repassar informações dentro da equipe, assim como para coordenar a realização das ações demandadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, foi o profissional que mais coordenou as reuniões, sendo que quando não estava presente este papel era delegado ao médico. No caso da Equipe Azul, parece que sem a presença destes dois profissionais a reunião de equipe não se realizaria.

Outros estudos que tratavam sobre o trabalho na ESF constataram que a enfermeira desempenha o papel de mediadora das relações da equipe com a coordenação municipal^{3, 71, 109}.

Esta situação fica notória em algumas das conversações observadas em reunião em que a gerência demanda ações a serem realizadas pelos agentes a partir da enfermeira. Uma dessas solicitações que mais gerou conversações na Equipe Azul - em quatro das nove reuniões observadas no período de agosto a novembro - foi a inclusão das famílias cadastradas no Sistema de Informação On-line, o GIL (Gerenciador de Informações Locais).

Este sistema de informação do Ministério da Saúde tem o objetivo de informatizar a rede ambulatorial básica do SUS. No entanto, não se caracteriza por um sistema de implantação obrigatória nos municípios, assim como a instalação pode ser iniciativa das próprias unidades de saúde.

Até o final de 2009 as unidades básicas de saúde que fazem parte da ESF se utilizavam de outro sistema de informação. Já em 2010 foi iniciada a implantação do GIL nestas unidades por iniciativa da SMS, por este motivo foi necessário treinar os profissionais, inclusive os agentes de saúde que são responsáveis por cadastrar neste novo sistema as famílias sob sua responsabilidade.

As conversações aconteceram com objetivo de coordenar as ações - conversações para a coordenação das ações - a fim de que fossem viabilizadas as condições necessárias para o cadastramento dos usuários no sistema de informação. Tais conversações foram entremeadas por relatos sobre vivências relacionadas à tentativa de cadastramento. Esses são juízos pessoais dos agentes de saúde, que abordam suas dificuldades em realizar a tarefa em questão e a desconfiança quanto à possibilidade da mesma tornar-se obsoleta em virtude de experiências anteriores semelhantes com outro sistema de informação adotado pela SMS.

Também se destaca nas falas, principalmente na da enfermeira, a questão da supervisão e gerenciamento das ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Em geral, os profissionais reconhecem essa atribuição dada à enfermeira, e algumas vezes durante as reuniões de equipe questionaram a necessidade de ela ter uma postura mais enérgica, de cobrança e prestação de contas, com relação ao trabalho do ACS.

Ao mesmo tempo a enfermeira dá indícios de que não está confortável neste papel de supervisão com o objetivo de assegurar o cumprimento das ordens e dos regulamentos impostos, e propõe sempre uma nova forma de relação baseada na negociação e compartilhamento de responsabilidades. Ela possui outra concepção de liderança, que não é muito bem aceita ou entendida por alguns profissionais. Além disso, fala sobre a dificuldade que tem em conciliar atendimento às famílias e o acompanhamento aos agentes comunitários.

Ao ser questionada sobre o ato de compartilhar decisões, a enfermeira faz o seguinte relato referindo-se aos agentes comunitários:

Eu acho que, através do grupo ou sempre pedindo a opinião deles, eu acho que algumas coisas a gente tem que ter mesmo decisão, eu acho importante a gente, como líder da equipe, ter decisões, mas eu, como sou uma pessoa muito democrática, gosto de compartilhar tudo com eles. Acho que cada um tem o seu saber, os agentes de saúde têm o seu saber, têm a sua vivência, então acho muito importante a parceria deles, eles estarem junto comigo Não vejo o agente de saúde como maior, melhor ou pior. Eu vejo assim como ser humano que tem qualidade e tem defeitos, eu parto deste princípio e busco a parceria. Nem sempre, assim, às vezes eu sinto muita dificuldade nesta questão da parceria, porque nesse se entregar. Porque quando eu faço as coisas eu gosto de me entregar, às vezes vou acertar, às vezes vou errar, mas acho que no cuidar você está trabalhando na saúde da família é isso, você se dar, se entregar. E o trabalho da gente, como é um trabalho muito dinâmico, tem várias atribuições, várias repostas a serem dadas. O nosso saber tem que ser muito amplo e a gente também aprende no dia a dia a ter essas repostas. Então eu acho que o agente de saúde é

muito importante nesta parceria, para estar no meu lado até para me apoiar, entendeu? Como líder, como enfermeiro, como um líder que tenha que tomar decisões. Eu acho que às vezes eu falo. “Olha! Eu acho que vou fazer isso? O que vocês acham?”. Às vezes, o saber deles é bem maior do que o meu em relação a aquele assunto, a aquela microárea ou um caso que chega aqui para mim e eu não conheço a história, mas que eles já conhecem. Então assim, é aquilo que eu te falei. Eu tento buscar o tempo todo eles comigo, mas muitas vezes isso foge das minhas mãos, mas eu acho que é um trabalho mesmo de formiga, assim que eu vou tentando essa conquista. Eu estou nessa fase assim de namoro né? Eu estou conquistando, e muitas vezes a gente vê uma dificuldade da pessoa com o trabalho, consigo mesma, na sua vida e com a equipe, então eu sinto assim. (ENF)

Parece que a aposta da enfermeira é de uma liderança que é conquistada e não imposta apenas por ocupar um cargo entendido como de supervisão. Na verdade, o grande desafio é construir junto à equipe valores compartilhados que estimulem práticas colaborativas e de cooperação.

É interessante observar que ao mesmo tempo em que na dinâmica desta equipe foi identificado que os limites de liderança podem ser redefinidos pelo contexto, existe certa expectativa de liderança a partir de modelos tradicionais focada em papéis, tarefas, regras de controle, hierarquia e recompensa.

Até mesmo a própria enfermeira, apesar de apontar para incorporação de relações simétricas baseadas no diálogo, tem uma concepção híbrida de liderança, já que também aborda necessidade de hierarquia e comenta sobre o mito da liderança inata como pode ser visto nos trechos de seu depoimento:

Assim eu acho que se abriu muito e as pessoas perdem a noção de espaço. Que eu vejo assim, todos somos iguais sim, mas a gente tem uma hierarquia, a gente tem que respeitar. A minha médica não é melhor do que eu, nem eu sou melhor do que ela, mas ela é médica, a última palavra é a dela. Assim dela em relação assim, eu não vou discutir com ela, eu posso até discutir com ela, mas sempre respeitando ela como médica, ela me respeitando como enfermeira que me respeita, sempre me respeitou. A gente dividindo o trabalho e assim que tem que ser do agente comigo. Às vezes, eu tenho que determinar alguma coisa e não é cumprido, então eu chego para eles e falo: ‘o que eu estou fazendo aqui, se eu estou aqui, estou junto com vocês e eu determino que deve estar aqui tal dia, tal hora e a pessoa não aparece e não dá uma satisfação, então está alguma coisa errada’. E você tem que buscar parceria, senão a coisa não funciona. Então o tempo todo é tipo a gato e o rato, porque eu tento o tempo todo. Às vezes um gesto, qualquer coisa que você faça mais assim, implica numa fala totalmente errônea, que não foi às vezes aquilo que você quis fazer ou quis falar, mas as pessoas têm esta tendência de estar julgando e ouvindo como quer e como deseja (...). Mas eu não sei se a convivência é muito próxima e por estar todos os dias. E assim, no caso, você está indo trabalhar em equipe e os agentes estão sobre sua

responsabilidade, é mais desafiador, é mais difícil mesmo. Porque em outro lugar, dependendo você faz seu trabalho, fez e acabou. Aqui não, você tem um vínculo com a comunidade que me cobra, que precisa de mim e tem um vínculo muito forte com ele (agentes comunitários). Se eles não fizerem, o enfermeiro como supervisor, o líder da equipe, acaba acarretando ônus para gente. Então, assim, às vezes eu cobro deles e muitas vezes as pessoas não sabem separar isso. Porque quando você cobra, você tem que ter um o dom de saber cobrar. E aí entra a liderança que a gente chama de inata né! Que tem algumas pessoas que têm e outras que não têm, e trabalho um pouco isso. Eu tento trabalhar a minha, já que eu não tenho muita né! A gente sente muita resistência, mas uma hora a gente chega lá né? (ENF).

Ao discorrer sobre a liderança interdisciplinar McCallin ⁸⁷ observa que no contexto atual de mudanças significativas nas manifestações culturais e organizacionais ter um líder que assume a iniciativa e responsabilidade pode ser reconfortante. No entanto, observa que o líder hoje deve influenciar novas formas de trabalhar. “O novo paradigma da liderança acentua a necessidade de uma visão estratégica e de atributos de comunicação e negociação que lhe possibilitem operar mais como fator de mobilização do que imposição” ⁹⁷.

O trabalho da profissional técnica de enfermagem está voltado para realização de procedimentos técnicos na unidade e no domicílio como administração de vacinas e medicamentos injetáveis, realização de curativos, teste do pezinho entre outros. Também é citada como profissional que tem grande proximidade com os agentes comunitários, já que possui mais disponibilidade de se deslocar com eles dentro da comunidade, uma vez que não tem compromisso com agenda de consulta em consultório.

A equipe de saúde bucal, composta por dentista e auxiliar de consultório dentário, desenvolve atendimento individual em consultório, no domicílio e atividades coletivas através de grupos de educação e saúde tanto na unidade quanto em outros espaços como escolas, entre outros. Apesar de desenvolver algumas atividades independentes do dentista, como grupo de escovação e outros grupos educativos, a auxiliar de consultório dentário possui uma escala de trabalho muito atrelada a do dentista, uma vez que ele necessita de seu auxílio nas ações em consultório.

Com objetivo de finalizar esta primeira análise vão ser apresentados depoimentos que remetem de forma muito enfática às diferenças técnicas e à divisão de tarefas entre os profissionais. Assim como discorrem sobre a desigual valorização dos trabalhos.

Os agentes comunitários muitas vezes já trazem as demandas da população

assistida de forma parcelada, considerando que existe uma diferença técnica entre os trabalhadores envolvidos na ação de cuidar e também uma divisão do trabalho previamente estabelecida, o que pode ser observado nas falas seguintes:

Se a equipe não existir o meu trabalho não anda. Eu dependo do que os outros fazem. Cada caso, eu dependo de alguém. Se chega uma pessoa ferida, eu preciso da técnica de enfermagem para o curativo. Se eu tenho alguém doente, eu preciso da médica para uma consulta. Se eu preciso de uma orientação. A mãe vem me perguntar, “a vacina tal dá febre, dá isso?”. Eu não sei. Eu tenho que perguntar para a enfermeira. (ACS 3)

A técnica de enfermagem é delegada para a realização de um procedimento, no caso o curativo. Ao médico é responsável pelo diagnóstico e tratamento de determinada doença e a enfermeira é consultada quanto possíveis sintomas relacionadas à vacina.

Realmente, o médico é o profissional que tem legitimidade para fazer diagnóstico clínico e prescrever o tratamento das doenças. A técnica de enfermagem de igual modo tem para realizar curativos, assim como a enfermeira, no papel de coordenação dos agentes comunitário, tem a responsabilidade de capacitação dos agentes no que se refere às ações de saúde, o que não impede que seja uma responsabilidade compartilhada com os outros profissionais técnicos, uma vez que a enfermeira não detém todos os saberes necessários à atenção integral à saúde, na verdade nenhum profissional detém.

Outro profissional, o ACD, também relata esse papel do ACS em identificar a partir da escuta da demanda do usuário qual seria o profissional mais indicado para assisti-lo. O que reafirma a existência da divisão do trabalho de acordo com as diferenças técnicas entre os profissionais:

Os ACSs filtram. Tanto a parte odontológica, quanto a parte de enfermagem, quanto a parte da médica. Então depende do ACS, depende do médico. Porque todos têm que interagir. (...) Eles separam. Aquele que é para o dentista, aquele paciente que é para o médico. Eles separam isso direitinho. É o hipertenso, é o diabético, é o que tem saúde mental, problema mental. Ou é o do dentista. Eles sabem separar bem. Eles escutam, vê qual é o problema e encaminha para o profissional certo, não é? Senão, “ah está com dor de dente? Vou mandar para a médica”. Não. Não tem isso (ACD).

Assim como observa-se que há valoração desigual entre os trabalhos, ideia que não está presente na maioria das falas, mas encontra espaço no contexto estudado a partir do seguinte relato:

Eu fiquei um tempo sem médica. Então o quê que acontecia? Era muito ruim, porque a gente fazia tudo que era de técnico, a enfermeira fazia tudo que era de enfermeira, mas a parte principal não tinha. Que era a médica. E a gente ia bater nas portas dos consultórios para pedir consulta. Foi uma fase muito ruim que nós passamos. Agora, quando a equipe está completa, não tem como o trabalho não ser um trabalho bom (TEC ENF).

O depoimento demonstra que existe, para além das diferenças técnicas, o trabalho do médico é considerado de maior valor quando comparado aos outros profissionais. Assim como sinaliza a complementaridade e interdependência das ações dos distintos profissionais que será abordado mais adiante.

É notório o status social do médico na área da saúde. É uma realidade construída através de um processo histórico de inserção social deste profissional como detentor do saber técnico-científico para o controle e tratamento das doenças. Na divisão do trabalho, na maioria das vezes, as outras profissões são acessórias ao que é principal e de onde deriva o saber mais intelectual e normatizador do trabalho em saúde ⁵.

5.2 ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES

A maioria dos entrevistados faz referência a situações em que existe complementaridade e interdependência entre os trabalhos, além da articulação entre as ações.

Os relatos falam sobre a necessidade do trabalho do outro como forma de garantir a continuidade do atendimento, ou seja, existe o reconhecimento do trabalho do outro, assim como ao mesmo tempo descrevem as ligações existentes entre os trabalhos com base no processo de divisão de trabalho:

Através da minha necessidade, eu necessitando né! Eu estou falando assim, mas em relação às consultas, por exemplo, estou com uma criança, essa criança está com um déficit no cuidado da higiene oral, eu posso está solicitando a ACD? Posso. Desde que ela esteja desocupada não tem menor problema dela vir aqui e estar orientando essa mãe a fazer a higiene, ou o dentista, que está sempre ocupado, vamos dizer assim. A mesma coisa a (nome da técnica de enfermagem), eu preciso de um BHCG de urgência, uma urina, eu posso estar pedindo sim a técnica de enfermagem. “(Nome da técnica de enfermagem) você, por favor, retire esses pontos aqui”, embora tenha profissionais em casa sala para cada tipo de atividade. O que não era o caso lá do nosso módulo, lá no nosso módulo eu fazia vacina, retirava ponto, fazia curativo, fazia tudo. Hoje em dia aqui não, eu estou mais voltada para esse consultório aqui. (ENF).

