

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ

**TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS**

Porto Alegre

2005

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS COLOMÉ

**TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
NA CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2005

C9718t **Colomé, Isabel Cristina dos Santos**
**Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na
concepção de enfermeiras / Isabel Cristina dos Santos Colomé ;**
orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2005.
97 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal
do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado
em Enfermagem, 2005.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Programa Saúde da Família. 2. Relações interprofissionais. 3.
Equipe de assistência ao paciente : organização & administração. I.
Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

Limites para indexação: Humano. Feminino.

LHSN – 711
NLM – WA 308

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

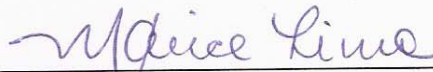
Isabel Cristina dos Santos Colomé

Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na Concepção de Enfermeiras

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

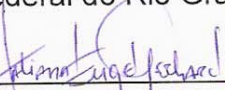
Aprovada em Porto Alegre, em 07 de julho de 2005 com o conceito A.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
CPF nº 293.456.770-20
Orientador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
CPF nº 506.666.730-04

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol
CPF nº 289.861.560-91

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Profa. Dra. Rosa Maria Bracini Gonzales
CPF 252.329.320-04

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

De acordo da Mestranda: Isabel Cristina dos Santos Colomé

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, por ter sido mais do que orientadora, uma companheira nesta jornada, guiando-me com paciência, compreensão, competência e sabedoria. Ficam o meu reconhecimento e a minha admiração.

Aos professores do Curso de Mestrado, pelos conhecimentos compartilhados e pelas contribuições que certamente forneceram ao meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras Rosa Maria Bracini Gonzales, Clarice Dall’Agnol e Tatiana Gerhardt, membros da banca de qualificação do projeto, pelas valiosas contribuições dadas naquele momento.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pela convivência fraterna e pelas diversas situações em que compartilhamos conhecimentos, experiências, incertezas e alegrias nesta trajetória.

Às enfermeiras, sujeitos deste estudo, pela disponibilidade e gentileza com que me receberam, viabilizando a realização desta investigação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro, o qual possibilitou minha dedicação exclusiva ao Curso.

À família Colomé, por estar sempre comigo, torcendo por mim e vibrando com as minhas conquistas.

À Profa. Dra. Carmen Lúcia Colomé Beck - a Lulú - por ser minha maior incentivadora e acreditar sempre no meu potencial. Tenha a certeza de que, sem teu apoio e teu amor, nada disso seria possível. Muito obrigada.

À Roberta Davis, bolsista de iniciação científica, pelo grande auxílio prestado no desenvolvimento desta pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Miguel e Maria Ely, que, mesmo distantes, estão sempre comigo, mantendo a saudade infinita em meu coração. E aos meus pais do coração, Cândido e Maria, pelo amor que me dedicam e pelo exemplo de trabalho no bem que representam para mim. A vocês dedico este trabalho.

Ao anjo e amor da minha vida, Alessandro, por estar ao meu lado, apoiando-me em todas as horas e incentivando-me a crescer pessoal e profissionalmente; por ser meu porto seguro, onde encontro carinho e afeto. Obrigada por tudo. Te amo!

RESUMO

O objeto desta investigação é o trabalho em equipe desenvolvido no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) na perspectiva de enfermeiras. Têm-se como objetivos conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no PSF sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, no que se refere à articulação entre as ações realizadas pelos diferentes profissionais e à interação entre eles, bem como identificar as dificuldades e facilidades encontradas pelas enfermeiras no cotidiano do trabalho coletivo. Caracteriza-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semi-estruturadas com 23 enfermeiras. A análise dos dados foi realizada com base na análise temática e resultou em três categorias: concepções das enfermeiras sobre o trabalho em equipe; articulação das ações dos profissionais no trabalho em equipe; e interação da equipe. Identificou-se que as enfermeiras têm uma concepção idealizada do trabalho em equipe, caracterizando-o como um processo dinâmico e interativo no qual deve haver a participação de todos os profissionais desde o planejamento até a execução das ações de saúde, assim como a integração da equipe em função de objetivos comuns. Porém, as enfermeiras encontram inúmeras dificuldades que interferem no desenvolvimento do trabalho em equipe e as impedem, muitas vezes, de vivenciar esse ideal na sua prática cotidiana. Tais dificuldades estão relacionadas à alta rotatividade de profissionais no PSF, à falta de pessoal, a condições de trabalho inadequadas e à falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde. A articulação das ações ocorre principalmente com os agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem, devido à supervisão que a enfermeira realiza junto aos mesmos. A interação da equipe fica prejudicada pelas dificuldades de

comunicação e por conflitos interpessoais, fatores estes causadores de insatisfação dos profissionais com seu trabalho. Foi possível identificar que tanto a articulação das ações quanto a interação da equipe ficam prejudicadas pela excessiva demanda de usuários pelo serviço, o que ocasiona sobrecarga de trabalho e falta de tempo para os profissionais. Dessa forma, as enfermeiras evidenciam limitações para realizarem conexões entre os diversos trabalhos e interagir, referindo que isso fica restrito basicamente aos momentos de reunião de equipe. Com base nos depoimentos das enfermeiras, verificamos que o trabalho em equipe no PSF tem um caráter ativo e dinâmico, e apresenta momentos de integração na equipe, mas também situações em que os profissionais atuam de maneira independente e isolada. No entanto, são evidentes as dificuldades que as equipes encontram em realizar um trabalho efetivamente integrado. Essa realidade, certamente, compromete a qualidade da assistência prestada aos usuários. Sugere-se repensar as condições de trabalho propiciadas aos profissionais que atuam no PSF, as quais necessitam de maiores investimentos e atenção. Além disso, a formação acadêmica deve ser capaz de fornecer subsídios aos profissionais, preparando-os para uma atuação multidisciplinar.

Descritores: Programa Saúde da Família. Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente: organização & administração.

Limites: Humano. Feminino.

RESUMEN

El objeto de esta investigación es el trabajo en equipo desarrollado en el ámbito del Programa Salud de la Familia (PSF) en la perspectiva de enfermeras. Se tiene como objetivos conocer la concepción de enfermeras que actúan en el PSF sobre el desarrollo del trabajo en equipo, en el que se refiere a la articulación entre las acciones realizadas por los diferentes profesionales y a la interacción entre ellos, además de identificar las dificultades y facilidades encontradas por las enfermeras en el cotidiano del trabajo colectivo. Se caracteriza como un estudio descriptivo de abordaje cualitativo. La coleta de datos se dio a través de entrevistas semiestructuradas con 23 enfermeras. El análisis de los datos fue realizada con base en el análisis temático y resultó en tres categorías: concepciones de las enfermeras sobre el trabajo en equipo; articulación de las acciones de los profesionales en el trabajo en equipo e interacción del equipo. Se identificó que las enfermeras poseen una concepción idealizada sobre el trabajo en equipo, que lo caracteriza como un proceso dinámico e interactivo, en lo cual debe haber la participación de todos los profesionales desde el planteamiento hasta la ejecución de las acciones de salud, además de integración del equipo en función de objetivos comunes. Sin embargo, las enfermeras encontraron innumerables dificultades que interfieren en el desarrollo del trabajo en equipo, las cuales las impiden, muchas veces, de vivenciar ese ideal en su práctica cotidiana. Tales dificultades están relacionadas al alto giro de profesionales en el PSF, falta de personal, condiciones de trabajo inadecuadas y dificultades de trabajar con los agentes comunitarios de salud. En el que se refiere a la articulación de las acciones, ésta ocurre principalmente con los agentes comunitarios de salud y auxiliares de enfermería,

debido a la supervisión que la enfermera realiza junto a esos trabajadores. La interacción del equipo queda perjudicada por las dificultades de comunicación y por la presencia de conflictos interpersonales, siendo un factor causador de insatisfacción de los profesionales cuanto a su trabajo. Fue posible identificar que tanto la articulación de las acciones cuanto a interacción quedan perjudicadas por los excesos de demanda de usuarios recibido por el servicio, lo que genera falta de tiempo y sobrecarga de trabajo para los profesionales. De esta forma, las enfermeras evidencian las limitaciones que poseen para realizar conexiones entre los diversos trabajos e interactuar, refiriendo que eso queda restringido básicamente a los momentos de reunión de equipo. Con base en los depoimentos de las enfermeras, verificamos que el trabajo en equipo en el PSF posee un carácter activo y dinámico, presentando momentos de integración en el equipo, pero también situaciones en que los profesionales actúan de manera independiente y aislada. Sin embargo, son evidentes las dificultades que los equipos encuentran de realizar un trabajo efectivamente integrado. Esa realidad, ciertamente, refleja en la calidad de asistencia prestada a los usuarios. Se sugiere repensar las condiciones de trabajo proporcionado a los profesionales que actúan en el PSF, las cuales necesitan de mayores inversiones y atención. Además de eso, la formación académica debe ser capaz de proporcionar auxilios que preparen los profesionales para una actuación multidisciplinaria.

Descriptor: Programa Salud de la Familia. Relaciones interprofesionales. Grupo de atención al paciente: organización & administración.

Límites: Humano. Femenino.

Título: Trabajo en equipo en el Programa Salud de la Familia en la concepción de enfermeras.

ABSTRACT

The main objective of this study is to investigate the group work that is developed in the sphere of action of Programa Saúde da Família (PSF) - Family Health Program - in the perspective of the nurses. It is intended to understand the conception nurses who work in the PSF have about the development of group work, in reference to the articulation among the actions done by different professionals and to the interaction among them; besides the identification of the difficulties and facilities faced by the nurses in their daily routine. This is a descriptive study with a qualitative approach. The collection of data was done through semi-structured interviews with 23 nurses. The analysis of data was done based on a thematic analysis and it resulted in three categories: conceptions of nurses about group work, articulation of the actions taken by the professionals in the group work and the group's interaction. It was identified that the nurses have an idealized conception about group work, which is characterized as a dynamic and interactive process, in which there must be the participation of all professionals from the planning to the execution of the health actions, besides the integration of the team in the accomplishment of common objectives. However, the nurses face several difficulties that interfere in the development of group work, that hinder them, many times, of experiencing this ideal in their daily practice. Such difficulties are related to a high turnover of professionals in the PSF, lack of qualified people, inadequate conditions of work and difficulties to work with the health agents from the community. In the sense of actions' articulations, these ones occur, mainly, with the health agents from the community and nursing assistants, due to the supervision that the nurse does with those workers. The team's interaction is damaged by the difficulties of

communication and by the presence of interpersonal conflicts, which are factors that cause dissatisfaction in the professionals in relation to their work. It was possible to identify that the articulation of actions in relation to the interaction are harmed by the excess of users demand received by the service, what generates lack of time and overburden of work for the professionals. This way, the nurses see the limitations they have to accomplish connections among the tasks and to interact with them, mentioning that this is basically restrict to moments of the team meetings. Taking the nurses' declarations as basis, it is verified that the group work done in the PSF has an active and dynamic character, presenting moments of integration in the group, but also situations in which the professionals actuate in an independent and isolated way. Nevertheless, the difficulties faced by the teams in the accomplishment of a really integrated work are evident. Such reality, certainly, reflects in the quality in the assistance offered to users. Finally, it is suggested to rethink the conditions of work supplied to the professionals who work in the PSF, because it was observed they need to receive greater investment and attention. Besides that, the academic formation must be able to supply subsidy that prepare the professionals for a multidisciplinary actuation.

Descriptors: *Family Health Program. Interprofessional relations. Patient care team: organization & administration.*

Limits: *Human. Female.*

Title: *Group work in the Family Health Program in the conception of the nurses.*

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 Contextualizando o trabalho em equipe de saúde.....	19
2.2 O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.....	27
2.3 Objetivos.....	35
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO.....	36
3.1 Caracterização do estudo.....	36
3.2 Sujeitos do estudo.....	36
3.3 Coleta de dados.....	37
3.4 Considerações bioéticas.....	39
3.5 Método de análise dos dados.....	40
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	42
4.1 Concepções das enfermeiras sobre o trabalho em equipe	42
4.2 Articulação das ações dos profissionais no trabalho em equipe	64
4.3 Interação da equipe	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com as enfermeiras.....	95
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
ANEXO – Documento de aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.....	97

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo consiste na concepção de enfermeiras¹ integrantes de equipes de saúde que atuam no Programa Saúde da Família (PSF)² acerca do desenvolvimento do trabalho em equipe, no que se refere à articulação das ações dos diversos profissionais e à interação dos mesmos no cotidiano do trabalho coletivo.

O interesse por esse tema surgiu ainda no curso de graduação em Enfermagem, quando tivemos diversas oportunidades de atuar em serviços de saúde como estagiários. Desde então, iniciou a nossa preocupação com questões relacionadas à forma pela qual os diversos profissionais componentes de equipes de saúde integram os diferentes trabalhos e interagem entre si.

Observávamos a existência de equipes que se destacavam pela sua integração no trabalho; porém, na maioria das vezes, constatávamos que o grupo de trabalho, aparentemente integrado, na prática exercia ações independentes e desarticuladas. Dessa forma, observamos que a falta de conexão entre as ações de saúde exercidas pelos diferentes agentes e as dificuldades de interações destes representavam entraves no desenvolvimento do trabalho, gerando insatisfação dos usuários com o atendimento recebido.

Portanto, entendemos que os aspectos referentes ao trabalho em equipe de saúde merecem atenção e destaque, tendo em vista a sua importância para a

¹ Neste estudo, optamos pela adoção do substantivo feminino pelo fato de essa categoria profissional ser constituída majoritariamente de mulheres.

² Mendes (1999) considera que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reformulação da atenção primária, no entanto, refere que a expressão PSF é amplamente difundida, não havendo necessidade de ser descartada. Portanto, neste estudo, utilizamos esse termo, com o entendimento de que trata-se de uma estratégia de assistência.

realização do trabalho coletivo e para a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Além disso, tivemos uma breve e relevante experiência profissional como enfermeiras de uma equipe do PSF, em que pudemos vivenciar diversas situações de trabalho em equipe. Essa oportunidade permitiu-nos refletir sobre algumas questões, dentre elas as divergências existentes entre o que é preconizado para o trabalho em equipe e o que é realizado na prática cotidiana.

Ficavam evidentes as dificuldades que os profissionais tinham em integrar suas ações e atuar coletivamente, pois cada um estava envolvido com suas atividades específicas, havendo poucos momentos de interação entre eles. Frequentemente, os usuários demonstravam descontentamento por receberem, dos trabalhadores, informações divergentes no que se refere à dinâmica do serviço. Essa situação explicitava a falta de consenso da equipe diante de questões relacionadas ao trabalho diário e demonstrava a dificuldade da mesma em compartilhar informações. As reuniões de equipe, as quais seriam relevantes nesse contexto, eram pouco valorizadas, ocupando um papel de atividade secundária.

Posteriormente, com o ingresso no curso de mestrado, tivemos a oportunidade de cursar diversas disciplinas e participar do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCOSS). Este Núcleo desenvolve estudos sobre alguns aspectos do processo de trabalho em Saúde Coletiva. Dentre esses estudos, encontra-se a investigação de Schimith (2002), cujos resultados evidenciam que há uma divisão de tarefas entre os componentes da equipe de saúde da família, as quais são realizadas de forma desarticulada, demonstrando que a organização do trabalho está estruturada de maneira parcelar. Além disso, identificou-se a inexistência de um projeto de trabalho comum entre os

trabalhadores. Assim, os dados evidenciados por essa pesquisa constituíram importantes contribuições para a construção do objeto deste estudo.

Dessa forma, associando as vivências destacadas às experiências da vida acadêmica, é que propusemos a realização desta pesquisa, com o intuito de investigar aspectos pertinentes à integração do trabalho em equipe de saúde no âmbito do PSF.

O trabalho em equipe apresenta-se como um dos fatores-chave para o desenvolvimento do trabalho no PSF, portanto deve-se investir no fortalecimento de um vínculo positivo entre os membros da equipe, a fim de que os propósitos do Programa sejam contemplados.

As profissionais enfermeiras possuem um papel fundamental no interior das equipes de saúde da família, pois, devido ao seu potencial articulador dos diversos trabalhos, podem ser capazes de atuar como agentes de mudança, em busca da consolidação de novas práticas de saúde voltadas à integralidade das ações e comprometidas com as reais necessidades da população.

Sobretudo no que diz respeito à atuação no PSF, é importante considerar a complexidade e a amplitude das necessidades de saúde de indivíduos, família e comunidade, as quais exigem a atuação conjunta dos profissionais, além do entrelaçamento de seus saberes específicos.

Entendemos que os resultados deste estudo podem contribuir para a busca de estratégias que possibilitem novas formas de atuação da equipe de saúde, vislumbrando uma prática que considere e valorize a articulação do trabalho dos diferentes profissionais e a interação destes como condições fundamentais para o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários.

A seguir, apresentaremos a construção do nosso objeto de estudo com base no referencial teórico utilizado, evidenciando os questionamentos norteadores e os objetivos propostos.

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados aspectos referentes à fundamentação teórica, os quais contribuirão para a construção do objeto de estudo e dão-lhe sustentação. Estes são os tópicos desenvolvidos: *Contextualizando o trabalho em equipe de saúde* e *O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família*.

2.1 Contextualizando o trabalho em equipe de saúde

O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e constitui um trabalho essencial à vida humana. Contempla a esfera não-material, e seu produto consiste na própria prestação da assistência de saúde, a qual é produzida ao mesmo tempo em que é consumida (GONÇALVES, 1992; PIRES, 2000).

Segundo Vaz (1999), o trabalho em saúde está inserido na racionalidade de uma dada sociedade, tendo suas funções determinadas pelas necessidades sociais que emergem desta, atendendo a finalidades individuais e coletivas.

Além disso, o trabalho em saúde caracteriza-se por envolver as atividades de diversos profissionais de diferentes áreas do conhecimento, os quais atuam de acordo com seus saberes específicos, a fim de satisfazer às necessidades de saúde de indivíduos e da coletividade. Identifica-se, portanto, como um trabalho coletivo (LEOPARDI, 1999; PIRES, 2000).

Segundo Peduzzi (1998), a necessidade de articulação das ações de diversos profissionais deve-se ao intenso crescimento das especialidades observado no campo da saúde.

Nesse sentido, Campos (1997) refere que a incessante especialização dos profissionais - dentre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos - diminui a capacidade dos mesmos de solucionar os problemas de saúde dos usuários e aumenta a alienação em relação ao resultado final de suas ações. Para o autor, quando cada especialista fica encarregado de um fragmento da intervenção, “ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado pelo resultado global do tratamento” (CAMPOS, 1997, p.246).