O acolhimento, a gente recebe as consultas marcadas e as pessoas que são demanda (demanda livre). O que é demanda a gente passa para a enfermeira, aí a enfermeira vê se o caso pode ser resolvido por ela, ou se precisa ser da médica. Se for para a médica, a enfermeira passa para a médica. E tem casos que a gente sabe que é direto, a gente até sabe que é direto para a médica. No caso, uma infecção de garganta, febre. Tem que ser para a médica, porque a enfermeira não pode prescrever medicação (ACS 3).

A percepção dos entrevistados de que sua atividade de trabalho é coletiva e depende da atuação de cada um dos profissionais envolvidos é muito forte e pode ser exemplificada na menção da técnica de enfermagem quando questionada sobre o trabalho dos outros profissionais da sua equipe: “As atividades deles eu acho que são tudo a soma de todos” (TEC. ENF).

Algo que também chama atenção nos depoimentos é a realização conjunta de grupos educativos. Eles são realizados para uma população-alvo e conduzidos por mais de um profissional de saúde.

Geralmente, a iniciativa de realizar estes grupos parte de um profissional tendo em vista o seu núcleo de competência. Por exemplo, a ACD vai realizar um grupo com os moradores sobre promoção da saúde bucal, então, outros profissionais são convidados a participar para falar sobre outros temas:

Hoje, por ser folga dele, eu estou na esterilização e tenho o grupo, que eu falei que faço sozinha à tarde. Dois grupos à tarde. Um às 13h30 e outro às 15h. Que é escovação, flúor. Aí vou passar um vídeo para eles verem, sobre escovação. Já teve a palestra a semana passada. Eu falo, explico, depois a gente passa um vídeo para reforçar isso. Que aí eles têm aquela imagem visual, não é? Então reforça. Aí a semana que vem a gente vai ver como, ou com a médica na reunião de equipe na sexta-feira, a gente vai ver com a médica, com a técnica de enfermagem, ou a enfermeira, para ver se elas podem estar falando. Dando alguma orientação sobre algum tema para eles. Para interagir com a gente, com o pessoal da odontologia (ACD).

Durante a observação realizada nas reuniões de equipe não houve planejamento em conjunto sobre o grupo, apenas o convite para à participação dos outros profissionais pelo proponente e especulações sobre eventuais temas que poderiam ser apresentados.

No entanto, existe um movimento a favor da cooperação, ou seja, a execução de um trabalho em comum por mais de um agente, o “fazer juntos”, porque houve um convite ou de forma espontânea ⁵.

Assim como no trabalho produzido por Colomé et. al ¹⁰⁹, se observa a complementaridade de ações no que se refere à utilização do prontuário familiar.

O prontuário dos indivíduos no ESF é separado por família e constituído pelas fichas que são preenchidas e atualizadas pelos agentes comunitários, bem como pelo registro das consultas e visitas domiciliares realizadas pelos distintos profissionais que atendem a família. É um documento multiprofissional aos quais todos têm acesso.

Sim. Acontece com frequência, porque eu pego o prontuário. A pessoa está marcada para mim aí vem o prontuário geral, que tem o histórico da família ali e também o histórico odontológico e tal. Aí toda vez que a pessoa tem histórico de hipertensão, ou uma senhora que é pessoa de mais idade. Tem algum relato, alguns acontecimentos, eu sempre verifico a pressão antes de iniciar o procedimento. Aí peço lá para verificar na própria unidade. A gente pede para ela procurar a médica e tem pessoas também que descobriu aqui, entendeu? (DENT).

Observa-se que, de modo geral, os depoentes também expressam conexões entre os trabalhos ativa e conscientemente colocadas em evidência entre os agentes, ou seja, mostram com clareza situações objetivas de articulação entre as ações.

A articulação se dá, entre os profissionais da equipe técnica, muitas vezes dentro do próprio atendimento para o esclarecimento de dúvidas ou a necessidade de avaliação conjunta de um caso. Assim como também existe um movimento de procura bidirecional entre os agentes de saúde e os profissionais técnicos para troca de informações.

Verifica-se que a assistência de enfermagem aproxima-se muito do trabalho médico, como diz o relato a seguir: “Eu, quando a médica manda alguém me procurar para executar um curativo ou fazer um medicamento, ela sempre vem junto. Eu acho isso muito bom. Eu, quando pego meus curativos, chamo a enfermeira, ou a médica para me acompanhar (TEC ENF)”.

O meu contato maior realmente é com a enfermeira. A gente divide bastante as livres demandas. Ela, às vezes, absorve, ela atende, me chama e fazemos interconsulta. Oriento, prescrevo e quando tem um caso que ela pode resolver ela resolve. A enfermeira faz até mais preventivo do que eu, porque eu estou com uma agenda cheia demais. Na verdade, quando a gente se mudou pra cá, isto é uma coisa passageira, as pessoas passaram a querer vir muito para cá, acho que para conhecer, fazer exames, e tal. Então aumentou muito a demanda para consultas. Então a enfermeira está fazendo dois dias inteiros de preventivo, porque a gente ficou algum tempo parada sem fazer preventivo, acumulou um pouco. Ela está dois dias inteiros. Atualmente ela está fazendo mais preventivo do que só um turno. A enfermeira atende, faz pré-natal. A gente divide o pré-natal. Cada mês

é com uma, sendo que no final eu fico atendendo. A gente divide a puericultura, cada uma alterna as consultas. Ela faz hipertenso controlado eventualmente. Não é uma rotina dela, mas, eventualmente, quando está meio apertada a agenda ela também marca. Faz VD (visita domiciliar), faz visita domiciliar de bebê, participa dos grupos (MED).

É possível observar que o fluxo de atendimento tanto para as demandas agendadas quanto as livres demandas são compartilhadas entre a enfermeira e a médica e que existe um acordo prévio que estabelece a divisão de tarefas entre esses profissionais.

As consultas agendadas, em sua maioria são constituídas por ações programáticas como atendimento ao pré-natal, puericultura, preventivo, controle da hipertensão, entre outras ações em que existem protocolos ministeriais que auxiliam a conduta profissional. Isso é de extrema relevância no que diz respeito à autonomia técnica do profissional do enfermeiro, uma vez que estes protocolos legitimam a amplitude da sua ação na consulta de enfermagem.

Com relação à consulta de livre demanda já não ocorre o mesmo, sendo que a dependência do profissional médico para que seja dada continuidade à assistência é entendida como imediata, não é possível programar complementaridade entre ações. E a resolução encontrada por esta equipe neste caso foi a realização da interconsulta.

Além disso, a consulta de enfermagem como descrita no relato é claramente representada como forma de ampliar a cobertura assistencial à população, uma vez que o médico não teria condições de atender o grande número de famílias sob sua responsabilidade. O que é reiterado no depoimento da enfermeira:

Se tiver alguma necessidade que eu venha precisar do médico estar avaliando, eu faço uma interconsulta com a minha médica. A gente trabalha muito bem assim nesta parceria de interconsulta. Porque ela não tem como absorver todas essas famílias. Se você for contar por baixo são quatro mil e quinhentas famílias. Eu acredito que tenha muito mais. A gente vindo pra cá, pra essa unidade a (nome da unidade) que hoje são onze equipes, tem aí um espaço físico muito grande, a nossa demanda aumentou bastante, consideravelmente, muito, entendeu. Hoje eu tento abrir minha agenda para algumas crianças, que seria mais o caso de pediatria, mas eu estou atendendo, solicito os exames, faço interconsulta com a médica para todos terem direito e acesso à saúde. (ENF)

Nas duas situações descritas - atendimento a demanda livre e agendada - existe uma divisão de trabalho que permite a racionalização das ações a fim de aumentar a oferta de determinadas ações de saúde.

Situação semelhante é observada no estudo de Marcolino¹⁴⁷ no que concerne à consulta de enfermagem no planejamento familiar. No entanto, observa-se que, diferente do estudo anterior em que se destaca a justaposição das ações, na realidade estudada existe um direcionamento para a articulação das ações uma vez que tanto a interconsulta quanto a definição dos fluxos de atendimento prescinde a troca de informações.

Mais do que isso, existe neste caso colaboração e cooperação entre os profissionais e papéis e responsabilidades individuais definidos e entendidos.

McCallin¹²¹ afirma que a medicina e a enfermagem são os pilares da maior parte das equipes de saúde, e as duas profissões têm trabalhado juntas, sobrevivendo a momentos de harmonia e de contrassenso no decorrer dos séculos. No entanto, o que historicamente tem definido a relação da medicina com as outras profissões é a primazia marcada pelo autoritarismo, mas que isso vem se modificando com a introdução do atendimento integral e de novas práticas colaborativas menos hierárquicas.

No entanto, muitas vezes, a consulta de enfermagem enfrenta certa desconfiança por parte da comunidade assistida, como pode ser observado em um dos temas abordados em reunião de equipe. Nesta ocasião, a enfermeira relatou uma situação que vivenciou em uma das consultas de enfermagem para realização de um preventivo. Disse que uma senhora que ela estava atendendo a questionou se o enfermeiro poderia colher preventivo, já que ela ouviu disser que só o médico poderia realizar esse procedimento. A enfermeira afirmou que respondeu explicando que ela estava habilitada e capacitada para fazer o preventivo. Mediante esse comentário uma das agentes comunitárias diz que a médica pediu para que os agentes orientassem os moradores sobre isso, porque ela também foi questionada com a mesma pergunta.

Peduzzi⁵ afirma que o projeto assistencial da medicina biomédica coloca o saber não médico como algo periférico, e junto a isso a ideologia presente nas práticas sociais acentua esse caráter periférico na medida em que instala uma hierarquia de valores que faz crer o saber periférico como saber desprovido de tecnicidade.

Essa dúvida por parte da população sobre as práticas dos profissionais não médicos é também salientada por um agente comunitário ao falar sobre seu trabalho:

Às vezes também, por sermos agente comunitário... Às vezes a palavra fica muito... Eu chego para a pessoa, falo: “Olha, amamentação. Não dá água, não dá chazinho. A criança está com cólica, levanta a blusinha da criança e a sua blusinha, encosta a criança na barriga. E fica. Não dá. Não precisa chazinho”. A mãe não acredita. Aí vem no médico, aí o médico passa a mesma orientação, aí

eles falam assim “pô a fulana falou, mas eu não fiz, agora que o doutor falou”. Às vezes não leva muito a sério que o a gente fala. Não sei se é porque a gente mora na comunidade. Tem pessoas que acreditam. Não é todo mundo. Mas tem gente que não acredita muito naquilo que a gente fala. Quer dizer, é aquilo que eu sempre falo, que é um trabalho de formiguinha (ACS 1).

No entanto, Campos⁵⁸ ao refletir sobre atuação da ESF, entende que com o tempo a construção do vínculo tende a atenuar a exigência do médico, já que é estabelecida maior confiança das famílias em todos os membros da equipe. Além disso, comenta que nestes casos a clínica do enfermeiro pode ser exercida em sua plenitude, tanto porque há maior autonomia técnica deste profissional, tendo em vista os protocolos específicos quanto pelo próprio trabalho em equipe, o qual inclui o médico.

No que diz respeito às articulações das ações entre os demais profissionais e os agentes comunitários, percebe-se a partir dos relatos que existe troca de informação entre eles. Geralmente o agente comunitário procura os outros profissionais para esclarecer dúvidas em relação às questões relativas às visitas domiciliares, como prioridade para marcação de consultas, calendário vacinal, entre outras demandas provenientes dos usuários.

Por sua vez, os agentes comunitários dão informações para os outros profissionais para compreensão dos problemas de saúde das famílias e da dinâmica do território.

O depoimento abaixo fala sobre a articulação das ações entre o agente comunitário de saúde e o dentista desencadeado pela descoberta de uma necessidade de saúde de um morador:

Assim, por exemplo, o dentista capacitou para questões sobre a saúde bucal, câncer de boca, cárie, essas coisas. Aí eu estou lá na minha comunidade e tal, aí imagina que eu vejo esse senhor, ele falou assim: “Eu tenho um negócio assim na minha boca. Eu acho que é uma afta”. “Ah é? O senhor quer que eu marque uma consulta lá com o dentista? Quer ir lá? Não precisa nem marcar, o senhor pode ir até na demanda? Ah não, isso aqui é nada não. Vai passar. Afta geralmente passa”. Aí eu fui voltei da comunidade. Na reunião até aproveitei e falei com o dentista. Aí na outra semana, passei lá de novo. Aí ele disse: “Th! não passou não. Reclamou de novo que aquela afta estava incomodando. Não era bem uma afta não é? Só falou assim, “a afta está incomodando”. Aí eu falei: “Vamos lá. Já falei com o dentista e tudo. Eu comentei com o dentista dessa situação do senhor e ele falou que te atende. Vamos lá rapidinho?”. “Ah não. Quero ir não. Isso vai passar”. Aí quando foi duas semanas, eu falei “(nome do dentista) vamos marcar uma VD, vamos lá para você ver de perto. “Eu acho que está meio estranho aquilo lá”. Aí fui marcar uma VD, o dentista foi lá, analisou a situação e falou assim para mim quando nós saímos

dessa visita: “Eu tenho umas amigas que são especialistas em câncer de boca, que aquilo ali é uma suspeita de câncer de boca. Uma suspeita”. Aí o (nome do dentista) sugeriu que encaminhasse ele para um outro local. Encaminhamos (ACS 4).

Outro exemplo de troca de informações entre os profissionais fica explícito no relato da agente comunitária a seguir.