Portanto, o desenvolvimento de um trabalho parcelar, no qual cada profissional realiza suas atividades de forma desarticulada e independente das ações dos demais, pode contribuir, significativamente, para a falta de comprometimento e responsabilização desses agentes com o resultado de suas práticas.

Apesar de reconhecer a importância do trabalho em equipe, Campos (1997) defende que deve haver uma definição clara e precisa das responsabilidades particulares de cada membro da equipe diante de casos específicos. Dessa forma, cada profissional ficaria responsável por determinado caso, respondendo por este, além de realizar os encaminhamentos pertinentes, solicitando apoio aos demais membros da equipe quando necessário.

Corroborando as idéias do autor, compreendemos que cada profissional deve saber identificar claramente a sua atribuição e o seu papel no interior da equipe de trabalho, para que, com seus saberes específicos, possa responsabilizar-se pelo atendimento dos clientes, acompanhá-los de maneira contínua e, dessa forma, visualizar os produtos do seu trabalho. Porém, o fato de cada agente possuir uma

responsabilidade particular não interfere na necessidade de articulação entre o trabalho dos diversos profissionais, o qual deve estar baseado na integração das ações, visando à busca conjunta de soluções para os problemas de saúde da população.

No entanto, alguns profissionais que atuam em serviços de saúde parecem considerar que suas ações e saberes são auto-suficientes; assim, não se disponibilizam a trocar informações e compartilhar idéias, dúvidas, medos e até mesmo conhecimentos no ambiente de trabalho. Um dos fatores que pode colaborar com essa realidade consiste na forma como o trabalho está organizado, geralmente centrado na execução de tarefas. Isso impede a conexão entre as ações e pode resultar no desenvolvimento de práticas divergentes e desconexas no trabalho.

Peduzzi (1998; 2001) elaborou um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe multiprofissional de saúde. Para tanto, buscou embasamento no referencial teórico do processo de trabalho em saúde e da teoria do agir comunicativo de Habermas.

Para Habermas (1994) existe reciprocidade entre trabalho e interação, havendo entre ambos uma relação dialética. O autor ressalta que o processo de formação da subjetividade humana depende, essencialmente, da ligação que se estabelece entre esses dois aspectos.

A interação consiste em uma ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas que irão definir as expectativas recíprocas de comportamento, e que têm de ser entendidas e reconhecidas, por no mínimo dois sujeitos agentes. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e reconhecimento mútuo (HABERMAS, 1989; 1994).

Além disso, Habermas (1994) evidencia que há diferença entre trabalho, expresso na intervenção técnica, e interação, como intersubjetividade

lingüísticamente mediada. Os aspectos suscitados por Habermas contribuem para a compreensão dos mecanismos utilizados nas interações entre os agentes, no desenvolvimento do trabalho. Para o autor, é no âmbito da relação entre as intervenções técnicas e a comunicação que os profissionais constroem negociações, pactos e consensos quanto às possibilidades de execução cotidiana do trabalho em equipe.

Portanto, na medida em que os profissionais levam em consideração a importância das interações no cotidiano do trabalho, podem ser sujeitos capazes de adotar uma postura que venha ao encontro da teoria do agir comunicativo proposta por Habermas. Nesse sentido, entendemos que o agir deve ser comunicativo, devido à peculiaridade da atenção realizada na área da saúde. Torna-se imprescindível que sejam valorizados os aspectos subjetivos que fazem parte do trabalho, pois prestar assistência a pessoas com as mais diversas necessidades de saúde exige uma atuação em equipe, a fim de contemplar a integralidade do ser humano.

Peduzzi (1998; 2001), com base nas considerações de Habermas (1989; 1994), caracteriza o trabalho em equipe, no processo de produção em saúde, como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de distintas áreas profissionais. Portanto, existem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: uma que se refere à articulação das ações e a outra que se relaciona à interação dos diversos profissionais.

Conforme Peduzzi (1998) a interação dos diversos agentes dá-se pela comunicação, ou seja, pela mediação simbólica da linguagem e constitui instrumento capaz de promover a cooperação e a integração na equipe de trabalho.

A articulação entre os trabalhos pode ser definida como “momentos em que os agentes, ativamente, colocam em evidência as conexões ou nexos existentes entre as distintas ações e os variados saberes técnicos” (PEDUZZI, 1998, p.49).

A tipologia construída por Peduzzi (1998; 2001) identifica duas modalidades de equipe: a *equipe agrupamento*, caracterizada pela justaposição de tarefas e pelo agrupamento de agentes, a qual evidencia a fragmentação do trabalho; e a *equipe integração*, na qual ocorrem a articulação das ações e a interação dos agentes.

Pressupomos que, ao lançarem uma diversidade de olhares sobre um mesmo problema de saúde, os profissionais vislumbram uma riqueza de possibilidades, já que a mesma situação pode ser analisada e discutida sob diversos ângulos. Portanto, uma equipe integração pode ter maior potencialidade e facilidade de realizar um atendimento integral, visto que articulam suas ações e interagem, o que, provavelmente, não seria possível para uma equipe agrupamento.

Peduzzi (2001) salienta, ainda, que em ambas as modalidades de equipe estão presentes as diferenças técnicas de cada especialidade e a desigual valorização dos diferentes trabalhos, o que evidencia a hierarquização do trabalho. São atribuídas distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais para as diferentes profissões. Algumas delas se colocam em posição de superioridade perante as outras, determinando relações de hierarquia e subordinação entre os profissionais no interior da equipe (PEDUZZI, 1998; 2001).

Diante disso, consideramos que uma equipe, quando valoriza a comunicação no trabalho e atua de forma cooperativa e integrada, tem maiores possibilidades de diminuir o distanciamento existente entre as categorias profissionais, na medida em que é considerada a importância do trabalho de cada integrante da equipe para a qualidade da assistência prestada.

Assim, entendemos que um dos grandes desafios que se impõem aos profissionais de saúde consiste no estabelecimento de uma sintonia na equipe de trabalho. A sintonia diz respeito à “congruência obtida pela similaridade – pontos comuns – e convergência que se estabelece nas diferenças-complementaridade” (DALL’AGNOL, 1994, p. 95). A busca de sintonia na equipe pode ser um aspecto facilitador da integração dos diferentes trabalhos e, sobretudo, dos diversos trabalhadores.

Segundo Peduzzi e Palma (1996), a complexidade da equipe multiprofissional evidencia-se pela convivência de diferentes processos de trabalho, em que cada área profissional atua com objetos, saberes e instrumentos próprios.

Na atenção à saúde, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental, pois, nos níveis individual e coletivo, são necessárias ações sanitárias que exigem interpretação, coordenação e integralidade para que as ações sejam realmente efetivas (AGUDELO, 1995).

O trabalho interdisciplinar, segundo Agudelo (1995), consiste em uma prática social, coletiva, democrática e participativa na qual são compartilhados objetivos, conhecimentos e experiências a fim de solucionar, de forma integral, problemas de saúde individuais e coletivos. No entanto, para o êxito desse tipo de trabalho, faz-se necessário que cada ator tenha clareza sobre o seu campo de atuação, seus limites e suas possibilidades.

Nessa perspectiva, recorreremos à importante contribuição de Campos (1997) ao elaborar os conceitos de *núcleo de competência e de responsabilidade* e de *campo de competência e de responsabilidade*. O Núcleo é definido como “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade” (CAMPOS, 1997, p. 248). Portanto, o núcleo pode ser entendido como o ponto de diferenciação entre as diversas profissões, no qual são evidenciados as

competências e os saberes particulares de cada uma. O autor define campo como “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (CAMPOS, 1997, p. 249). Conforme exemplifica o autor, conhecimentos básicos sobre o processo saúde-doença são comuns a todas as profissões da área da saúde, portanto um ponto de convergência entre elas.

De acordo com Almeida e Mishima (2001), as discussões acerca do núcleo de competência e de responsabilidade trazem a idéia de autonomia profissional, na medida em que se referem às especificidades dos saberes de cada profissional, mas também remetem à interdependência dessas autonomias. Neste sentido, as autoras afirmam que o núcleo de competência de cada profissional, de maneira isolada, não é suficiente para contemplar a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, sendo necessário flexibilizar os limites das competências para garantir uma prática integral.

Peduzzi (2001) aborda questões relacionadas à autonomia técnica e refere que esta possui três concepções diferentes no trabalho em equipe: na primeira concepção, o profissional considera que possui autonomia plena e busca a maior independência possível em suas ações; na segunda, ignora a autonomia na realização de seu trabalho; e, na terceira, considera o caráter interdependente da autonomia técnica do grupo de agentes. Diante disso, consideramos que as duas primeiras noções de autonomia contribuem para a desarticulação entre os trabalhos e a falta de integração dos profissionais, podendo gerar tensão no interior do processo de trabalho. Já a terceira destaca a potencialidade complementar dos trabalhos.

Nesse sentido, Peduzzi (2001) esclarece, ainda, que o julgamento e a tomada de decisão de cada agente fazem com que a autonomia profissional adquira um aspecto de interdependência, demonstrando a complementaridade dos trabalhos.