A gente estar podendo, estar articulando junto com a equipe, essa troca. Esse mesmo modo de fazer. A gente faz isso. Essa troca com a equipe toda. “Ah não tem como marcar consulta? Vamos botar ele no grupo. Pelo menos no grupo, ele já vai ter uma consulta marcada lá para o próximo mês, já vai sair tudo adiantado, vai sair com a medicação”. O agente comunitário, a gente participa disso. Tanto na formação do grupo, tanto na marcação de consulta. A gente está muito atento. Porque, por exemplo, eu faço visita domiciliar. Se você pegar meu prontuário você cai para trás. O que tem de folha solta dentro. Porque eu anoto as coisas mais importantes. Então, quando eu puxo um prontuário meu se a pessoa falar, “ah eu preciso marcar uma consulta”. Aí eu puxo. “Não! Ele teve consulta com a médica, marquei só dois meses, três meses, dá para botar lá para enfermeira”. Aí eu sento com a enfermeira e converso. “(nome da enfermeira) o quê que você acha? Na última consulta foi com a médica, o quê que você acha? Dá para você passar”. A enfermeira lê o prontuário da pessoa e fala: “Dá para botar para mim”. Eu acho que é assim que a gente faz. (ACS 1).

Considerando a totalidade dos depoimentos pode-se dizer que as ações dos agentes comunitários são as que mais se articulam com o conjunto de profissionais da equipe. Também se destaca a articulação entre os profissionais médico e enfermeiro. As conexões entre os trabalhos da médica e enfermeira com o dentista e a ACD se dão na realização de grupos educativos e nos encaminhamentos.

No que se refere à saúde bucal, os profissionais enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem todos expressam que há complementariedade e interdependência entre suas ações. No entanto, a troca de informações no que diz respeito à especificidade dos seus trabalhos é restrita. No cotidiano do trabalho fica mais evidente a justaposição das suas ações e a cooperação.

Tanto a médica quanto a enfermeira expressam que os profissionais da saúde bucal são mais distantes do trabalho geral. O que foi reforçado pela mudança desta equipe para um módulo maior, incluindo outras equipes, aumentou a distância física ao mesmo tempo em que trouxe a necessidade de que a saúde bucal estivesse sob sua responsabilidade, mais uma equipe mínima.

5.3 A INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS

A interação dos diversos profissionais ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, da comunicação, e busca o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos⁵.

No presente caso, as situações objetivas de construção conjunto de um projeto assistencial comum foram observadas principalmente durante as reuniões de equipe nas situações em que por meio das conversações os sujeitos envolvidos colocavam-se de acordo acerca de um plano de ação.

Além disso, os profissionais se referem à busca de consensos quanto às possibilidades de execução cotidiana do trabalho em equipe. O que pode ser observado nas falas a seguir da médica, da ACD e da ACS, respectivamente:

E como eu sou tranquila, não tenho problema para marcar, a minha agenda é aberta, quando tenho problema, como está agora de superlotação, esse problema é dividido com a equipe, todo mundo entende. Eles sabem que estou lá pra chegar junto, a gente procura não ter diferença, ou ficar com rixa com os agentes de saúde. Quando eu fui coordenadora lá da equipe a gente tinha liberdade, era tudo de igual para igual, todo mundo fala o que quer. Eu acho que a equipe deve funcionar assim. Cada um com a sua função diferente, mas com relação às decisões a conversa tem que ser de igual para igual. E a gente funciona bem assim. Eu tenho um grupo de agentes muito bons, eu acho muito bom. Cada um tem as suas dificuldades, eu tenho, todo mundo tem, mas eu acho que eles não têm dúvidas de que estou ali para trabalhar, que eu visto a camisa do PSF. Eu acho que é um programa importante demais para a população. Não sou de ficar cobrando muito dos outros, pois acho que cada um sabe do seu trabalho, cobro quando aquilo interfere no meu trabalho, e aí a gente conversa. Eu acho que eles veem meu trabalho na boa. Eventualmente a gente discute, a gente diverge de alguma coisa, mas aceito as críticas, aceito as sugestões, e a gente sempre chega a um acordo (MED).

Porque às vezes eu penso, como outras vezes já foi, já aconteceu, de chegar e falar “gente vamos... Aí não. Aí não gente. Ih. Pensa bem. A gente dá uma cesta básica hoje e amanhã? Não é melhor a gente correr atrás e ver alguma coisa, um emprego”. Quer dizer, a gente decide, conforme o perfil daquela família, se essa ajuda no momento vai ser certa ou errada entendeu? Porque eu também não posso julgar sozinha um caso, porque a família não é só minha. É da minha equipe. Ela está dentro da minha microárea, mas faz parte da minha equipe. Eu dependo da minha equipe, não é? Para decidir outras coisas (...). “Aí nesse caso é melhor que eu tente te encaixar num emprego”. Que aí a gente liga para um, liga para outro, fala com o Conselho Tutelar, às vezes eles têm alguns bancos de emprego para essas pessoas, para as famílias mais carentes. E a gente vai resolver de outra maneira. Estou

te dando isso como um exemplo, entendeu? Que a equipe pode tomar outra decisão. Que eu acho uma que é certa, mas se eu jogar para a equipe, de repente a visão é outra e eu vá até mudar a minha opinião (ACS 3).

Pelo menos eu já deixei eles bem a vontade para falar sobre isso. Em reuniões de equipe eu falo: “gente, se tiver alguma coisa que assim, eu esteja fazendo, a maneira de eu trabalhar não tiver legal para vocês, não tiver interagindo com vocês, vocês podem falar. A gente pode sentar, discutir e ver como a gente pode resolver isso”. Então sempre fui elogiada no meu trabalho (ACD).

Nos três relatos destacados os profissionais se referem a uma prática dialógica em que se, por ventura, ocorre a contestação de algum enunciado, os sujeitos buscam o entendimento ao colocarem-se de acordo acerca do projeto de ação para determinada situação problemática. E, sendo assim, os sujeitos voltam a uma situação de acordo intersubjetivo. Isto é o que a teoria do agir comunicativo denomina de discurso em que é reivindicada a legitimidade de pretensão de validade do proferimento. E a partir daí, por meio do diálogo, através da argumentação racional, pode ser estabelecido um novo consenso⁶⁷.

No entanto, existem situações em que as normas e valores decisivos já não representam acordos livremente negociados, em que o saber biomédico e o agir instrumental sobrepujam-se a outros modos de interação e assistência a saúde.

A agente de saúde aborda com cautela a questão da obrigatoriedade implantada pelo dentista da participação dos usuários em quatro grupos educativos para poder ter acesso ao tratamento odontológico. Afirma que apesar de, por um lado, entender a importância das atividades educativas, por outro lado observa que esta obrigatoriedade restringe a participação de pessoas que trabalham e não conseguem faltar quatro vezes ao trabalho para participar do grupo. Isto porque as atividades desenvolvidas são em horário comercial durante a semana. Segue seu relato:

Por que as pessoas têm que faltar quatro vezes para vir à palestra? Aí depois da palestra espera um tempo, aí depois vem para o tratamento. Isso às vezes para, pelo menos para mim, é um pouco difícil. Porque assim, muita gente, 90%, trabalha. Graças a Deus. E tem gente que necessita, que precisa. Eu ultimamente tenho colocado só pessoas desempregadas para o grupo. Porque assim, é só mesmo para quem tem tempo, para poder vir às quatro palestras, para poder estar assistindo. (...) São palestras ótimas, a pessoa fica orientada. No último dia de vacinação também foi constatado que o pessoal da (nome da comunidade), eles assim, em termos de problema bucal é bem menor do que em outro lugar. (...) Tem gente que é mais bem orientada do que em outros lugares. Por exemplo, ali no (nome da

comunidade) tem uma área que não é coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Mas é acompanhado em outro lugar, como na (nome de unidade de saúde). A gente notou a diferença. (...)A única coisa que eu vejo assim, meio preso em relação aos grupos. No momento, eu só coloco pessoas que estão desempregadas, pessoas que estão em casa. E geralmente é a resposta que a gente recebe. Quando vai marcar, “olha está aberto o grupo de odontologia”. “Ah é? Que dia?”. “É terça ou quarta-feira”. “Mas é que horas? Ah poxa, não dá para você falar com o dentista para me botar direto?” (ACS 1).

A mesma agente de saúde fala sobre uma dificuldade similar nos grupos de saúde da mulher, nos quais são dadas orientações quanto ao exame de colpocitologia oncológica, o preventivo. No entanto, afirma que as profissionais médica e enfermeira, responsáveis pela realização do grupo, são mais flexíveis quanto à obrigatoriedade da participação nesses para a realização do exame.

E como grupo de preventivo também. Mas no grupo de preventivo a tem assim um molejo. “Ah, olha, fulano trabalha, não pode”. Pessoas que trabalham em casa de família, que não dá. Patrão não libera. É um direito nosso. A pessoa sabe que tem direito, mas às vezes toma conta de idoso, então a gente tem uma, “ah não, vamos marcar isso aqui, porque ela trabalha, não pode faltar”. (...) E aí no preventivo a gente consegue fazer isso. No grupo de odontologia fica um pouco difícil, porque ele prioriza muito. E realmente a orientação é muito importante. A pessoa orientada, sabe que tem que fazer isso certinho, bonitinho, ela sai melhor do tratamento. Ela fez um tratamento quando for seis meses depois que ela vem para a avaliação a gente constata que realmente ela está levando aquilo à risca. Mas eu acho que tinha que ter uma flexibilidade. Não dizendo que ele seja ruim para... Entendeu? Mas eu acho...Ou a diminuição. Eu acho que é muito. Quatro dias, quatro semanas de palestra eu acho muito para odontologia, eu acho muito. Preventivo é uma, adolescente é uma. Eu acho que odontologia é muito ter quatro. Eu acho que prejudica um pouco” (ACS 1).

O profissional dentista durante sua entrevista aborda o tema do grupo educativo e explicita porque realiza quatro palestras educativas:

Daí é orientação de saúde bucal, não é? Em mostrar o quê que é a doença cárie, não é? A forma de transmissão, a forma de prevenção. Aí cada um ganha um kit com a escova, a pasta e o fio dental. Aí depois vão individualmente fazer a revelação de placas, a escovação, a aplicação de flúor. Isso na primeira consulta. Na segunda a gente já faz um vídeo. Porque tem estudo, não sei se você conhece é. (...) Tipo assim, pegou um grupo, aí orientou uma vez. Aí tá. Aí melhorou aquele grupo. Aí pegou outro grupo fez duas vezes. A primeira foi orientação, a segunda passou um vídeo. No terceiro grupo, pegou na primeira orientou, na segunda passou o vídeo e quatro dias depois voltou para reforçar. Aí daqui a um ano vai ver como é que está o risco de placa, de escovação, de higiene oral daqueles três grupos. Aí

comprova que o grupo que veio duas, três vezes e fez revisão está com o risco bem menor do que aquele que só orientou uma vez. Entendeu? É para mostrar que você reforçar o assunto e motivar e tal, ele vai ter uma resposta melhor. Entendeu? Então por isso que eu faço as duas vezes, depois retorna (DENT).

Parece que algumas normas estabelecidas pelos profissionais que tem embasamento técnico-científico para serem executadas e que numa dimensão epidemiológica são corretos, ou seja, tem impactos positivos na melhora da qualidade de vida para uma maioria da população, quando é confrontada com a peculiaridade da realidade local: vínculos de trabalho precários que não permitem faltar ao trabalho para cuidar da saúde, grande número de pessoas que trabalham em horário comercial, entre outros, tornam-se impeditivos para o acesso aos serviços de saúde.

Isso é algo que a agente de saúde consegue identificar e acaba por sugerir maior flexibilidade dessas normas. Durante todo o período de observação este impasse não foi discutido em equipe. No entanto, pode ter sido alvo de reflexão anterior e a conclusão foi a permanência da norma sem exceções, ou então a agente comunitária não expôs sua opinião a fim de não confrontar o dentista.

Isto quer dizer que, neste caso, o saber do agente comunitário sobre o território que expressa uma necessidade do usuário não foi considerado na organização do trabalho da saúde bucal e, sendo assim, o saber biomédico foi preponderante na formulação do plano de ação.

O espaço das reuniões de equipe é reconhecido pelos profissionais como espaço de troca entre os agentes onde ocorre o planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, discussões relativas à operacionalização do serviço, divulgação de informações, discussão de casos. Por fim, acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis.

Geralmente, o fluxo de conversações se origina a partir de um *quiebre* proveniente de petições da Secretaria Municipal de Saúde via gerência à equipe por intermédio da enfermeira. Sendo assim, grande parte das conversações acontece com o objetivo de coordenar ações-conversações para coordenação de ações-a fim de que sejam viabilizadas as condições necessárias para realização de determinada meta e geram compromissos de ação entre os profissionais. Tais conversações são entremeadas por juízos pessoais dos sujeitos na busca de dar sentido aos acontecimentos.

Desta forma, as interações nas reuniões tinham como característica marcante o agir instrumental e, às vezes, se reduziam apenas a divisão de tarefas e socialização de

informações, o que caracteriza sua subutilização.

Esse tipo de comunicação ocorre, segundo a Peduzzi¹³, como recurso de otimização da técnica em que há predominância do agir instrumental. São ocasiões em que se enfatiza na comunicação a coordenação de ação para atingir determinado fim. No entanto, mesmo que a interação implique em expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, existe a possibilidade de tematizar as normas consensuais, questionando sua validade com argumentação e de apresentar outras interpretações, recomendações e fundamentá-las na busca do entendimento recíproco em que se funda a intersubjetividade da ação ⁴⁹.

Ao mesmo tempo, há de se ter cautela para que não ocorra apenas a ratificação de práticas de trabalho coletivo estéreis e desvalorização do espaço de reunião caracterizado por atrasos frequentes, esvaziamento e dificuldade de concluir com propostas, como sinaliza Fortuna et al.⁷⁸.

Do mesmo modo que, como foi discutido por Peduzzi ⁶⁷, a promoção do trabalho em equipe muitas vezes não ocorre de forma espontânea, assim sendo:

Não basta apenas fazer reuniões é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores na dinâmica da reunião, para que ela produza tanto os resultados esperados como novos resultados, construídos com base na argumentação crítica e fundamentada em direção à finalidade do processo de trabalho em saúde e dos objetivos do serviço. ^{67:177-78}

Durante as reuniões da equipe estudadas, apesar de a enfermeira na maioria das vezes coordenar as discussões, todas os participantes tinham a oportunidade de falar com o mínimo possível de coação. Não se estão negando as relações de poder e a existência de hierarquias, no entanto, quando se abre um espaço de relação comunicativa com base na alteridade, elas tendem a ser enfraquecidas.