De acordo com Merhy (2002), uma das tensões básicas que compõem o processo de produção em saúde e que estão presentes em qualquer modelo de atenção reside no fato de que a produção dos atos de saúde resulta do trabalho de diferentes profissionais, cujas intervenções fixam-se nas especificidades de competência de alguns deles, o que o autor evidencia como “ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário” (MERHY, 2002, p. 119).

Em sua atuação diante de determinado problema, cada profissional de saúde mobiliza seu núcleo de conhecimentos específicos e faz um recorte da situação de acordo com esse núcleo de competência particular. Portanto, o núcleo profissional médico e o de enfermagem, por exemplo, farão recortes distintos sobre o mesmo problema (MERHY, 2002).

O mesmo autor afirma, ainda, que o trabalho em saúde produz atos de saúde baseados em duas dimensões: a dimensão profissional específica e a cuidadora. A primeira compreende os saberes disciplinares específicos de cada categoria profissional e está centrada na realização de procedimentos. Já a dimensão cuidadora envolve as relações do profissional com o universo subjetivo do usuário, o estabelecimento de vínculo e acolhimento, a promoção da fala e da escuta, dentre outras ações.

Na produção dos atos de saúde, o núcleo das atividades cuidadoras é um ponto comum entre os profissionais, devendo fazer parte das ações de todos eles, pois diz respeito às relações estabelecidas com os usuários.

A dimensão cuidadora, quando valorizada no trabalho da equipe, pode favorecer o enfraquecimento das relações de dominação entre os profissionais; e, além disso, “pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço

semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório” (MERHY, 2002, p.129).

Portanto, a dimensão cuidadora aproxima os profissionais em torno de algo comum entre eles - a interação com o usuário - e facilita a integração dos agentes do trabalho, ou seja, propicia um trabalho em equipe de caráter interdependente, complementar e comprometido com as necessidades dos usuários.

2.2 O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família

No que se refere à saúde da família, não podemos deixar de considerar a importância da articulação dos diferentes trabalhos e saberes, uma vez que se busca atender a necessidades que apresentam um caráter multidimensional. Os sujeitos devem ser considerados em seus aspectos biopsicossociais, inseridos na família e no contexto em que vivem.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no ano de 1994, pelo Ministério da Saúde do Brasil, como uma estratégia capaz de promover a reorientação do modelo assistencial vigente mediante a organização da atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde.

O PSF busca substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, centrado no hospital, assumindo a difícil tarefa de garantir o acesso igualitário de toda a população aos serviços de saúde. Esse Programa trabalha com o princípio da vigilância à saúde, tendo como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, de todas as pessoas, estejam elas sadias ou doentes, de forma contínua e integral (BRASIL, 2004).

Para Mendes (1999), a atenção à saúde da família consiste em uma estratégia que visa a formular novas práticas de saúde, instituindo o paradigma da produção social da saúde. Nessa perspectiva, as ações são realizadas por uma equipe de saúde que atua em um território de abrangência definido e são direcionadas às famílias e à comunidade, de maneira contínua, ativa e personalizada.

No ano de sua implantação, o PSF foi definido pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de assistência à saúde que visa ao desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que realizarão atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível da atenção primária (BRASIL, 1994).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta de, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados outros profissionais tais como psicólogos, dentistas e assistentes sociais, conforme a necessidade local. Cada equipe deve ser responsável pelo atendimento de, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2004).

Conforme Almeida e Mishima (2001, p. 150), uma questão importante apresentada nos documentos do Ministério da Saúde consiste no destaque das “equipes multiprofissionais como um dos elementos chave para o desenvolvimento do trabalho na Saúde da Família”.

Diante disso, podemos constatar que a equipe de saúde é um dos instrumentos fundamentais para a consolidação dos objetivos do PSF, pois pressupõe a colaboração de trabalhadores de saúde sensibilizados e comprometidos com os propósitos do Programa.

Segundo Souza (2000), para atuar em uma equipe de saúde da família, é necessário que os profissionais compreendam a nova dinâmica do processo de trabalho e empenhem-se no desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos condizentes com a nova proposta de trabalho, a fim de que possam ser capazes de enfrentar os problemas da comunidade pela qual são responsáveis.

Santana (2000, p. 14) atenta para o fato de que o trabalho da equipe de saúde da família pode e deve possibilitar a criação de “um novo cenário no contexto dos serviços de saúde”, contudo, deve-se considerar a existência de outras iniciativas no âmbito das políticas públicas e da ação dos demais setores do Governo e da própria sociedade, para que a equipe não adquira um sentido de “panacéia”, ou seja, de solução para todos os problemas.

Certamente, se parcerias não forem formadas na busca de soluções para os problemas de saúde da população, dificilmente será possível prestar uma assistência de caráter universal, equânime, resolutivo e integral.

Um dos grandes desafios que se apresentam aos profissionais de saúde que vêm atuando no PSF diz respeito à integração da equipe de trabalho. Se essa dificuldade não for superada, é possível que haja a repetição de um modelo de atenção à saúde fragmentado, voltado ao enfoque da recuperação biológica individual, rígido na divisão do trabalho e desigual no reconhecimento social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

No que se refere ao PSF, as autoras Bertussi, Oliveira e Lima (2001) não entendem equipe apenas como diversos profissionais atuando em um mesmo serviço, mas como um grupo de profissionais que têm conhecimento acerca da missão do serviço de saúde no qual atuam, que compreendem suas atividades e buscam atingir as metas e os objetivos traçados para a área de abrangência que está sob sua responsabilidade.

Em pesquisa realizada por Pedrosa e Teles (2001) objetivando identificar temas que promovam consenso e divergências entre médicos, enfermeiros e agentes que compõem uma equipe do PSF de um município do Piauí, os achados apontam para questões relacionadas ao trabalho em equipe. As relações estabelecidas no interior da equipe demonstram falta de responsabilidade coletiva de seus membros pelos resultados do trabalho, além de desarticulação entre ações de caráter curativo, educativo e administrativo. Ressalta-se, ainda, um baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e agentes.

Nesse sentido, Ciampone e Peduzzi (2000) salientam que a maior parte da formação dos profissionais de saúde ainda se encontra baseada no modelo biomédico, caracterizado pela cisão entre os aspectos biológico e psicossocial. Essa formação fornece pouca instrumentalização aos profissionais para atuarem na esfera da interação, seja com os usuários ou com os outros profissionais.

Reis e Hortale (2004) realizaram um estudo sobre a supervisão no PSF em um município do Estado do Rio de Janeiro. Identificaram que as relações conflituosas que se estabelecem entre os membros das equipes e a falta de coesão no desenvolvimento do trabalho constituem focos prioritários da supervisão, tornando-se evidentes as dificuldades da equipe possui em atuar de forma coesa e integrada.

Referindo-se ao trabalho no PSF, Ribeiro, Pires e Blank (2004) afirmam que trabalhar em equipe de maneira integrada significa estabelecer conexões entre os distintos processos de trabalho, fundamentando-se em um certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de cuidados. O estabelecimento de consensos entre os profissionais, no que se refere aos objetivos e resultados a serem contemplados e à melhor forma de atingi-los, também caracteriza um trabalho integrado.

Teixeira, Mishima e Pereira (2000), em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem atuantes no PSF de um município paulista, identificaram que estes destacam a integralidade como questão fundamental na atenção primária à saúde. Nessa perspectiva, os trabalhadores afirmam que, para prestar uma assistência integral ao indivíduo, é fundamental o desenvolvimento do trabalho em equipe e que, no seu serviço, geralmente o usuário é cuidado por todos da equipe, pois cada profissional complementa o trabalho do outro.

Observemos o que dizem Pedrosa e Teles (2001, p.310):

[...] o trabalho do PSF necessita de novas relações entre os membros da equipe, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da (re)construção do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção.

Peduzzi (1998) evidencia a diferença existente entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade: a primeira consiste na integração das diversas disciplinas ou áreas do conhecimento e está relacionada à produção de conhecimento; e a segunda, à atuação conjunta de diversas categorias profissionais, referindo-se, portanto, ao mundo do trabalho.

No que diz respeito às peculiaridades do PSF, a assistência à saúde adquire a característica principal de um trabalho coletivo e complexo no qual tanto a interdisciplinaridade quanto a multiprofissionalidade são necessárias. Isso se deve aos seguintes fatos: nesse Programa, a unidade que produz serviços de saúde não é um profissional somente, mas uma equipe; o centro da atenção não é o indivíduo isolado, mas a família e o contexto em que está inserido; e, além disso, deve haver a responsabilização dos profissionais com os usuários, família e comunidade, dentre outros aspectos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Schimith (2002), em um estudo com o objetivo de analisar o trabalho de uma equipe de saúde da família na perspectiva do acolhimento aos usuários e da

produção de vínculo, identificou a forma de organização do processo de trabalho da referida equipe. Os resultados evidenciaram que há uma intensa divisão de tarefas entre os membros da equipe, além da indefinição de um projeto de trabalho comum entre os mesmos.

O médico desenvolve basicamente atividades de atendimento clínico individual, como consultas agendadas, além de visitas domiciliares. A enfermeira envolve-se em atividades como: coordenação do trabalho dos agentes comunitários; distribuição de tarefas às auxiliares de enfermagem; organização de atividades de cunho educativo, como palestras na comunidade; coleta de exame citopatológico; e visitas domiciliares. As auxiliares de enfermagem alternam-se semanalmente entre o acompanhamento do médico ou das agentes em visitas domiciliares e atividades na unidade de saúde, tais como distribuição de senhas para consultas médicas e odontológicas, realização de curativos, dispensação de medicamentos, etc. Também se responsabilizam pelas reuniões semanais do grupo de hipertensos/diabéticos, em que realizam verificação da pressão arterial e teste de glicemia capilar, sendo pouco realizadas orientações coletivas (SCHIMITH, 2002).

A descrição que a autora faz de como está organizado o desenvolvimento do trabalho dessa equipe permite identificar que a articulação entre as ações é dificultada, pois o relato evidencia poucos momentos de atuação conjunta dos trabalhadores, a qual está ausente tanto na execução das atividades diárias quanto no seu planejamento.

Em congruência com essa realidade, o estudo de Gomes e Torres (2003) que buscou conhecer a opinião de famílias cadastradas no PSF sobre o atendimento em uma unidade de saúde de Natal revelou que as visitas domiciliares são realizadas predominantemente pelos agentes comunitários. Os demais integrantes da equipe, ou seja, médico, enfermeira e auxiliares de enfermagem, ficavam distantes do

atendimento domiciliar, o que contraria as diretrizes do Programa. Essa situação evidencia a falta de coesão entre os trabalhos na atenção à saúde daquelas famílias.

Em sua investigação, Schimith (2002) identificou que as auxiliares atuavam praticamente sozinhas para dar conta do desenvolvimento do grupo de hipertensos/diabéticos. Porém, cremos que a participação efetiva do médico, da enfermeira e dos agentes de saúde nessa atividade oportunizaria aos usuários o esclarecimento de dúvidas e o recebimento de orientações relevantes, de acordo com as necessidades manifestadas por eles. Além disso, seria um momento propício à integração de usuários e trabalhadores, e destes entre si.

O desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF enfrenta dificuldades, na medida em que envolve vários sujeitos, com formações distintas, que devem trabalhar de acordo com objetivos comuns. Provavelmente, o que diferencia esse tipo de equipe das demais equipes de saúde seja o grau de cooperação e complementaridade. As decisões devem ser tomadas a partir de discussões conjuntas, exigindo dos agentes envolvidos o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas (SANTANA, 2000).

Portanto, corroboramos as idéias de Almeida e Mishima (2001, p. 150) quando dizem:

Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre seus trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150).

Nessa perspectiva, destacamos o papel do profissional enfermeiro na construção coletiva do trabalho em saúde, pois ele se apresenta como agente articulador dos diversos trabalhos e possui potencial de integração com as diversas categorias profissionais. Almeida *et al.* (1997) constataram que, dentre as atividades

realizadas pelas enfermeiras na rede básica de saúde paulista, destacam-se aquelas que envolvem ações de coordenação, supervisão, controle e organização do trabalho, bem como de articulação, não somente das atividades de enfermagem, mas destas com os demais trabalhos.

Frente a isso, consideramos que as enfermeiras são membros da equipe capazes de estimular a interação dos trabalhadores e a conexão entre os diferentes trabalhos, visando à qualidade da assistência prestada aos indivíduos, família e comunidade, de maneira resolutiva e integral.

Diante das argumentações expostas e considerando a necessidade do trabalho integrado da equipe de saúde para o alcance dos objetivos do PSF, buscamos respostas para os seguintes questionamentos:

- a) qual a concepção das enfermeiras sobre a articulação entre as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais no cotidiano do seu trabalho no PSF?
- b) como consideram a interação dos membros da equipe?
- c) que dificuldades e facilidades estão presentes nessa situação de trabalho coletivo?
- d) essas dificuldades e facilidades interferem no resultado do trabalho, de que forma?
- e) as enfermeiras identificam necessidades de mudança dessa realidade?
- f) que estratégias elas sugerem para que ocorra essa mudança?

2.3 Objetivos

Com o intuito de responder às indagações formuladas, traçamos os seguintes objetivos para o desenvolvimento deste estudo:

2.3.1 Geral

O objetivo geral foi conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, no que se refere à articulação entre as ações realizadas pelos diferentes agentes e à interação destes no cotidiano do trabalho coletivo.

2.3.2 Específicos

Os objetivos específicos foram: identificar as dificuldades e facilidades encontradas pelas enfermeiras no que diz respeito à articulação entre o trabalho realizado pelos diferentes profissionais e à interação destes; verificar se as enfermeiras identificam necessidade de mudanças na realidade do seu trabalho em equipe.

A seguir, apresentamos a trajetória metodológica eleita para o alcance de tais objetivos.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

3.1 Caracterização do estudo

Esta dissertação teve como referencial teórico-metodológico a pesquisa qualitativa, pois, conforme Minayo (1997), essa abordagem permite o aprofundamento no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores, explorando uma realidade que não pode ser captada por meio de dados quantitativos.

Este estudo caracteriza-se como descritivo, considerando seu objetivo de promover a descrição e a exploração de aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 Sujeitos do estudo

Na ocasião da realização da coleta de dados, iniciada no mês de setembro de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2004) possuía 49 Unidades Básicas, onde atuavam 63 equipes de saúde da família, com a atuação de 70 enfermeiras. Em alguns desses serviços havia mais de uma enfermeira atuando. Destas, seis exerciam funções de supervisão, e uma, de coordenação do Programa, as quais realizavam atividades diferenciadas e não permaneciam constantemente na Unidade.

Portanto, 63 profissionais atuavam especificamente como enfermeiras em equipes de saúde da família. Neste estudo, o interesse recaiu sobre essas enfermeiras, pois se buscou conhecer aspectos do trabalho em equipe vivenciados na prática diária de atenção à saúde das famílias.

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras que compõem equipes atuantes em Unidades Básicas de Saúde com Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para participar do estudo, as enfermeiras deveriam ter experiências sobre o desenvolvimento do trabalho coletivo do PSF na prática cotidiana. Assim, para a seleção dos sujeitos considerou-se que as enfermeiras deveriam possuir, no mínimo, um ano de atuação na mesma equipe. Foi realizado um sorteio, utilizando-se uma tabela de números aleatórios, na qual cada enfermeira foi identificada por um número de 1 a 63. Foram sorteadas, num primeiro momento, 30 enfermeiras. Apenas duas destas não aceitaram participar do estudo; sendo, então, realizado novo sorteio para substituí-las.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, no período de 17 de setembro a 08 de novembro de 2004. A entrevista foi a técnica selecionada para a coleta dos dados porque, segundo Minayo (2000), possibilita a obtenção de informações por meio da fala individual, a qual é capaz de revelar sistemas de valores, símbolos e normas, transmitindo, por meio de um porta-voz, representações de determinados grupos. Assim, a entrevista possibilitou o

conhecimento da concepção das enfermeiras sobre o desenvolvimento do trabalho coletivo no PSF.

Para testar o Roteiro de Entrevista (Apêndice A) a ser utilizado foram realizadas duas entrevistas prévias e feitas as reformulações necessárias para o melhor entendimento das entrevistadas. Tal roteiro contém questionamentos referentes à concepção das enfermeiras sobre o trabalho em equipe.

A decisão sobre o local e o horário das entrevistas foi tomada a partir de combinação entre a pesquisadora e as enfermeiras. Estas, sem exceção, optaram por ser entrevistadas em seu local de trabalho, durante o horário de expediente. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa. O tempo de duração das entrevistas variou de 40 a 60 minutos. Foi utilizado gravador a fim de garantir a fidedignidade do registro das respostas. Posteriormente, as fitas gravadas foram transcritas na íntegra.

Foram entrevistadas 23 enfermeiras, levando-se em consideração o critério de saturação dos dados. Conforme Ghiglione e Matalon (1997, p.54), quando se trata de pesquisas qualitativas, “vinte entrevistas serão, em geral, mais do que suficientes; as seguintes apenas confirmarão o que tivermos obtido com a análise das primeiras”, pois “é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista” (GHIGLIONE; MATALON, 1997, p. 54).

Verificamos que as 23 entrevistas realizadas foram, de fato, suficientes; pois, nessa etapa, seus conteúdos começaram a repetir-se, caracterizando a saturação dos dados.

3.4 Considerações bioéticas

O projeto foi encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o objetivo de apresentar a proposta do estudo e obter aprovação para realizá-lo.

Aprovado o projeto, procedeu-se à entrada em campo. A pesquisadora fez contato prévio por telefone com as enfermeiras sorteadas para solicitar suas anuências ao estudo. A partir disso, agendou-se um encontro para a realização das entrevistas.

Anteriormente à realização da entrevista, os sujeitos do estudo foram informados sobre o propósito e os procedimentos deste, e esclarecidos de que poderiam recusar-se a participar e/ou desistir da pesquisa a qualquer momento que desejassem, sem que isso lhes acarretasse algum tipo de prejuízo.

Em seguida, as enfermeiras receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual garantiu o anonimato e o caráter confidencial das informações, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O referido Termo foi apresentado em duas vias, assinadas pela participante do estudo e pela pesquisadora, ficando uma cópia para cada uma. Para preservar o anonimato, as entrevistadas foram identificadas com um código.

Procedeu-se, então, às entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas. As fitas contendo as informações foram inutilizadas após a transcrição. Os formulários de transcrição serão guardados por cinco anos e após serão destruídos.