Neste contexto, também ocorreu a busca do entendimento com base no agir comunicativo que se deu na construção de tecnologias de intervenção em saúde comum, como por exemplo, quando se discutia temas como amamentação, tendo como norte a leitura de um texto baseado no saber biomédico, que sendo codificado pelos profissionais técnicos, outros saberes da vivência de cada um dos agentes envolvidos iam sendo incorporados ao saber nuclear.

O tema acolhimento também gerou uma série de conversações durante as reuniões. O acolhimento na unidade é entendido como recepção do usuário que chega à unidade com alguma demanda. As equipes operam com a lógica da porta de entrada aberta e têm como foco, por ser um nó, o atendimento às demandas livres, ou seja, as

pessoas que procuram o serviço sem atendimento prévio. Os motivos desta procura são inúmeros, desde pedido de cadastramento na ESF, realização de vacina até assistência à saúde associada a algum sinal e/ou sintoma.

Durante o período do estudo o acolhimento não ocorria de forma uniforme dentro da unidade, assim como havia um debate entre as todas as equipes sobre a instalação de uniformidade no acolhimento. No entanto, mesmo após algumas reuniões da gerência com as equipes, não se chegara a um consenso a fim de sistematizar esse tipo de atendimento na unidade. Vale ressaltar que a unidade em questão tinha sido inaugurada há menos de seis meses e que possuía diversas configurações de equipes reunidas, algumas já haviam construídos seus processos de trabalho de maneira distinta e outras estavam iniciando suas atividades.

Em sua maioria as equipes de saúde faziam um acolhimento compartilhado, ou seja, os moradores eram acolhidos pelos profissionais que estivessem escalados em determinado turno, o que não era vinculado com a adscrição da clientela. Os agentes comunitários ficavam instalados em baias presentes na recepção atendendo os moradores. Quando a procura do atendimento estava relacionada a algum sinal e/ou sintoma o agente encaminhava para o enfermeiro escalado que avaliava o usuário - avaliação e classificação de risco - e depois dependendo da necessidade encaminhava para o médico que estivesse disponível para fazer aquele atendimento.

Já se a procura estivesse relacionada à marcação de consulta ou realização de cadastramento o usuário era orientado a procurar um dos agentes de saúde responsáveis pela área adscrita a qual pertencia o morador.

Na equipe azul o principal argumento para a realização deste acolhimento o qual denominei “acolhimento diferenciado”, a fim de especificar que é distinto da maioria das equipes, foi a manutenção de um processo de trabalho e vínculo com a comunidade que vinha sendo desenvolvido há alguns anos no antigo módulo em que essa equipe estava instalada sozinha. Como pode ser observado no relato da enfermeira a seguir:

Quando a gente veio para cá, foi estabelecido assim que nós iríamos fazer nosso acolhimento sozinhos. Todas as demandas que aparecessem aqui a agente traria para médica ou para mim e a gente estaria atendendo, dando uma resolutividade. Já as outras equipes não fazem este tipo de acolhimento, fica um enfermeiro por turno, ele acolhe, ele ouve, ele avalia e assim se tiver dentro da alçada dele está dando uma resolutividade, ele vai fazer uma orientação, uma avaliação ou ele vai encaminhar para o médico da sua respectiva microárea. Aquele paciente é da área da doutora tal, então ele vai encaminhar para médica ou para enfermeira. Porque ali pode ser um caso de agendamento, um caso para o UPA, um caso para cá, pode ser uma

pessoa fora de área, pode ser só uma orientação. Então depende cada caso é um caso. Nós fazemos o nosso separado. Eu participo do acolhimento, mas é uma reivindicação que eu vou fazer para minha gerência é sair do acolhimento, já que nós absorvemos toda nossa clientela. Nós conhecemos a nossa clientela. Eu nem tanto porque estou há pouco tempo, mas assim eu tenho todo um trabalho feito na minha comunidade. Então assim, a minha livre demanda aumentou um pouco, mas mesmo assim ainda dá para a gente estar absorvendo. Aumentou tudo devido ao local novo, mas a gente cuida da nossa área tem todo um trabalho. Então, tem como a gente está se organizando de acordo é... através do nosso trabalho com a comunidade e atendimento (ENF).

Durante as reuniões em que se levantava o tema acolhimento as conversações se davam com objetivo de coordenar as ações dos distintos agentes com o objetivo da equipe conseguir permanecer realizando o “acolhimento diferenciado”. Esse projeto assistencial para o acolhimento estava sendo questionado por grande parte das outras equipes da unidade. O movimento de sistematização do acolhimento da unidade inclinava-se para outro tipo de projeto. E, por este motivo, havia um esforço dos agentes em estabelecer compromissos de ação a fim de conseguir sustentar seu plano de ação comum.

Em poucas vezes observou-se a discussão de casos de situações inerentes às famílias, afigura-se que apenas as demandas consideradas mais complexas, ou seja, de difícil manejo e controle eram discutidas em equipe e apontam para a construção de um plano de ação comum. Outras demandas como cuidado à pessoa que apresenta elevação crônica dos níveis pressóricos, por exemplo, fazem parte do mundo da vida compartilhado pelos profissionais já foi consensuado como cada um deve proceder. O agente comunitário faz busca ativa e a marcação da consulta médica. A médica por sua vez faz o diagnóstico e inicia o tratamento medicamentoso e os outros profissionais continuam dando seguimento às ações importantes para o controle da doença. A técnica de enfermagem atua na mensuração da pressão arterial de controle, a enfermeira faz consultas intercaladas com a médica dando ênfase nos cuidados necessários para o tratamento, o agente comunitário realiza visitas domiciliares à família.

E, para além das intervenções próprias de suas categorias profissionais, seguindo ainda o mesmo exemplo, existem conhecimentos e ações transversais comuns a todos estes profissionais como incentivo a mudança de hábitos, criação de vínculo, acolhimento, grupos educativos, escuta ativa.

E também vai ser necessário com o decorrer dos anos a avaliação de um especialista, cardiologista, ou outros profissionais dependendo do agravo estabelecido

com a permanência da hipertensão arterial. Assim como de ações intersetoriais que promovam práticas de promoção à saúde envolvendo outros grupos que fazem parte da rede de apoio social do território.

Já as famílias com problemas crônicos associados à saúde mental, bem como demandas de cunho socioeconômico incentivam a reflexão coletiva sobre possíveis intervenções com a necessidade de práticas intersetoriais e articulação entre os diversos serviços de saúde. Isto pode ser observado no relato a seguir da agente comunitária de saúde:

O caso da (nome da moradora) mesmo. Teve uma época que ela estava... O marido morreu, ela pediu demissão do trabalho. Ficou desesperada, pediu demissão, porque ficou perturbada, não tinha dinheiro nem para comer. Ela ficou quatro meses para receber a primeira pensão. Então durante esses quatro meses eram ela, mais dois filhos adultos e uma neta. Cinco pessoas sem dinheiro para comer. E cinco pessoas doentes, porque nenhum deles trabalha, porque estão doentes em casa. E aí eu levei o caso para a equipe, conversando, aí o dentista trouxe cobertores, roupas. Eles não tinham. Tinham roubado as coisas da casa. Nós juntamos, cada um trouxe alguma coisa, montamos uma cesta básica. Fizemos um kit de medicação porque eles não tinham nada. Estava (nome da moradora) sem remédio de pressão, estava o (nome do morador) sem os remédios dele. Aí ligamos para o CAPS (Coordenação de Área programática), para o CAPS fazer a prescrição. Ficamos assim, carregando eles durante o período que eles não conseguiam andar sozinhos. E procuramos entrar em contato com a assistente social do GAT (Grupo de Apoio Técnico). Ela ainda é assistente social lá, mas agora é na CAP. E ela veio, orientou e facilitou todo o andamento da coisa de receber o dinheiro do marido, da pensão. E assim, quer dizer eu dependi não só da minha equipe, mas dependi da assistente social, que estava fora da equipe. Dependi de outras pessoas... A minha mãe, as minhas irmãs, o morador aqui do lado. Todo mundo ajudou. Um dava um leite, um dava um pão, um dava uma verdura. Quer dizer, a união de todas essas pessoas resolveu, mesmo que periodicamente, o problema de uma família (ACS 3).

É importante sinalizar que, considerando a mudança de paradigma com relação ao processo de saúde-doença, a atuação da ESF como um todo convive com situações cuja compreensão exige o olhar para as múltiplas dimensões que a compõe. O que envolve a dinâmica das famílias, as peculiaridades dos indivíduos, dentro de um território diversificado e dinâmico. E por isso mesmo há a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais cada vez mais amplas e a parcerias com outros atores como lideranças comunitárias e de setores da área de educação, entre outros.

No entanto, como foi dito antes existem ações para as quais o projeto assistencial já está consensuado, o que não impossibilita de ser um consenso provisório

e que em determinadas situações que fogem ao esperado, um novo consenso seja construído.

Considerando que a reunião de equipe é um local de grande potência para a interação entre os agentes, a não participação nesse espaço foi apontada como gerador de problemas no processo de trabalho, principalmente dos ACS, que tem uma agenda de trabalho mais flexível que os outros profissionais. Isto porque, quando o profissional participa da reunião ele assume uma série de compromissos, um compromisso social que se manifesta no ato de fala do tipo promessa através das petições e ofertas.

No momento em que o profissional se compromete em cumprir uma promessa em uma reunião, ele provavelmente irá ser cobrado pela realização da promessa feita. Do contrário, ele não manifesta seu compromisso com que foi acordado em equipe e pode se eximir de participar de diversas atividades direcionadas a sua categoria profissional.

Por outro lado, a quebra de um acordo consensual por um dos profissionais e a consequente repercussão na diminuição da qualidade do atendimento prestado à população foi uma situação que gerou discussões em conjunto e que mostrou um sistema de cobrança e prestação de contas.

Aqui está se falando de dois tipos de acordos normativos, um que faz parte das atribuições de cada profissional concernente ao proposto pelo Ministério da Saúde e outro que se constitui através da comunicação entre os sujeitos no cotidiano do trabalho.

Os ACS afirmam que são cobrados pelos outros profissionais, principalmente a enfermeira, quando descobrem alguma demanda do usuário que deveria ter sido identificada antes por eles. Como expressa o depoimento abaixo:

(...) Vê bem. Eu não tenho assim, ninguém nunca me chamou. Porque quando a gente está fazendo uma coisa errada de agente comunitário, a enfermeira, como é nossa responsável, ela chega para a gente e fala, “olha fulana na sua área encontrei isso, na sua área está assim... tem cartão de vacina atrasado, tem gestante que não está fazendo acompanhamento”. Por exemplo, essa semana passada eu encontrei uma gestante de oito meses. Não é cadastrada. E eu fico apavorada. Eu falei “Mas uma gestante de oito meses na minha área? Como é que eu faço? Como é que eu vou chegar para a enfermeira nessa altura do campeonato, a mulher quase tendo neném, eu falar para a enfermeira que eu tenho uma gestante de oito meses?”. Aí eu fui atrás da história da pessoa, para saber o porquê, aonde ela faz pré-natal, o quê que está acontecendo. Por que eu não soube? Porque é uma área que eu visito muito (...) (ACS 1).

Assim como existe uma pressão da população ao agente comunitário por

consultas o que os levam a cobrar marcação de consultas para os profissionais. O que muitas vezes traz conflitos entre os mesmos. Já a enfermeira é requerida a supervisionar os agentes de saúde no sentido de controlar o cumprimento de alguma tarefa, tanto por toda equipe, inclusive os próprios agentes comunitários, quanto pela gerência.

A construção, de forma intersubjetiva, de um sistema de petição e prestação de contas é necessária para a eficácia e eficiência da atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território ⁶⁷. No entanto, há de se tomar cuidado para que a perspectiva da interação não seja sucumbida, nestes casos, pela ação racional, num caráter fortemente atrelado ao controle exacerbado do trabalho do outro que passa a ser objeto da ação instrumental.

Em determinadas circunstâncias este sistema dentro da equipe foi revelado como uma forma de comunicação distorcida no sentido habermasiano em que vigorou a fiscalização sobre o trabalho do outro, como diz o relato a seguir:

A cobrança é uma coisa boa. Mas cobrar não é apontar o dedo toda hora. “Você não sabe fazer isso. Não é assim que...”. Para isso tem reunião de equipe. É para isso. Para a gente trabalhar as questões do nosso trabalho mesmo. Cada um falar da sua atividade, do seu dia na semana, o seu planejamento. Isso muitas vezes não ocorre. O que ocorre é assim, apontar. Aí, você faz isso várias vezes. Isso não funciona. Isso não contribui em nada para o crescimento da equipe para o trabalho do PSF ou Clínica da Família. Eu nunca vi crescimento quando isso ocorre várias vezes. É legal quando a gente planeja alguma coisa. Vamos fazer um evento, uma festa. Vamos trabalhar num grupo. Se um dá sugestão, qual seria o melhor grupo, qual o tema vai ser trabalhado no grupo? Isso é bacana. E as falhas têm que ser apontadas mesmo entendeu? (ACS 4).

Por algumas vezes são citados pelos ACS as dificuldades para marcação de consultas tanto para médica da família quanto para outras especialidades que são agendadas via Central de Regulação Municipal, isto porque as consultas podem demorar mais de dois meses para serem agendadas. A agenda da médica para consulta está muitas vezes lotada, essa profissional é sempre requerida para marcação de consultas pelos sete agentes comunitários, além do quê realiza outras atividades como visitas domiciliares, realização de grupos educativos e capacitações fora da unidade.

Existe uma percepção, que é isolada, mas que pode servir de reflexão, de que a principal atividade do agente comunitário de saúde é conseguir marcar consultas, e quando ele não consegue perde prestígio perante os moradores, e por isso mesmo pressiona, principalmente o profissional médico neste sentido, o que tem gerado desavenças que se relacionam sobre a sobrecarga dos profissionais e os critérios para

priorizar determinada necessidade em relação a outra para uma população que demanda muito por consulta médica.

Às vezes, a gente tem muita dificuldade, as pessoas têm a mania, às vezes, de levar mais para o lado pessoal do que o profissional. Você usa mais intolerância do que você realmente tentar compreender as coisas e o fato de ser um médico só na nossa equipe eu não sei se isso é bom ou é ruim, porque ela sempre se acha muito sobrecarregada, até acho que seja, mas a culpa não é minha de sobrecarregar ela. Tomar conta de uma determinada área na qual no mínimo você tem quatro mil pessoas é difícil. Mas ela não tem que descontar no ACS (agente comunitário de saúde) esta frustração (...) eu acho que tem que chegar e falar: “Oh! A minha equipe precisa de mais de um médico porque eu não consigo dar conta (...)”. E às vezes fica estressada porque a gente quer fazer as coisas, quer dá continuidade ao trabalho nosso que a gente busca na comunidade e chega aqui a gente esbarra. Ah! Porque a agenda está muito cheia, porque a médica está estressada, porque a médica só faz consulta, porque a médica fica pressa o tempo todo (...) Então, às vezes, existem discussões desnecessárias por causa desse impasse, sei que é uma médica só, mas a comunidade não quer saber disso, a comunidade quer ter problema e quer chegar para você, agente, que ele te culpa. Ontem cheguei numa viela lá na rua (nome da rua), fui levar umas coisas, aí encontrei uma usuária. “E aí dona (nome da usuária) está tudo bem?”. “Está”. “Eu não preciso de você, quando eu quero eu vou lá e marco”. (...) “Então, você já descobriu como você consegue suas consultas”. “Ah! Não. Já marquei, estou com os meus exames marcados, estou com não sei o que marcado”. Mas isso é obrigação minha, ela não tem que vir aqui fazer isso. Mas ela se sente melhor vir aqui do que ficar esperando, eu fiquei da última vez agora dois meses esperando para marcar consulta (ACS 2).

Talvez, uma das formas de amenizar este desgaste entre os profissionais por conta das consultas que são disputadas entre os agentes seria discutir em conjunto a prioridade de cada caso e definir previamente com os ACS quais são as informações importantes deles estarem colhendo junto ao morador para definir essa prioridade. Será que no relato anterior, no qual a usuária conseguiu marcar a consulta antes do previsto pela agente comunitária, é porque ela muniu o profissional de saúde que a atendeu na unidade com informações mais detalhadas sobre sua necessidade? Ou então os modos de interpretar uma situação prioritária para o agente de saúde a luz de determinadas informações é diferente para outro profissional?

Além disso, valorizar outros espaços de cuidado como consultas coletivas, atividades educativas com grupos específicos e a própria visita domiciliar, fazer o planejamento das ações por meio de um diagnóstico de saúde da comunidade, dialogando mais com os usuários. O que é a realização de um plano de ação em conjunto, buscando construir consensos em torno de normas e valores que precisam ser

justificados e validados no âmbito da intersubjetividade dos agentes de trabalho conforme a noção de agir comunicativo ⁵.

Os depoimentos mostram dificuldades de elaborar o projeto de trabalho com base na identificação das necessidades de saúde e na negociação com a população do território sobre as possibilidades de atenção à saúde. O que foi acentuado por conta das diversas mudanças ocorridas no processo de trabalho desta equipe dentre as quais se têm: realocação para nova unidade, aumento da procura de consultas pelos usuários, utilização de um novo sistema de informação.

É unânime entre os profissionais que uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe é a relação interpessoal, a convivência que se dá quarenta horas por semana, todos os dias, em que pesam as diferenças de personalidade, interesses conflitantes e até mesmo as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. Revela-se aí a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social e da comunicação como possibilidade de pactuar e renovar os valores subtendidos nas regras de trabalho.

A dificuldade é essa, as relações interpessoais são muito difíceis. Eu sou uma pessoa que me dou com todo mundo, sempre gostei de me dar com todo mundo. Eu tento compreender, tento relevar as coisas, acho que a maturidade e a minha idade me trouxeram isso. Eu acho que foi bom para mim, que eu já fui muito rebelde, depois eu amadureci bastante e hoje eu acho que cada dia mais. (...) A religião, a gente que tem uma religião, tem um Deus. E é através do meu trabalho que eu pago as minhas contas. Eu acho que é uma via de mão dupla. Com meu trabalho eu coloco gasolina no meu carro, eu sustento meu filho, eu pago a minhas contas. Então eu sou muito grata a isso, à minha profissão, a este espaço, a esta oportunidade que tive. Então, quando as pessoas vêm aqui o mínimo que eu tenho que fazer é tratá-las muito bem. Então há esta questão. Então, dificuldade é quando você não encontra uma resposta. Você vê que as pessoas se omitem, quando você vê que as pessoas não gostam de você, por não gostar, não sei. Ou você incomoda por incomodar. Mas eu penso que isso aí faz parte também do ser humano né! Então eu tento trabalhar um pouco isso. Eu acho que a vida é isso, é o desafio, porque eu já enfrentei vários no PSF. Para mim o PSF, além de tudo, é para mim uma grande escola devido a estas questões mesmo de convivência interpessoal (ENF).

Pode-se observar nos relatos abaixo reproduzidos que uma das estratégias encontradas pela equipe para encarar esses conflitos foi a discussão coletiva sobre as dificuldades nas relações.

Antes da gente se mudar para cá aí (...) houve um período de grande conflito em que a gente não se falava, mas depois como tudo, a gente tenta mudar para a gente se adequar, porque lá eu tinha muita

dificuldade, porque a nossa equipe, além de ser uma, era muito pequeno o espaço e a gente tinha que conviver. A gente tinha que fazer estratégia de convivência, era horrível, era horrível. A gente tinha que fazer estratégia. Oh nós vamos tentar com várias reuniões a gente discutia aquilo, discutia aquilo. Eu, por várias vezes, passei a mão em cima de um monte de coisas, comecei a não esquentar a cabeça com certas coisas para eu não me aborrecer. E com isso eu acho que assim atrapalhava no bom andamento da equipe para a comunidade, então para poder a gente tentar aliviar a comunidade, a gente era obrigado a fazer aqueles pactos, igual gente maluca mesmo, aquelas guerras. O meu limite é até aqui, o teu é até ali né! E a gente fazia aquela estratégia (ACS 2).

Por exemplo, quando eu assumi lá tinha um problema profissional, chegava ao pessoal, entre membros da equipe. E aí, assim que assumi a coordenação da unidade, uma pessoa da equipe queria que eu demitisse um agente de saúde. Com aquele poder que eu teria. Eu disse “não, espera aí. Eu não estou aqui para demitir ninguém. Nós vamos fazer uma reunião e aí nós discutimos isso na reunião”. Na reunião eu coloquei: “Para eu chegar a uma decisão desse tipo, séria, eu nunca vou tomar sozinha”. Então nós discutimos essa decisão na reunião, votamos, e a proposta de demissão não foi mantida, então foi mantida uma proposta de advertência por escrito. Nós discutimos, votamos e eu disse: “Vou acatar a decisão da maioria”. Então, estas questões mais importantes, que afetam toda a equipe, eu acho que elas devem ser tomadas em conjunto. Eu confio, eu não tenho medo da coisa sair do controle. Se sair do controle, aí é outra história. Mas eu acho que democracia é isso, eu acho que a gente não pode ter medo da democracia, medo de dar voz, de dar poder para as pessoas, porque se acontecer de a coisa ficar ruim, aí a gente discute (MED).

No entanto, uma das depoentes que aponta para essa característica interpreta este tipo de atitude como negativa, sugerindo que seria melhor mascarar os conflitos. Para Fortuna ⁶⁸ “o ocultamento e a negação das dificuldades e das diferenças não permitem que os profissionais resignifiquem sobre a forma de atuar e articulem com os processos de trabalho e com as suas próprias relações”. ^{68:73} Até porque a própria eliminação dos conflitos encontra-se num nível imaginário, já que depois de estabelecidos eles se materializam quer nas defesas, quer nas fugas ou nas estereotípias ⁶⁸.

Na investigação realizada por Colomé¹¹⁰, com enfermeiras da ESF de Porto Alegre, os problemas de ordem interpessoais são assinalados como um fator que atrapalha a comunicação entre os agentes. Apesar das divergências serem inseparáveis da ação coletiva, muitas vezes elas se tornam um fator de desmotivação ao trabalho, principalmente quando não há espaço para o diálogo e existe pouca escuta, como capacidade de se abrir ao outro, respeitando as diferenças de concepções, personalidades e posturas.

Neste sentido, Motta⁸⁴ sugere a criação do diálogo estratégico como forma

planejada de compartilhar expectativas, intenções e análises sobre a razão de ser de uma equipe de saúde. O mesmo autor também indica que para facilitar a interação entre as pessoas haja o desenvolvimento de atividades coletivas regulares na instituição. Isso permite o aprendizado em conjunto. E Colomé ¹¹⁰ aborda a importância de que as capacitações para as equipes da ESF não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas sejam abordados temas referentes ao relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe.

Já a médica faz um relato se referindo a uma situação vivenciada em que ela, além de atuar na assistência, assumiu o papel de coordenadora da unidade, e como tal foi solicitada para mediar um conflito dilemático, o qual configura-se a partir de uma única perspectiva que paralisa e não possibilita aprendizagem e comunicação ⁶⁸. E que, no entanto, pode ter outro desfecho quando se buscou o entendimento por meio da comunicação. A resolução inicial que era a demissão de um profissional passou a uma advertência verbal e à manutenção do mesmo no trabalho.

Outras dificuldades para o trabalho em equipe verbalizadas foram a equipe estar incompleta e o acesso para especialidades como a fisioterapia.

Com base nas questões até aqui discutidas pode-se dizer que há uma aproximação entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos que é apresentada pelos profissionais como tendo um caráter dinâmico, processual e conflituoso. Até porque convive na cultura deste grupo uma forte influência da razão instrumental na comunicação, muitas vezes reforçada pelas diversas solicitações da gestão municipal, ao mesmo tempo em que há a emergência de novos discursos, de novas possibilidades, representadas pela constituição de um espaço de troca e construção de consensos dentro da reunião de equipe e valores compartilhados como o reconhecimento da própria precariedade e de que o sentido de determinada situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

5.4 CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Serão abordadas aqui as representações que os profissionais têm sobre o trabalho em equipe, o que está associado com o lugar que cada um ocupa dentro do grupo e também com a sua posição pessoal que emerge de contextos culturais e sociais diversos.

Sobressai nas falas a característica do trabalho em equipe como cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades. Assim como são destacadas as especificidades dos diferentes trabalhos na articulação das ações.

Então é, trabalho em equipe justamente seria isso. Cada um ter a sua especificidade, ter a sua área de atuação, mas ainda mais em Saúde, que não existe você trabalhar individualmente. Então, um trabalho de equipe é você fazer as suas atividades, mas estar sempre consultando e interagindo com os outros profissionais para o bem-estar da comunidade, da população. Para mim é isso. (DENT).

“Ah, é trabalhar junto, é dividir responsabilidade. É dividir o que é bom e dividir o que é ruim. Dividir os elogios e dividir as críticas. É consertar junto o que está errado. Estimular o outro, não é?” (ACS 3).

“Trabalho em equipe é parceria mesmo é estar junto o tempo todo, dividir, somar, ajudar, ouvir. O trabalho em equipe é isso, estarmos juntos o tempo todo” (ENF).

Para trabalhar em equipe é necessário ter um objetivo comum, estar disposto a fazer a sua parte bem-feita em prol desse objetivo, e acho que um pouco de humildade para reconhecer que você não sabe tudo, que não vai resolver tudo sozinho, gostar de colaborar. A (nome da enfermeira), por exemplo, ela me ajuda muito, e eu não sou muito de pedir as coisas. Mas ela percebe quando eu preciso de ajuda, e eu acho muito legal (MED).

Em um dos relatos o trabalho em equipe é comparado com um time de futebol em que cada componente dentro da sua área coopera um com o outro a fim de atingir uma meta.

Acho que trabalho em equipe é isso. É cada um estar tentando resolver assim, direcionando. Direcionando cada caso ao seu profissional, mas estar todo mundo ligado um ao outro se ajudando. Quando tem aquela reunião que o pau quebra ali. As discussões, as discordâncias, as concordâncias. Eu acho que equipe é igual a um time de futebol. O trabalho de um depende do outro. Para chegar ao gol, um não vai passando para o outro ali? Eu não entendo de futebol, mas assim, pelo que eu vejo, um vai passando a bola para o outro até chegar ao gol. É o nosso caso. Eu acho que trabalho de equipe é isso. É o ACS trazer para a gente, e cada um resolver e ao mesmo tempo, não é cada um resolver o seu problema, mas ao mesmo tempo estar todos juntos. Cada um resolve dentro da sua área. Mas a gente está passando isso nas reuniões de equipe mesmo. Está passando o caso, quando chega algum caso gritante, de paciente usuário de droga, ou o comportamento às vezes desse paciente. A gente está passando. Trabalho em equipe é trabalhar todos juntos. (ACD).

São concepções de equipe no sentido de um esforço coordenado de cooperação entre os membros e de responsabilidade coletiva acerca de determinadas decisões e atividades da equipe. Como também há a noção de que no trabalho em equipe os

resultados obtidos são maiores do que a soma dos resultados individuais, aumentando a eficácia e eficiência do atendimento prestado à população.

O entendimento de que o trabalho em equipe é o “fazer juntos” é tão contundente que uma das agentes comunitárias afirma que a equipe só existia a partir do momento que as pessoas se mobilizavam para realizarem juntas uma determinada tarefa.

É todo mundo pensando num mesmo pensamento. Todo mundo ali, uma equipe. Assim que eu cheguei na (nome da equipe) eu olhava a equipe, a gente na reunião, igual você chega, às vezes e também fica ali perdida naquele monte de assunto, cada um fala uma coisa, todo mundo fala junto. Aí eu ficava olhando (...) e sempre batiam: “Não porque a equipe, porque a equipe”. E a equipe só existia no nome, que na verdade era todo mundo solto. Mas, por exemplo, se você tiver uma campanha a equipe tem que trabalhar. Aí todo mundo se mobiliza, entendeu? Ah, vamos fazer uma palestra sobre alimentação saudável, eu era a primeira. Eu, (nome de outra ACS da equipe), sempre tem uma que escreve melhor, outra que cobre melhor, a outra que tem idéias legais, mas sempre têm aqueles dois ou três que ficam só te olhando (ACS 2).