A pesquisadora comprometeu-se com os participantes em apresentar-lhes os resultados do estudo. Para tanto, será agendado um encontro com esta finalidade.

3.5 Método de análise dos dados

Para o tratamento dos dados nesta investigação, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática, proposta por Bardin (2004). *Tema* é definido como uma unidade de significação que se desprende de um texto, conforme os critérios teóricos que orientam a leitura. O tema agrega um feixe de relações e pode ser representado graficamente por uma palavra ou frase (MINAYO, 2000).

Esse tipo de análise busca identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. A presença ou freqüência de determinados termos possui significado analítico, sendo eficaz quando aplicada a discursos diretos e simples.

A análise temática constitui-se de três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, ocorrem a organização do material coletado e a sistematização das idéias iniciais. Nesse momento, recorre-se à leitura flutuante, ou seja, a primeira leitura realizada, buscando uma aproximação com o material coletado. Aos poucos, a leitura vai se tornando mais precisa, permitindo a identificação de idéias centrais e aspectos relevantes. Posteriormente, realiza-se a constituição do *corpus*, que se refere à organização do material de maneira a obedecer a alguns critérios de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência).

Na segunda etapa, procede-se à exploração do material, na qual ocorre a transformação dos dados brutos nos núcleos de compreensão do texto. Recorta-se o texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra ou uma frase. Após, os dados são classificados e agregados, estabelecendo-se categorias que comandarão as especificações dos temas.

A última etapa consiste no tratamento dos dados e na interpretação. Nessa fase, colocam-se em evidência as informações obtidas e busca-se realizar inferências, abrindo-se outras possibilidades em torno de dimensões teóricas. Finalmente, articula-se o material empírico com o referencial teórico, a fim de ultrapassar a simples descrição dos dados obtidos.

Neste estudo, inicialmente as entrevistas foram transcritas na íntegra e lidas para que fossem extraídos os elementos essenciais dos depoimentos das enfermeiras. Nesse momento, cada entrevista foi identificada com um código (ENF1, ENF2, ENF3, ENF4...), de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Posteriormente, classificamos os dados obtidos em três categorias temáticas: concepções das enfermeiras sobre o trabalho em equipe; articulação das ações dos profissionais no trabalho em equipe; e interação da equipe. Em cada categoria, foi possível encontrar aspectos geradores de facilidades e dificuldades.

Finalmente, a análise permitiu a confrontação das idéias trabalhadas na fase de classificação com os objetivos do estudo e a sua fundamentação teórica.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos a interpretação dos resultados a partir da análise dos dados obtidos nos depoimentos das enfermeiras. Esses dados foram articulados com a fundamentação teórica deste estudo. Foram construídas três categorias: concepções das enfermeiras sobre o trabalho em equipe; articulação das ações dos profissionais no trabalho em equipe; e interação da equipe.

Cabe salientar que essa separação serve apenas para fins didáticos e de apresentação, pois as idéias são interdependentes e indivisíveis, fazendo parte da dinâmica cotidiana do processo de trabalho em equipe.

4.1 Concepções das enfermeiras sobre o trabalho em equipe

Esta categoria refere-se à concepção das enfermeiras sobre o trabalho em equipe. A partir dos significados que essas profissionais atribuem aos vários aspectos da sua prática multiprofissional, torna-se possível visualizar limitações e potencialidades que, certamente, produzem impacto na realização do trabalho coletivo e na qualidade do atendimento prestado às comunidades.

Para as enfermeiras sujeitos deste estudo, trabalhar em equipe possui um significado de trabalho conjunto, no qual todos os profissionais envolvidos devem ter participação. Assim, comparam o desenvolvimento do trabalho em equipe com o funcionamento de uma engrenagem, ou seja, de uma corrente em que cada membro deve dar sua contribuição para o planejamento de ações de saúde, a fim de que se obtenha um resultado final satisfatório.

[...] o trabalho em equipe, ele depende de cada um: não funciona com uma ou duas pessoas. Eu acho que é uma engrenagem, todos têm que fazer parte [...] seria a união da equipe em função de alguma coisa, tentar fazer um planejamento, traçar uma meta, sentar, discutir. Acho que cada um tem sua importância dentro da equipe, e é fundamental isso, né. (ENF17)

Acho que trabalhar em equipe é fundamental [...] é tipo uma engrenagem: nós atendemos aqui, fazemos as visitas, o agente de saúde está na comunidade [...] é fundamental trabalhar a equipe bem agregada, sabe, bem afinada. (ENF2)

As enfermeiras destacam, ainda, a importância de a equipe estar integrada e voltada a um objetivo comum para que haja um bom andamento do trabalho; considerando que, se essa coesão estiver prejudicada, começa a haver entraves na realização das ações.

Trabalhar em equipe é tudo, é o principal eu acho. É como se fosse uma engrenagem de um motor: se uma peça não está funcionando, as outras vão sentir as consequências depois ou na mesma hora. [...] principalmente no PSF, se não tem essa unidade – todo mundo fala a mesma língua, todo mundo está em consonância – se não tiver isso aí, eu acho que a coisa não funciona. Aí vai começar a dar os problemas [...] (ENF22).

[...] é como uma engrenagem, se ela está bem lubrificada, ela vai, agora no momento que esse lubrificante começa a ressecar, já começa essa engrenagem a ter mais dificuldade para circular né, então é complicado. O trabalho em equipe eu vejo assim, como um processo dinâmico, interativo, todos têm que estar envolvidos [...] (ENF9).

A linguagem que as enfermeiras utilizam para definir o trabalho em equipe, caracterizando-o como um processo dinâmico e de cooperação entre as pessoas, denota uma idealização do seu significado. Considera-se tal concepção como idealizada em função das dificuldades que as entrevistadas encontram em colocar em prática, nas suas equipes, uma forma de trabalho na qual todos os membros contribuam para o alcance de metas compartilhadas.

Ao relacionarmos os conceitos de Peduzzi (1998; 2001) sobre os tipos de equipe com o significado que as enfermeiras atribuem ao trabalho em equipe, podemos verificar que as características de uma equipe integração manifestam-se de forma idealizada na sua concepção. As falas das entrevistadas apresentadas no

decorrer deste e dos próximos capítulos evidenciam que, na prática diária de trabalho, a atuação dos profissionais possui identificação com o modo de ser e fazer de uma equipe agrupamento, pois os trabalhadores exercem ações independentes dos demais, havendo poucos momentos de interação dos mesmos. Essa situação ocorre em função de inúmeras dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do trabalho no PSF.

Ressalta-se que a participação de todos os profissionais e a presença de um projeto de trabalho comum são condições indispensáveis para que haja um trabalho em equipe verdadeiramente integrado. Porém, conforme refere Peduzzi (1998; 2001) tais condições, por si só, não são suficientes: é necessário que os trabalhadores estejam dispostos a flexibilizar a divisão do trabalho, compartilhar conhecimentos, interagir no cotidiano, enfim, valorizar o caráter de complementaridade e interdependência dos diferentes trabalhos.

O PSF consiste em uma estratégia de assistência à saúde que visa ao desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que prestarão atendimento no serviço de saúde local e na comunidade. Assim, os profissionais irão trabalhar com base nos conhecimentos sobre a realidade de vida das famílias a serem atendidas. Portanto, para que as ações de saúde possam ser planejadas e implementadas com sucesso, os membros da equipe devem trabalhar em conjunto. Diante disso, as entrevistadas consideram que as particularidades do trabalho no PSF tornam necessária essa atuação conjunta dos diversos profissionais.

[...] eu acho que o trabalho, principalmente dentro de um PSF, em qualquer lugar, mas principalmente dentro de um PSF, que tem toda uma característica própria de vínculo com a comunidade, e é um elo [...] porque cada um de nós é um elo e a gente forma uma grande corrente, e a gente precisa de todos para fazer um bom trabalho [...]
(ENF8)

O depoimento anterior revela que as enfermeiras reconhecem a importância da contribuição de todos os membros da equipe na realização do trabalho e, principalmente, reconhecem as características particulares do PSF, no qual a atenção não está voltada somente para o indivíduo, mas também, e sobretudo, para sua família e o contexto em que se insere (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

As enfermeiras concebem que trabalhar em equipe é imprescindível, embora consista em uma das atividades mais difíceis do cotidiano de trabalho, pois os trabalhadores atuam em um cenário complexo, junto a famílias com inúmeras necessidades sociais e de saúde. Apontam, ainda, como uma das causas dessa dificuldade, o tipo de formação acadêmica que receberam, a qual foi mais direcionada para a realidade hospitalar, fornecendo poucos subsídios para a atuação no âmbito da coletividade.

Bom, trabalhar em equipe é uma situação necessária, no meu entendimento, porque trabalhar em posto de saúde, trabalhar com comunidades carentes é uma coisa muito difícil, é uma gama muito grande, muito complexa de dificuldades [...] e é uma coisa difícil, porque a nossa formação, ela não é voltada para essas questões de equipe, equipe multidisciplinar, equipe transdisciplinar; é uma coisa mais, assim, individual [...] pelo menos na minha formação, era uma coisa muito mais hospitalar, assim [...] (ENF9)

[...] trabalhar em equipe é uma coisa superimportante, mas é uma das coisas mais difíceis que existe, principalmente dentro de um PSF. Tu convive demais com todo mundo, o trabalho não é um trabalho individualizado [...] (ENF8)

Constata-se que o trabalho em equipe voltado para ações na área de saúde coletiva assume certas peculiaridades. Os profissionais devem considerar o contexto de vida dos usuários e, dessa forma, planejar conjuntamente intervenções capazes de melhorar a realidade das famílias sob sua responsabilidade. O objetivo do trabalho no PSF vai além da recuperação da saúde: envolve a sua promoção, bem como a prevenção de doenças e agravos.