Dois dos entrevistados, a médica e a técnica de enfermagem, destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens e objetivos comuns.

Trabalho em equipe é quando todos nós falamos a mesma linguagem. Entendeu? Quando a gente fecha junto. (...) Fechar junto é o seguinte: “aquela família está com um problema?”. “Está”. “Vamos cuidar daquela família?”. Cada um fazendo a sua parte. Então assim, se você olhar a equipe está sempre encaminhando. Um jogando para o outro. Então é por isso que eu falo que interagir dentro da equipe é todo mundo falando a mesma língua de trabalho. De querer fazer o trabalho. Entendeu? Não adianta se o dentista faz o trabalho de saúde bucal ótimo, mas se eu tenho a médica que não faz. Se eu tenho a técnica que não está nem aí? Então os quatro têm que estar inseridos aqui, junto com a gente, porque o agente de saúde faz a busca da consulta. Mas se ele trouxer e não houver alguém para acolher aquela família, ele não vai render. Não vai. Tanto que se a gente tiver uma pessoa dentro da equipe, que seja a melhor competência que tiver e o agente aquela equipe não vai render. O técnico de enfermagem também se não chegar junto. Junto com o médico, junto com a enfermeira. Também não vai. Não vai crescer. Você entendeu? (TEC ENF).

Trabalho em equipe, eu acho que é cada um com a sua especificidade, consciente de seus deveres e de até onde pode ir, e quando termina a sua autonomia, e quando ele precisa da ajuda do outro. Eu acho que isso cada um tem que saber. E quando precisar, procurar o outro, não deixar de procurar, e da mesma forma estar aberto para ajudar aquele que te procura. Ter um objetivo comum é fundamental para o trabalho

em equipe. Ter bem claro qual é o objetivo comum, respeitar as especificidades, as individualidades, tratar as pessoas com respeito, é importante sempre. Trabalho em equipe é basicamente isso (MED).

Em um artigo desenvolvido por Silva e Santos⁵⁶ com objetivo de descrever a experiência de uma equipe multiprofissional no contexto da assistência em transtornos alimentares, é apontada a essencialidade de se construir condutas comuns. “Poder falar a mesma língua” foi um componente importante para estabelecer parcerias entre as diversas modalidades de assistência - ambulatorial e hospitalar - e os diferentes profissionais envolvidos naquele serviço em especial.

Tal necessidade também foi apontada pelos sujeitos de outro estudo realizado no contexto da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de comunicação no trabalho em equipe. Jesus⁷², autora deste estudo, afirma que os relatos dos profissionais revelam ser importante para o trabalho em equipe a construção de uma linguagem que utilize a mesma rede de significados.

Trata-se da perspectiva, conforme afirma Peduzzi¹³, do agir comunicativo no interior da técnica, de uma prática comunicativa que está para além dos projetos específicos dos profissionais e que visa a construção de linguagens comuns, objetivos comuns ou até cultura comum: a comunicação intrínseca ao trabalho.

Também aparecem nos relatos outros aspectos relacionados à interação como respeito pelo trabalho do outro profissional, tolerância, autocrítica, o diálogo e a necessidade de aprender a partir da relação com o outro.

Respeitar muito o trabalho do outro. Ter autocrítica, não é? Porque você precisa se criticar primeiro para... Você tem... Você não tem só qualidade, você tem defeito. A minha mãe fala que a gente tem duas bolsas. A bolsa da frente é tudo de bom. E a bolsa de trás é tudo de ruim. Então, como a gente só consegue olhar para frente, a gente só vê o que a gente tem de bom. Quem está de fora, vê o que você tem de ruim lá nas suas costas, por isso que ele te critica. Então ela fala assim, vocês sempre têm que tentar ver, ou tentar lembrar, que se a pessoa está te criticando é porque ela está vendo o que você tem lá na bolsinha de trás e você não consegue enxergar. Então eu procuro muito lembrar disso. (...) Então se cada um se auto avaliar antes de criticar o colega. Acho que ajuda bastante (ACS 3).

Acho que é um dos elementos mais importantes é o diálogo. Jamais quebrar a comunicação. E a gente quebra toda hora aqui no nosso serviço. A gente quebra a comunicação, aí quando vai ver só tem outro jeito. É apontando. Você fez isso aquele dia, você fez isso, isso... Botar o diálogo desse jeito para tentar... Na verdade, eu acho que a pessoa quer é voltar ao diálogo, mas como não sabe, usa esse apontamento de maneira parece que provocando. Talvez por não saber fazer de outro

jeito. Não é que a pessoa seja assim de má índole, para fazer de maldade. Faz parte da personalidade da pessoa agir desse jeito. É porque não sabe fazer de outro. Não aprendeu a fazer de outro jeito. Eu nunca falo que a pessoa é ruim. Má. Está agindo de má-fé. Eu nunca falo isso. Eu olho a situação. Talvez ela não saiba ainda que tenha outras formas para fazer direito (ACS 4).

Quando questionados sobre o que era necessário para realizar o trabalho em equipe alguns entrevistados reconheceram as necessidades das pessoas gostarem do que fazem, ou seja, se sentirem bem no papel que ocupam. E a enfermeira aborda o sentimento de angústia e sofrimento que a atividade laborativa na ESF pode trazer e a necessidade de se rever os papéis, procurando discernir interesses e motivações para o trabalho.

(...) Embora eu veja que muitas vezes algumas pessoas estão, mas queriam estar fazendo outra função que não dão para isso, não tem menor sentido. E você tem que trabalhar isso nas pessoas. A pessoa que está numa função desviada gostaria de estar em outra profissão, mas está aqui. Eu estou falando do agente, né! Está esgotado porque está ganhando pouco, tem muita cobrança do morador, que o morador cobra muito e ele chega aqui, muitas vezes e não vai dar conta de toda aquela demanda dele, porque só o médico, só o enfermeiro. Ele se angustia, como eu também me angustio de não poder naquele momento, não poder estar dando resposta para aquela pessoa. Então, você tem que lidar com todas essas problemáticas também, tentando compreender que você sabe também que ele ganha pouco, que deveria ganhar melhor, que eles tiveram aumento, mas poderia ser melhor. Mas a gente também quer o retorno, eu valorizo eles como pessoas, como gente, admiro a vivência, a vida que cada um tem, sua história, como eu também tenho a minha. Mas só que assim, muitos não se aproveitam disso, deveriam aproveitar melhor a oportunidade e outros sim aproveitam, outros são mais solidários, são mais profissionais, procuram interagir melhor, e outros não se envolvem nem um pouco. Então, estas coisas me frustram muito quando eu vejo que tem uma pessoa que não tem nem um pouco de envolvimento e está aqui. E aí eu falo “a gente tem que pensar o que a gente está fazendo aqui, qual o nosso papel aqui”. O que eu estou fazendo aqui? (ENF).

Este relato da enfermeira indica que a satisfação no trabalho para além de um salário maior é importante para a concretização de algumas características antes assinaladas para o trabalho em equipe como cooperação e responsabilidade.

De acordo com Dejourns (2008) apud Cunha¹⁴⁸, o confronto com o real do trabalho em ato é gerador de sofrimento, o qual pode ser superado ou transformado, mas não eliminado. No interior do trabalho são criadas estratégias para lutar contra esse sofrimento e as exigências do trabalho real, as quais podem tanto se direcionar para criação de modos mais criativos e solidários de trabalhar quanto produzir alienação e

descomprometimento.

Com o intuito de diminuir a opção do trabalhador pela apatia, é importante constituir meios favoráveis de criação de vínculos afetivos no campo do trabalho, uma idealização que produza sentido e prazer no trabalho, afirmam alguns autores como Cunha¹⁴⁸ ao desenvolverem um estudo sobre processo de trabalho de uma unidade básica de saúde.

Para McCallin⁵⁵, a satisfação no trabalho e a retenção dos profissionais podem ser atreladas à qualidade da relação entre os membros da equipe proporcionada por capacidades individuais da inteligência emocional como autoconhecimento, autogestão e habilidades emocionais.

Assim como existem questionamentos sobre a precisão de cuidado dentro da própria equipe, um espaço para que haja estratégias de apoio emocional onde os sentimentos de angústia e impotência frente à convivência cotidiana com problemas da população sejam compartilhados^{56, 91, 109}.

Também foi apontada a necessidade de formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade dentro da formação acadêmica e a potência formativa do trabalho em equipe apesar das dificuldades.

Então, primeiro é você ter assim uma boa vontade dos funcionários, É a pessoa já ter esse conhecimento. Essa vontade de estar dividindo de não trazer só para ele. Ou querer usar só o conhecimento dele. É saber da importância de você atuar com os outros setores. Tanto da saúde quanto o de educação, de outro, de meio ambiente. Qualquer área que vá refletir na saúde. Então esse primeiro passo do profissional, ter esse entendimento. E saber que é necessário para gerar saúde, você ter esse conjunto de fatores. Não vai ser só a sua atuação aí que vai resolver algum problema do indivíduo e da comunidade. Então eu acho que é a formação. Não sei como é que estão as grades hoje. Já estou formado há dez anos. Mas, de repente, na própria formação, na grade curricular da faculdade já ir trabalhando a equipe. A importância da equipe. Finalidade, não é? De você estar trabalhando com vários setores, não é? E a pessoa já vir com essa visão, não é? De um todo, não é? Não do específico como um tempo atrás era (DENT).

Campos e Belisário¹⁴⁹ afirmam que:

Dentre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Contudo, todos estes elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada destes profissionais^{148:138}.

Ricardo Ceccim, que vem provendo um debate sobre o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, defende que a formação profissional, pouco desenvolvida enquanto política, e muito voltada para o modelo tecnicista de atenção e nos interesses corporativos, deve estar comprometida com as diretrizes e princípios do SUS, com o objetivo de dar respostas às necessidades e direitos da população ¹⁵⁰.

Para esse autor, a integralidade e a multiprofissionalidade incluída nesse contexto devem ser empregadas no processo educacional a fim de criar condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões ¹⁵¹.

Em pauta, estão para APS algumas modalidades de formação em pós-graduação como o Curso de Especialização em Saúde da Família, a criação de residências multiprofissionais em Saúde da Família e residências médicas em Medicina da família e Comunidade. E também há os projetos de capacitação da equipe em conjunto, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família.

Esses movimentos ainda são tímidos em comparação a outras especializações, dada a pequena influência do Ministério da Saúde sobre as intuições de ensino superior e o apelo crescente a especializações voltadas ao mercado de trabalho privado. No entanto, com o aumento de ofertas de emprego na ESF talvez vá se configurando um panorama de atração à atuação na ESF ^{150,151}.

Dada a distância entre a formação dos trabalhadores e as exigências do trabalho em saúde, o próprio serviço pode se tornar espaço privilegiado de formação dos profissionais. Tendo como alternativa tomar a equipe como estratégia de construção de novos saberes, o que se faz no investimento na produção de outros modos de subjetivação que se efetivam no curso do processo de trabalho mediado pela linguagem, da importância de se produzirem saberes com humanos e não sobre eles, ampliando sua capacidade de escuta e a de reconhecimento do outro como possuir do saberes ⁹.

A potência formativa do trabalho em equipe é esboçada por um agente comunitário ao relatar sua concepção sobre este trabalho e manifestando a construção de um patrimônio de experiências produzidas no coletivo em meio às vicissitudes deste caminho.

Trabalho em equipe é a coisa mais difícil do mundo. É a mais difícil e ao mesmo tempo é uma coisa assim, uma coisa fundamental para esse trabalho de equipe. E torna-se uma coisa bonita quando funciona, ou quando se tenta planejar, trabalhar para dar certo. Estar tentando para dar certo, já está ótimo. Só tentando. Eu já considero excelente, só tentando. Está excelente. Porque já é um passo muito grande. “Vamos

tentar? Vombora. Quebramos a cara mil vezes? Ah quebramos a cara. Mas vamos comemorar. Quebramos a cara e vamos continuar”. Como se fosse uma utopia. Vamos tentar buscar essa utopia. Vamos lá, vamos chegar a algum lugar também. Ah não chegamos aonde a gente queria. Mas caminhamos. Caminhamos pra caramba, quanta coisa a gente fez. Quanto aprendizado, quanta experiência. Oh! Poder passar essa experiência para outras equipes, para outras pessoas. Nossos erros, nossos acertos (ACS 4).

Os vários trechos dos depoimentos apresentados indicam concepções um tanto distintas sobre o trabalho, algumas salientam as articulações técnicas e outros a dimensão comunicativa em consistência com os relatos das situações objetivas de trabalho descritas nas outras situações de análise.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF encontra-se hoje no centro dos debates de políticas de saúde no país. Por isso mesmo cada vez mais são produzidos estudos interessados em avaliar sua implementação nas realidades locais, revelando os avanços e também os desafios a serem enfrentados por essa estratégia para se consolidar como reorganizadora do sistema de saúde atendendo aos princípios do SUS e da APS.

Na busca pela integralidade de atenção à saúde, a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional torna este trabalho em unidade produtora de cuidados que precisa de novas formas de mobilização do coletivo que superem o isolamento das práticas dos distintos profissionais e concorram para sua integração.

Estar mais próximo do cotidiano do trabalho de uma equipe de Saúde da Família foi fundamental para constituição desta pesquisa e para a compreensão deste fenômeno com base no conjunto de discussões teóricas juntamente com o contexto histórico, político e social em que o objeto de estudo está imerso.

De uma forma geral, os depoimentos abordam como horizonte normativo o conceito ampliado de saúde advindo da medicina integral, ou seja, eles têm em comum a abertura para outras necessidades dos usuários que não as diretamente ligadas a uma doença, ao mesmo tempo em que buscam realizar práticas de prevenção e promoção à saúde.

Além disso, percebe-se que existe adequação no processo de trabalho da equipe com as diretrizes operacionais da ESF, como, por exemplo: territorialização e adscrição da clientela, enfoque familiar, carga horária integral, visita domiciliar e realização de reuniões de equipe.

Por um lado, foi possível observar a predominância de ações curativas e individuais em detrimento de atividades coletivas e de promoção à saúde, assim como dificuldades em realizar o planejamento das ações com base no diagnóstico de saúde da população e com a população. Ao mesmo tempo em que poucas vezes se observou discussão de casos em conjunto.

Por outro lado, o discurso dos profissionais ao se referir às situações cotidianas de trabalho privilegia além do conceito ampliado em saúde, a humanização por meio do vínculo, acolhimento e valorização de tecnologias relacionais. Assim como de relações menos assimétricas entre os profissionais, mesmo existindo valorização desigual, em que o médico é visto como uma figura central na assistência à saúde.

Também existe a valorização do trabalho do ACS, o reconhecimento dos

profissionais da interdependência dos trabalhos e da importância do trabalho de cada um, caracterizando uma situação de autonomia parcial dos trabalhos especializados.

Na concepção dos profissionais a cooperação e colaboração é uma característica fortemente associada ao trabalho em equipe, em menor grau também se referem à dimensão comunicativa intrínseca deste trabalho. Não há discrepâncias significativas entre as representações sobre o trabalho em equipe e as situações objetivas de trabalho analisadas.

Nos relatos sobressai a articulação das ações que se expressa de forma diferente entre as distintas categorias profissionais. A troca de informações ocorre com destaque entre os ACS e os outros profissionais na busca da resolução dos problemas dos usuários e esclarecimentos de dúvidas. E também entre a enfermeira e a médica na realização e interconsultas e delimitação dos fluxos das demandas programadas. Já os profissionais da saúde bucal são mais distantes do trabalho da médica e da enfermeira. O mesmo ocorre com a técnica de enfermagem para com os demais profissionais, já que fica muito atrelada à escala de atendimento nas salas de procedimento.

A reunião de equipe também é muito citada como espaço de troca entre os agentes, pois nela ocorre o planejamento e a avaliação das atividades desenvolvidas, discussões relativas à operacionalização do serviço, divulgação de informações, discussão de casos e resolução de conflitos. Por fim, acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis.

Na maioria das vezes as discussões são geradas a partir de um *quiebre* por conta demanda das da Coordenação Municipal e apesar de se objetivar realização de determinada tarefa, expressando primordialmente o agir instrumental, existe a possibilidade de na coordenação das ações da busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos agentes. No entanto, há momentos em que esse espaço é utilizado apenas para divisão de atribuições.

Por este motivo este espaço intercessor entre os trabalhadores precisa ser potencializado e às vezes recriado para que os agentes possam construir novos saberes.

Existe uma opinião comum de que a relação interpessoal é uma situação crítica no trabalho em equipe em que pesam as diferenças de personalidade, interesses conflitantes e até mesmo as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. Revela-se aí a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social e da comunicação como possibilidade de pactuar e renovar os valores subtendidos nas regras de trabalho.

As dificuldades de interação dos profissionais no que se refere ao agir comunicativo estão nas inúmeras solicitações da Coordenação Municipal, no grande apelo da população por consultas médicas, na rotatividade dos profissionais - pois apenas os agentes comunitários e o dentista estão na equipe desde a sua formação - e também da subutilização das reuniões de equipe.

Ainda são necessários maiores investimentos no gerenciamento dos processos, principalmente no processo de trabalho, incentivando: a produção de novos saberes e fazeres mediados pela linguagem, o investimento das equipes em outras formas de cuidado como a busca pela intersetorialidade, maior diálogo com os usuários que pode ter elevado seu status de agente desse processo e não apenas alvo do cuidado.

Além disso, o próprio momento de transformações na organização do serviço vivenciado pela equipe por conta do novo panorama político-institucional para a ESF no município do Rio de Janeiro traz o desconforto de ter que se adaptar a uma nova realidade e a alguns desafios, como o de construir consensos em uma unidade com várias equipes.

Quanto aos aspectos favoráveis relacionados ao cenário atual da política no município, observa-se a melhoria da infra-estrutura, matrciamento por equipes de saúde mental, a presença de gerentes que podem auxiliar no processo de comunicação entre as equipes, o acréscimo de profissionais auxiliares administrativos com diminuição das tarefas burocráticas para a equipe, melhoria dos salários dos ACS e médicos reforçando a fixação destes profissionais.

No entanto, há ainda a debilidade do sistema de referência aos serviços de média complexidade e acesso a outras especialidades da saúde, configurando um grande nó crítico que é a formação da rede de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro e a coordenação do cuidado para a ABS.

Para o futuro são necessárias análises com base em experiências empíricas a fim de compreender a consequência destas mudanças, com destaque para a gerência, ao longo prazo para a reorganização das formas de operar o trabalho nos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

A equipe de saúde investigada, apesar de constadas algumas incongruências, possui características mais próximas da equipe interação, em que há a articulações das ações e a comunicação é entendida e utilizada como um meio de integração social.

Além disso, pode-se concluir que a ESF tem um potencial para construção de novas práticas de saúde de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação comunicativa.

8. REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Cherchiglia ML, Aguiar RAT. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. *Revista brasileira de saúde da família*. 2002; (5): 71-9.
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Interface Com. Saúde Educ*. 2005; 9(16):25-38.
4. Almeida filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 1997; 2 (1/2): 5-20.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas. Tese [Doutorado]- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.
6. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRMC. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso de centros e referências para DST/Aids. *Rev Saúde Pública* 2002; 364(Supl. 4):108-16.
7. Araújo MBS, Rocha, PM. Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(2): 455-64.
8. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, ONOKO R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.p. 229-66.
9. Barros MEB, Barros RB. A potencia formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Barros MEB, Mattos RA, Pinheiro R. Organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 75-84.
10. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia; Reflexão e Crítica* 2003; 16(3):483-490.
11. Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2005. p. 45-59.
12. Sampaio LFR. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl. 1):S7-S27.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública, São Paulo*, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

14. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Barros MEB, Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 161-177.
15. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90 e 8.120/90. São Paulo: Hucitec; 1992.
16. Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Martin GB. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Cordoni Júnior L, Soares, DA, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, 2001. p. 27-59.
17. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Júnior M, Tonon LM. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 1998. p. 11-26.
18. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
19. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância sanitária da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-603.
20. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
21. Fundo das Nações Unidas para Infância (Brasil). Relatório da conferência Internacional sobre cuidados primários Alma-Ata; 1978 set 6-12; URSS. Brasília: UNICEF; 1979.
22. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
23. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 Supl 1: 7- 27.
24. Franco TB, Merhy EE. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do tecnoassistencial. In: Mery EE, Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TF, Bueno WS. organizares. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 55-124.
25. Starfield B. Atenção primária e saúde. In: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
26. Bertolli filho C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996.
27. Mendes EV. Atenção primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

28. Bertussi DC, Oliveira MSM., Lima, JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Cordoni júnior L., Soares, DA. organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, 2001. p. 133- 44.
29. Corbo ADA, Morosini MVGC. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde In: Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005; p. 157-181.
30. Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization; 2005.
31. Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública 2008; 24(Supl. 1):S7-S27.
32. Paim JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Rassi Neto E, Bógus CM, organizadores. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 183-212. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, v.3.
33. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29- 47.
34. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PFA, Senna MC, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLTA, Cunha MS, Martins MC, Teixeira CP. Saúde da família no Brasil: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2009; 14(3):783-794.
35. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários agora mais do que nunca. Genebra: World Health Organization; 2008.
36. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.
37. Bastos, LGC. Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o programa saúde da família. Dissertação [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
38. Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. Physis: Rev Saúde Coletiva 1998; 8(2):11- 48.
39. Sousa MFS. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
40. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2002; 7(3): 401-12.
41. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

42. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa atenção básica: PAB parte fixa. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
43. Sousa MFS, Hamman EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciêns Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.
44. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
45. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia de reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
46. Barcellos C, Monken, M. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, AF. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.177-224.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php
48. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*, 2002; Supl 18: p. 191- 202.
49. Lima JC. Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
50. Peduzzi M, Scharaiber L. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 199.
51. Canoletti B. Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura. Dissertação [Mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
52. Leite MMJ, Spiri WC. O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação congênita. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(3):288-97.
53. Lyra Jr. DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;14(3):435-41.
54. Delgado AV, Marinõ MG, Sarabia MM, Fentes AM. Un enfoque holístico en el diagnóstico y tratamiento del bruxismo. *Rev. Fundac. Juan Jose Carraro*. 2009 Abr-Mai; 14 (29):14-16.
55. McCallin A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *J Nurs Manag* 2007; 15(4):386-391.

56. Silva LM, Santos MA. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina* 2006; 39(3):415-24.
57. Corrêa AK, Lima RAG, Menossi MJ. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. *Rev Latinoam Enferm*. 2008 Maio-Jun ;16(3): 489-494.
58. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
59. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J. C. F.; PEREIRA, I. B, organizadores. *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 419-426.
60. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. *Arq. Bras. de Cardiol*. 2007; 88: (2): 218-224.
61. Hunt JS, Siemieniczuk J, Pape G, Rozenfeld Y, Mackay J, Leblanc BH, Touchette DA. Randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension. *J Gen Intern Med* 2008; 23(12):1966-72.
62. Tavares CMA, Matos E, Gonçalves L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(2):213-21.
63. Boris AS. Manejo multidisciplinario del dolor crónico. *Rev Méd Clín Condes*. 2007; 18 (3): 222-8.
64. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar no centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(3):350-7.
65. Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB; Fonseca RMGS, Aranha e silva, AL. O trabalho em equipe multiprofissional no caps III: um desafio. *Rev Gaúch de Enferm*. 2005 Dez.; 26(3): 369-80.
66. Porello M, Rava F. Impotancia del equipo interdisciplinario en la detección y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Soc Argent Ginecol Infante Juvenil* 2008; 15(1):25-32.
67. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. São Paulo. Tese [Livre Docência]- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
68. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades - em busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
69. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface Com. Saúde Educ*. 2001; 5 (9): 150-3.
70. Araújo MBS, Rocha, PM.. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no

- município de natal (RN). *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1439-52.
71. Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4):727-33.
72. Jesus DFS. A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no saúde da família. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado]- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
73. Barros MEB , Mattos, RA, Pinheiro, R. (orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.
74. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997.
75. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
76. Rivera FJU. Negociação gerencial e liderança. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO. organizados. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
77. Palma JLL, Peduzzi M. A equipe de saúde. In: Scharaiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 234-250.
78. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(2):262-8.
79. Louzada APF, Bonaldi C, Barros MEB. Integralidade e trabalho em equipe: entre normas antecedentes e centradas. In: Barros MEB, Mattos RA, Pinheiro R, organizados. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p.37-52.
80. Bonalti C, Gomes R S, Louzada, APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Barros MEB , Mattos, RA, Pinheiro, R, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 53-72.
81. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para o público para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4):721-25.
82. Gomes RS, Guizardi F, Pinheiro R. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005. p. 105-116.
83. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Razões*

públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p. 29-40.

84. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.

85. Baker, DP, Day, R, Salas, E. Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Serv Res.* 2006 Ago; 41(4): 1576-98.

86. Bonet A. A equipe de saúde como sistema cibernético. In: Pinheiro R, MATTOS, RA. (orgs.). *Construção Social da demanda.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

87. McCallin A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag* 2003; 11(6):364-370.

88. Barros FS, Pinheiro R. Notas técnicas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: Barros MEB, Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2007. p.37-52.

89. Siebeneichler FB. A interdisciplinaridade na crise atual das ciências. *Educação e Filosofia* 1989; 3(5):105-114.

90. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial-CAPS. *Cogitare Enferm* 2007; 12(1):101-108.

91. Menossi MJ, Lima RAG, Corrêa AK. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(3):489-494.

92. Alves M., Ramos, RS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & Contexto Enferm.* 2005 Jul-Set; 14 (3): 323- 31.

93. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(18):521-36.

94. Rivera FJU. *Agir comunicativo e planejamento social; uma crítica ao enfoque estratégico.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

95. Artmann E. *Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede.* Tese [Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva; 2002.

96. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e aids. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2001; (6)1:183-95.

97. Rivera FJU; Artmann, E. A liderança como intersubjetividade lingüística. *Interface Com. Saúde Educ.* 2006; 10(20):411-26.

98. Rivera FJU. Cultura e liderança comunicativa. In: Rivera FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 185-218.
99. Matus C. Adeus, senhor presidente. Governantes e Governados. São Paulo: Fundap; 1997. p. 340-369.
100. Rivera FJU. A gestão situacional em saúde e a organização comunicante. Cad Saúde Pública 1996; 12(3):357-372.
101. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO; 2003. p. 89-112.
102. Echeverria R. Ontologia Del Lenguaje. Santiago: Dolmen, 1997.
103. Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI. 5 ed. Santiago: Hachette; 1989.
104. Nohria N. Is a network perspective a useful way of studying organizations? In: Nohria N, Eccles RG, editorores. Networks and organizations: structure, form, and action. Boston: Massachusetts: Harvard Business School Press; 1992. p. 1-22.
105. Pinent CEC. Sobre os mundos de Habermans e sua ação comunicativa. Rev ADPPUCRS 2004; 5:49-56.
106. Echeverria R. Actos de Lenguaje. volumen I: la Escucha. Santiago: J C Saez, 2007.
106. Brasil, Ministério da Saúde, Secretarias de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. A implantação da unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
108. Pedrosa J, Teles J. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001; 35(3):303-311.
109. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc de Enferm USP. 2008;42 (2): 256-61.
110. Colomé ICS. Trabalho em equipe no programa saúde da família na concepção de enfermeiras. Dissertação [mestrado] Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
111. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. Rev Bras Enferm 2009; 62(2):265-71.
112. Machado K. Equipe mínima dilemas e respostas. Radis nov. 2006; 51:8-10.
113. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da Saúde da família, uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Cien Saúde Coletiva 2009; 14(Supl. 1):1402-1410.
114. Loch-Neckel G, Seemann G, Edit HB, Rabuske MM, Crepaldi M A. Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes

de saúde da família. *Cien Saude Coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1463-1472.

115. Costa DFC, Olivo VMF. Novos sentidos para atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14, Supl 1: 1385-1394.

116. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 154 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio ao Saúde da Família- NASF. Brasília:2008.

116. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio ao saúde da família- NASF [site da internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em: 2001 Fev 03]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

118. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

119. Spink MJS, Menegan VM. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink MJS, organizadores. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Cortez; 2004. p. 63-92.