Para Teixeira, Mishima e Pereira (2000), com o surgimento do PSF, os trabalhadores não permanecem mais no interior das instituições, distantes da realidade vivida pelos usuários; ao contrário, ficam expostos e devem enfrentar difíceis situações, tais como as condições de vida indignas, o desemprego, a miséria, dentre outros tipos de carências da comunidade. Os trabalhadores referem que é difícil lidar com tais situações; há desgaste e sofrimento, além de um sentimento de impotência frente às limitações que o setor saúde possui para intervir na realidade.

Um fator que dificulta a atuação dos profissionais no PSF é a formação acadêmica dos mesmos, na qual ainda predominam conteúdos voltados para o cuidado de enfermidades individuais (ANTUNES; EGRY, 2001).

Santos *et al.* (2000) afirmam que, no ano de 1998, o Ministério da Saúde solicitou a inclusão da proposta e dos princípios do PSF nos cursos de graduação das Universidades, com o intuito de sensibilizar essas instituições para a capacitação dos profissionais nessa área de atuação.

No ano de 1999, foi evidenciada a necessidade de haver cursos de pós-graduação multiprofissional em Saúde da Família, sendo que em 2001 eles iniciaram em diversas regiões do país. Dentre os aspectos trabalhados nesses cursos encontra-se o desenvolvimento de ações que proporcionem a abordagem e o trabalho interdisciplinar dos problemas de saúde, havendo respeito às particularidades de cada área participante (BRASIL, 2002).

As entrevistadas referem, ainda, que o trabalho no PSF diferencia-se daquele realizado no hospital. No PSF, as relações entre os trabalhadores são mais horizontais, ou seja, há menos hierarquia. As decisões são tomadas em conjunto, e a contribuição de cada membro da equipe é valorizada desde o planejamento até a execução das atividades.

Eu aprendi a ver equipe de um jeito bem diferente que se via no hospital nos outros empregos, que era mais supremacia do médico [...] tu seguindo as prescrições, fazendo supervisão dos auxiliares, dos técnicos. Aqui eu tive uma outra maneira mais horizontal, não tão vertical, da gente trabalhar mais em conjunto [...] toda a equipe discute junto: há um problema, vai se buscar desde o agente que tem uma ligação forte com a população, mostrar o caso; e a gente, em conjunto com auxiliar, médico, todo mundo, ver a melhor maneira de tratar o caso – uma coisa bem unida, bem horizontal, bem diferenciado. (ENF4)

As enfermeiras consideram que, no trabalho em equipe, cada profissional de saúde deve atuar com seus conhecimentos específicos e, com sua competência particular, contribuir na busca de soluções para os problemas de saúde dos usuários. Ressaltam, ainda, a importância das discussões e trocas de idéias entre a equipe para a tomada de decisões conjuntas, e que todos os profissionais devem sentir-se responsáveis pelos problemas que surgem.

[...] todas as pessoas da equipe, cada um com seu conhecimento, com seu saber, procure trabalhar junto, interagindo para tentar resolver o problema das pessoas que vem aqui [...] a pessoa vem aqui com um problema; cada pessoa dentro da equipe tem o seu saber, o seu pouquinho de contribuição que vai dar para resolver aquele problema. É a gente se organizar junto, planejar junto as ações que a gente vai fazer [...] independente de eu ser agente, de eu ser médica, de eu ser a coordenadora da equipe, de eu ser auxiliar, todo mundo nas reuniões de equipe tem a sua voz ativa, sem essa hierarquização que tem, né: acho que cada um contribui do seu jeito [...] é trabalhando todo mundo junto, sem divisão, assim – claro, cada um dentro do seu campo de competência, né – mas sem a coisa ser dividida: esse pedacinho sou eu que faço, aquele é o outro. Acho que tem que trabalhar tudo junto assim. (ENF11)

Trabalhar em equipe é trabalhar em conjunto, discutir as coisas; é não conseguir trabalhar sem discutir as ações, sem dividir. Aqui tu não pode tomar essa decisão sozinho, não tem como tu tomar. Mas claro, cada um dentro do seu nível de competência toma suas atitudes; mas eu digo assim, em relação à comunidade, em ações que a gente vai tomar, é extremamente importante. (ENF6)

Nessas falas, as enfermeiras expressam a importância dos saberes específicos de cada profissional na composição de uma prática conjunta, considerando que o êxito do trabalho depende de cada um deles.

Conforme Peduzzi (1998; 2001), no trabalho em equipe, não se deve desconsiderar as diferenças técnicas das diversas profissões, pois elas possibilitam

a melhoria dos serviços prestados, visto que a especialidade proporciona maior conhecimento sobre determinada área e, conseqüentemente, melhor desempenho técnico. Porém, é necessário que haja flexibilidade na divisão do trabalho, ou seja, os profissionais devem realizar ações específicas de sua área de atuação, mas também executar atividades comuns, provenientes da integração dos diversos saberes, tais como formação de grupos educativos, acolhimento, dentre outras.

Tais ações referem-se ao campo de competência e responsabilidade, definido por Campos (1997); e à dimensão cuidadora, conforme Merhy (2002). Portanto, compreendemos que o envolvimento dos profissionais em atividades dessas naturezas pode estimular o estabelecimento de relações mais próximas entre eles e o compartilhamento de saberes e experiências, possibilitando a interação dos trabalhadores e a articulação das suas ações no trabalho em equipe. Isso ocorre porque o profissional não fica aprisionado em seu núcleo de conhecimentos específicos, podendo expandir suas fronteiras na realização de atividades comuns às diversas profissões e, a partir disso, vislumbrar possibilidades diversas antes desconhecidas por ele.

As enfermeiras demonstram ter clareza de que, independentemente de cada membro da equipe ter sua função específica e realizar partes do trabalho como um todo, há inúmeras questões que são de responsabilidade de todos e exigem trocas de conhecimentos, idéias e informações entre a equipe. Essa necessidade ocorre porque a estratégia saúde da família está pautada no princípio da integralidade, o qual considera a realidade e o contexto de vida da população adscrita a sua área de atuação.

Muitas vezes, as enfermeiras reconhecem que um profissional, sozinho, não seria capaz de realizar um bom trabalho, ou seja, atender a necessidades de saúde tão variadas e complexas. Isso nos leva a pensar que, provavelmente, elas possuem

um potencial de equipe e são capazes de estar abertas para discutir condutas, rever seus pontos de vista e trabalhar em conjunto, respeitando seus colegas e valorizando a contribuição de cada um deles no resultado final das ações de saúde.

O perfil exigido para um profissional atuar no PSF, inclui, além de comprometimento, excelência técnica e resolutividade, a capacidade do profissional para compreender e atuar sobre a dinâmica familiar, por meio do trabalho em equipe, com respeito e integração entre os diferentes saberes (BRASIL, 2002).

No nosso entendimento, todos os profissionais devem ter capacidade e disponibilidade para estabelecer interfaces entre os diferentes saberes, visando à resolutividade para as difíceis situações de vida e saúde das pessoas.

No desenvolvimento do trabalho em equipe, as enfermeiras referem que encontram facilidades, especialmente quando os profissionais demonstram motivação para o trabalho e sentem-se comprometidos com o mesmo.

[...] Uma boa parte da equipe tem comprometimento com o trabalho, tem um interesse e uma preocupação de fazer um trabalho adequado. Então, enquanto tiver isso, essa preocupação com o resultado do trabalho, esse diferencial da equipe, a coisa vai. (ENF15)

[...] tem pessoas muito boas aqui, querem fazer um trabalho muito bom aqui dentro, sabe; e isso é bom, eu acho que isso é uma grande facilidade, uma grande abertura. Essas pessoas, tu pode contar com essas pessoas. (ENF8)

Podemos verificar que as facilidades mencionadas apontam para fatores subjetivos como comprometimento e confiança na equipe. Salientamos, portanto, a influência dos mesmos no desenvolvimento e no resultado do trabalho, já que são inerentes aos seres humanos e, portanto, devem ser considerados e trabalhados no interior das equipes.

Nesse sentido, as enfermeiras reconhecem que quem está motivado e contente com seu trabalho produz mais e melhor, podendo propiciar uma assistência de maior resolutividade e qualidade para os usuários do serviço.

Com certeza, tanto as facilidades quanto as dificuldades interferem no resultado, na relação, no tu te sentir à vontade; porque todo mundo que está bem, que se sente bem, produz muito mais, trabalha muito melhor. E todas essas dificuldades [...] tu como ser humano, como profissional, acaba te minando, né; e com certeza obstrui, dificulta, atrapalha o teu trabalho. (ENF8)

[...] o usuário vê o resultado final. Vê ele chegando aqui, sendo bem atendido, atendimento ágil, com resolutividade; ele sai daqui, vai na farmácia, vê que tem alguém na farmácia que vai dispensar o medicamento para ele; ele chega em casa, vê que o agente de saúde vai na casa dele: enfim, é uma cadeia de coisas. Eu acho que se não tivesse esse trabalho em equipe, essa união, esse planejamento do trabalho, de ser constantemente avaliado, algum elo dessa cadeia ia balançar, ia ficar pendente; e aí o usuário sente. (ENF22)

No tocante às dificuldades em trabalhar em equipe, as entrevistadas ressaltam que as relações de trabalho são mais difíceis com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Atribuem essas dificuldades principalmente à falta de capacitação dessa categoria profissional. Para exercer tal função, é necessário ser morador da comunidade na qual irá atuar, ter o ensino fundamental completo e haver concluído o curso de qualificação básica para formação de ACS. Diante disso, referem que os agentes têm dificuldades de entendimento, não compreendendo algumas questões e, muitas vezes, adotando uma postura de usuário.