120. Becker, H S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

121. McCallin A. Interdisciplinary practice, matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001; 10(4):419-428.

122. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS organizadores. Pesquisa social, teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994, p.51-66.

123. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1985.

124. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: CNS; 1996.

125. Gracia TI. O giro lingüístico. In: Iñiguez L. organizadores. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2004. p. 19-49.

126. Iñiguez L. A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e métodos. In: Iñiguez L. Organizadores. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2004. p. 50-104.

127. Caregnato, RCA, Mutii R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(4): 679-84.

128. Iñiguez LA. A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: Iñiguez L. Organizadores. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2004a, p. 105-160.

129. Instituto Brasileira de Geografia Estatística. Regiões de influência das Cidades - 2008. IBGE mostra a nova dinâmica da rede urbana brasileira. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1246&id_pagina=1

130. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. 2º seminário de gestão participativa. Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I: Rio de Janeiro, 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série D. Reuniões, conferências; Cadernos Metropolitanos.

131. Kuschnir R. Atlas de serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil; 2009.

132. Moura RCS. O Programa de agentes comunitários de saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado]- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

133. Rio de Janeiro. Prefeitura. Resolução SMS nº 4 31, de 14 de abril de 1993. Dispõe sobre a instituição de Áreas de Planejamento Sanitária (APS) na Cidade do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 16 abr. 1993, p.14. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms431.doc>

134. Cazelli, CM. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

135. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Manual operacional da fase 2 do projeto de expansão e consolidação da saúde da família PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

136. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série D. Reuniões e Conferências.

137. Rio de Janeiro (Estadual). Secretaria de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Expansão e consolidação da saúde da família. Rio de Janeiro: IPP; 2003. Rio Estudos, 107; Coleção Estudos da Cidade.

138. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde. PMS 2009-2013. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2009.

139. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa civil. Prefeitura inaugura primeira clínica da família da cidade. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=139691>. Acesso em: 10 fev. 2011.

140. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Contrato de gestão. Contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro por intermédio da

SMSDC e Viva Comunidade, com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços no âmbito da AP 3.1. Documento interno. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2010.

141. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Área de Planejamento 3.1. Plano estratégico para reorganização da rede assistencial na área programática 3.1. Relatório interno. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

142. Rio de Janeiro (Estadual). Secretaria de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Armazém de dados. Bairros Cariocas. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/>. Acesso em: 21 jan. 2010.

143. Fundação Oswaldo Cruz. Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em saúde- FIOTEC. Plano de trabalho para gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde da rede assistencial básica no âmbito das comunidades da área programática 3.1 do bairro de Manguinhos- Rio de Janeiro. Relatório interno, 2009. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiotec; 2009.

144. McCallin A. Interdisciplinary researching: Exploring the opportunities and risks of working together. *Nurs Health Sci* 2006; 8(2):88-94.

145. Sakata KN. A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado]- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.

146. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 1639-1646.

147. Marcolino C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3):771-779.

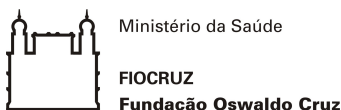
148. Cunha MSC. O Processo de trabalho em equipe e a Produção do Cuidado em Saúde: desafios para A Estratégia de Saúde da Família em Nova Iguaçu/RJ. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

149. Campos EF, Belisário AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface Com Saúde Educ.* 2001; 5 (9):133-142.

150. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública.* 2004 Set-Out; 20(5):1400-10.

151. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006,

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes.**

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo geral deste estudo é analisar o trabalho coletivo de equipes multiprofissionais de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro, A.P. 3.1, na perspectiva da tipologia agrupamento/interação. Na modalidade de trabalho em equipe multiprofissional de agrupamento ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, enquanto na equipe interação ocorre a articulação das ações e a interação entre os agentes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista com informações sobre sua inserção na Estratégia Saúde da Família, atividades cotidianas de trabalho e trabalho em equipe. As entrevistas serão gravadas através de gravador digital e serão posteriormente transcritas.

A participação no estudo não se reverterá em benefícios pessoais para os participantes, mas poderá contribuir para reflexão sobre o trabalho em equipe multiprofissional na ESF e ampliar o conhecimento neste campo.

Os riscos existentes são de tornar público o modo como são desenvolvidas as atividades diárias do seu trabalho em saúde.

As informações coletadas não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação. Serão garantidos o sigilo e o anonimato. Os resultados deste estudo serão divulgados na forma de dissertação de mestrado acadêmico em saúde pública pela ENSP/FIOCRUZ, artigos e trabalhos apresentados em congressos e periódicos científicos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador e dos Comitês de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Renata Cristina Arthou Pereira (Pesquisador responsável)
Telefone: 2598-2596 - E-mail: r.arthou@uol.com.br
Sob Orientação do Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera
Pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde-ENSP/FIOCRUZ
Telefone: 2598-2596- E-mail: uribe@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, Térreo,
Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ.
Telefone: 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria
Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade
Nova – Rio de Janeiro CEP: 20211-901
Tel: 3971-1590 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
- Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

Diante do que foi exposto nos parágrafos anteriores, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.
Também estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento se assim o desejar. Estou recebendo uma cópia assinada deste termo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Pedido de Autorização

Ao Coordenador da Área Programática 3.1.

Eu, Renata Cristina Arthou Pereira, solicito sua autorização para realização do projeto de mestrado: “**O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**” que estou desenvolvendo sob a orientação de Francisco Javier Uribe Rivera (pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/ FIOCRUZ).

O objetivo geral deste estudo é analisar o trabalho coletivo de equipes multiprofissionais de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro, AP 3.1, na perspectiva da tipologia agrupamento/interação.

Para tanto, pretendo realizar entrevistas com os profissionais de saúde desta unidade sobre como são desenvolvidas as atividades diárias do seu trabalho e observações das reuniões de equipe após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

Na oportunidade, firmo o uso restrito das informações e dados coletados para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados através de trabalho técnicos científicos, preservando o anonimato dos profissionais e, colocando à disposição da instituição os resultados do estudo.

Renata C. Arthou Pereira
Telefone: 2598-2863
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ.
Telefone: 2598-2863

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa, **CONCORDO** com a sua realização nesta unidade.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista

1ª parte: Caracterização da entrevista

Entrevista nº: _____ Código do Profissional: _____ Equipe: _____
Data: _____
Local: _____
Início: _____ Término: _____ Duração: _____

2ª parte: Caracterização do entrevistado

Tempo de serviço na ESF: () 1 ano; () 1 a 2 anos; () 3 a 4 anos; () acima de 5 anos

Tempo de trabalho na equipe: () 1 ano; () 1 a 2 anos; () 3 a 4 anos; () acima de 5 anos

Formação básica ou complementar: () especialização/residência ou pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Pública; () Introdutório/ Ambientação () Outros:

3ª parte: Processo de trabalho e trabalho em equipe

Peço que, durante nossa conversa, você fosse me dando exemplos, quando possível, de situações concretas que você vivencia no seu trabalho.

1. Primeiro eu gostaria que você me falasse sobre o seu trabalho:

- Ações que você realiza (individuais ou coletivas)- pedir para descrever o fluxo de suas atividades ou um dia de trabalho, bem como, descrever o conteúdo da atividade, quando o profissional fala genericamente. (quais são, como são feitas, onde ocorrem e que tipo de instrumentos são utilizados)

2. Agora, eu gostaria que você falasse sobre as atividades desenvolvidas pelos outros profissionais da equipe:

- Dos agentes comunitários (ACS), auxiliares de enfermagem, dentista, médico, enfermeiro, técnico de higiene dental (THD)

3. E como você acha que esses profissionais vêm seu trabalho e por quê?

4. Como se articula o seu trabalho com os dos outros profissionais? Você pode me dar exemplos?

5. Como você compartilha as decisões?

6.. Você tem autonomia de decisão em seu trabalho?

7. O que você entende por trabalho em equipe?

8. Para você o que é necessário para execução do trabalho em equipe.

9. Na sua opinião, quais são as facilidades e dificuldades na realização do trabalho em equipe?

APÊNDICE D

Roteiro de observação participante

- 1- Enumerar os profissionais da equipe presentes na reunião
- 2- Capacidade de diálogo dos participantes (número de vezes que indagaram e argumentaram; em que medida indagaram procurando discernir interesses mais profundos da fala, ou seja, buscaram trazer a tona crenças, valores mais arraigados, ou seja, as inquietações do orador).
- 3- Como estão distribuídas as falas? Se concentram em poucas pessoas? Quem são estas pessoas?
- 4- Conversações geradas após um “*quiebre*”: (conversação de juízos pessoais; conversação para a coordenação de ações; conversação para possíveis ações ou conversações para possíveis conversações).
- 5- Capacidade de lidar com o conflito. Como o conflito é encarado ou tematizado?
- 6- Capacidade dos participantes em estabelecer acordos consensuais ou de gerar compromissos de ação (encaminhamentos)
- 7- Comunicações verbais que façam referência a:
 - Flexibilização da divisão dos trabalhos
 - Trabalhos desiguais
 - Autonomia técnica
 - Situação de apoio e construção conjunta de atividades (construção do projeto assistencial comum)
 - Especificidades dos trabalhos especializados
 - Diferenças técnicas entre trabalhos especializados

APÊNDICE E

Critérios de análise do trabalho em equipe multiprofissional segundo PEDUZZI (1998, 2001)			
	Características	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho	Predominância da razão instrumental. Comunicação é exercida apenas como recurso de instrumentalização da técnica e meio de articulação das distintas tecnologias atinente a cada trabalho. Não há comunicação para o agir comunicativo. No entanto, como afirma Lima (2008) mesmo em momentos em que existe esta predominância a conversação desempenha um papel fundamental, principalmente em serviços que dada a natureza dinâmica do processo de trabalho seja imprescindível estabelecer um espaço sistemático de interação entre os agentes.		X
Comunicação estritamente pessoal	Destaque para as dimensões das relações pessoais no sentimento de camaradagem e amizade.		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	Elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas comuns. Trata-se da perspectiva do agir comunicativo no interior da técnica. Comunicação para além dos projetos específicos dos profissionais.	X	
Projeto assistencial comum	Plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, o qual geralmente é o biomédico	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	Diferentes técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções entre as variadas áreas profissionais.	X	X
Desigualdade dos trabalhos especializados	Existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as técnicas entre as profissões. Caráter de complementariedade periférica atribuído às ações executadas pelos profissionais não médicos, desta forma embora sejam trabalhos necessários, são tidos como de menor valor socialmente.		X
Especificidades dos trabalhos especializados	Existem diferenças entre os trabalhos e os saberes. <i>“A especificidade permite o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção”</i> .(PEDUZZI, 2001, p.108) Isto ocorre, na medida em que os diferentes saberes permitem diversificar os olhares sobre o mesmo objeto o que amplia as possibilidades de intervenção e cuidado.	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	Execução de ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos, por exemplo: acolhimento, grupos educativos e outros. Tomando o exemplo de Almeida e Mishima (2001) existem conhecimentos que todos os membros de uma equipe de Saúde da família deveria compartilhar: os princípios básicos do SUS; as diretrizes que norteiam a ESF- humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias- e outros.	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	Há complementariedade e colaboração no exercício da autonomia técnica	X	
Autonomia técnica plena	Busca alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções		X
Ausência de autonomia técnica	Ignora o âmbito da autonomia que executa em seu trabalho		X

ANEXO A

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB							
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Saúde da Família							
Unidade Geográfica: Brasil							
Competência: Dezembro de 2009							
Região	UF	Estado	População	Equipe de Saúde da Família			
				Nº de Municípios com ESF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	2.558.372	1	92	317.400	12,41
	GO	GOIÁS	5.845.146	244	1.049	3.324.167	56,87
	MT	MATO GROSSO	2.957.732	138	551	1.819.903	61,53
	MS	MATO GROSSO DO SUL	2.336.058	77	411	1.356.808	58,08
Qtde de Estados		4	13.697.308	460	2.103	6.818.278	49,78
NORDESTE	AL	ALAGOAS	3.127.557	102	744	2.232.739	71,39
	BA	BAHIA	14.505.266	402	2.489	7.991.055	55,09
	CE	CEARÁ	8.451.359	184	1.751	5.691.657	67,35
	MA	MARANHÃO	6.305.539	216	1.751	4.971.900	78,85
	PB	PARAÍBA	3.742.606	223	1.248	3.555.879	95,01
	PE	PERNAMBUCO	8.737.798	185	1.831	5.929.655	67,86
	PI	PIAUÍ	3.119.697	221	1.088	3.036.005	97,32
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	3.106.430	167	861	2.413.923	77,71
SE	SERGIPE	1.999.374	74	554	1.709.585	85,51	
Qtde de Estados		9	53.095.626	1.774	12.317	37.532.398	70,69
NORTE	AC	ACRE	680.073	22	133	425.856	62,62
	AP	AMAPÁ	613.164	16	145	444.925	72,56
	AM	AMAZONAS	3.341.096	60	510	1.669.467	49,97
	PA	PARÁ	7.374.669	136	880	2.928.212	39,71
	RO	RONDÔNIA	1.493.566	51	238	781.321	52,31
	RR	RORAIMA	412.783	14	99	308.478	74,73
	TO	TOCANTINS	1.280.509	138	382	1.122.992	87,7
Qtde de Estados		7	15.195.860	437	2.387	7.681.251	50,55
SUDESTE	ES	ESPÍRITO SANTO	3.453.648	76	545	1.721.188	49,84
	MG	MINAS GERAIS	19.852.798	835	4.053	13.070.335	65,84
	RJ	RIO DE JANEIRO	15.873.973	88	1.477	4.929.155	31,05
	SP	SÃO PAULO	41.012.785	487	3.216	10.812.635	26,36
Qtde de Estados		4	80.193.204	1.486	9.291	30.533.313	38,07
SUL	PR	PARANÁ	10.591.436	387	1.718	5.550.265	52,4
	RS	RIO GRANDE DO SUL	10.855.838	416	1.193	3.846.403	35,43
	SC	SANTA CATARINA	6.052.587	291	1.319	4.178.803	69,04
Qtde de Estados		3	27.499.861	1.094	4.230	13.575.471	49,37
Total Geral		27	189.681.859	5.251	30.328	96.140.711	50,69

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.