Uma concepção apresentada de forma enfática foi a de que os agentes comunitários de saúde devem ter escolaridade mais avançada, no mínimo ensino médio completo, para atuar na comunidade. As enfermeiras acreditam que isso facilitaria o trabalho de toda a equipe, uma vez que os agentes seriam mais bem preparados e teriam maior facilidade de compreensão.

[...] essa parte da construção eles parece que têm uma resistência para fazer, eles querem as coisas prontas, como o usuário quer, né [...] tu pega um indivíduo da comunidade com primeiro grau completo e tu espera que ele seja capaz de fazer uma porção de coisas, e na real não é assim: ele não tem vivência para isso, nem tem qualificação para isso. Eu questiono a coisa da escolaridade, eu acho que tem que ser segundo grau, até porque ele já vem com uma bagagem melhor, ele tem um entendimento melhor das coisas, e eu acho que facilitaria o trabalho, né. Tinha que investir mais no preparo e na formação do agente. Para mim isso é o grande complicador do trabalho em equipe [...] (ENF1)

As enfermeiras relacionam as dificuldades no desenvolvimento do trabalho em equipe à falta de capacitação e preparo dos agentes comunitários, em função da baixa escolaridade. Frente a isso, entendemos que pode estar havendo problemas na atribuição de papéis, ou seja, as enfermeiras têm expectativas quanto ao trabalho do agente que não estão de acordo com o que esse profissional pode oferecer. Destaca-se que os agentes detêm um saber popular, próximo da realidade dos usuários, o qual deve ser considerado e valorizado, tendo em vista que contribui, significativamente, para tornar o atendimento prestado pela equipe condizente com as carências da comunidade.

Nesse sentido, Nunes *et al.* (2002) destacam que as atribuições dos agentes comunitários de saúde possuem um caráter bi-direcional, ou seja, de um lado suas ações estão voltadas para a informação, acompanhamento e orientação das comunidades e, de outro lado, buscam fornecer elementos importantes aos profissionais da equipe, para que os mesmos possam compreender melhor as necessidades e os problemas de saúde da população.

Para Tomaz (2002), atualmente, é necessário que os agentes comunitários tenham um grau de escolaridade mais elevado, pois suas atribuições ampliaram-se para além do foco materno-infantil: estenderam-se para a família e a comunidade. Isso exige desses profissionais o desenvolvimento de novas competências nos âmbitos social e político, para contemplar a complexidade e a abrangência de seu trabalho.

Nas equipes em que os agentes comunitários possuem escolaridade mais avançada, foram evidenciadas facilidades na realização do trabalho em equipe, pois alguns deles inclusive possuem formação na área da saúde, o que lhes fornece subsídios para compreender melhor as necessidades de saúde das comunidades

atendidas. As enfermeiras verificam que, nesses casos, os agentes transmitem as informações com mais clareza, embasamento e precisão; além disso, há facilidades também na comunicação com os demais membros da equipe.

[...] olha, a equipe é muito boa, inclusive as agentes de saúde daqui, duas delas fazem técnico de enfermagem, uma já está formada. Então são pessoas que se destacam pelo conhecimento delas, então faz uma diferença, são bem informadas, com técnico de enfermagem, como eu te falei de duas que quando vão fazer as visitas faz um diferencial; e até as informações que elas me trazem são precisas, são mais embasadas, né. (ENF2)

[...] eu tenho um agente aí, inclusive, que ele conseguiu terminar o segundo grau, e ele consegue compreender mais rápido que os outros, ele tem mais facilidade de entendimento. (ENF7)

Tomaz (2002) afirma que o processo de qualificação dos agentes é inadequado e desestruturado, pois se caracteriza por pequenos treinamentos, fornecidos sem uma seqüência lógica e fora do contexto. Esse tipo de capacitação, na maior parte dos casos, não propicia o desenvolvimento de competências necessárias para que os agentes desempenhem seu papel de maneira adequada. Diante disso, o autor enfatiza a necessidade de haver formas mais organizadas e abrangentes de capacitação dos agentes, por meio de ações educativas críticas e reflexivas voltadas ao desenvolvimento de diversas competências necessárias, dentre as quais se destaca a capacidade de trabalhar em equipe, que deve fazer parte também da formação dos demais profissionais de saúde envolvidos.

Após sua implantação, o PSF se expandiu de forma muito rápida, determinando uma grande demanda de equipes para qualificação. Atualmente, existem no País aproximadamente 16 mil equipes e 172 mil Agentes Comunitários de Saúde, sendo que a oferta de capacitações não consegue acompanhar essa demanda (BRASIL, 2002).

Outra dificuldade apontada reside nos fatos de o agente de saúde ser um morador da comunidade onde trabalha e fazer parte da mesma realidade e cultura dos usuários.

[...] é uma das dificuldades, até tem mais de uma dificuldade. Quer dizer, ele (agente de saúde) ser morador da comunidade e viver como essa comunidade vive, com todos os problemas que ela tem. A questão da falta de entendimento do agente também pela própria formação deles. (ENF7).

Uma das entrevistadas considera que os agentes deveriam ser moradores de outra comunidade, próxima àquela na qual irão trabalhar, pois, dessa forma, seria menos provável que fossem importunados fora de seu horário de trabalho, além de que teriam problemas “distintos” daqueles dos usuários.

[...] uma das coisas que eu reivindico, assim, e falo para a gerência, o agente comunitário, se ele pudesse trabalhar aqui mas pertencer a outra comunidade. Ele é morador daqui; então ele também tem os problemas daqui, tem a cultura daqui: ele muitas vezes sofre com isso. Vão procurar eles no final de semana, porque eles representam o Posto, então eu acho que isso é um entrave até para o crescimento do próprio PSF. Se pudesse ser de uma outra comunidade – claro, próxima, mas não daqui – acho que melhoraria bastante, até o relacionamento, assim. (ENF13)

Segundo Nunes *et al.* (2002), os fatos de o agente comunitário residir do bairro onde atua e compartilhar com a comunidade a mesma realidade sociocultural aumentam a eficácia das ações de educação em saúde. Isso ocorre porque há uma maior facilidade na identificação dos fatores interferentes no processo de saúde-doença da comunidade, bem como de abordagens mais eficazes para a adesão dos usuários às recomendações médicas.

Nesse sentido, Ferraz e Aertz (2004) referem que os agentes são considerados, pelos usuários, pessoas que buscam proteger a saúde da população, e não fiscalizadores dos serviços de saúde. Isso provavelmente ocorre porque a comunidade reconhece o agente comunitário não somente como um dos integrantes da equipe de saúde, mas também, e sobretudo, como uma pessoa que faz parte da comunidade, utiliza a mesma linguagem e participa da vida das famílias atendidas.

Entendemos que a concepção de que os agentes comunitários deveriam ficar distantes dos problemas de sua comunidade contraria o objetivo principal da sua

função, qual seja: ter proximidade e conhecimento das necessidades de saúde dos usuários.

Alguns depoimentos tornam visível a necessidade que as enfermeiras encontram de orientar e supervisionar as atividades das agentes de saúde no dia-a-dia do trabalho, tendo em vista as limitações que estas apresentam para a realização de suas ações junto à comunidade.

Com as agentes, às vezes a gente tem um pouco de dificuldade em função da maneira como elas vêem o trabalho, um pouco diferente do que a gente vê, né. Eu acho que eles entram um pouco sem preparo. Então até, às vezes, questões básicas tu tem que estar toda hora insistindo e colocando até fazer eles entenderem. [...] Até, assim, aqueles mitos que a comunidade tem, elas acabam tendo também. Então tu tem que desmistificar. [...] tem que estar capacitando sempre, sempre, sempre para tentar melhorar. (ENF12)

[...] no mínimo, o agente de saúde deveria ter segundo grau. Os problemas que eu tenho são o pessoal com menor escolaridade: tem pessoas que têm dificuldade de assinar sua folha ponto todos os meses, então como é que está fazendo a visita? Como é que está orientando? Aí tu tem que explicar, tem que falar, no outro mês de novo: estar sempre explicando [...] (ENF16)

Ficou evidente que as enfermeiras encontram dificuldades em trabalhar com os agentes comunitários, as quais são atribuídas à falta de capacitação destes para o trabalho.

A alta rotatividade de profissionais também foi mencionada como causa de dificuldade. A constante troca de profissionais é uma realidade nas equipes de saúde da família em Porto Alegre.

[...] a equipe técnica mudou quase toda: então eu já entrei no lugar de uma enfermeira; a enfermeira que iniciou o trabalho saiu tem uns dois meses, entrou enfermeira nova; o médico já mudou mais seis vezes; auxiliar já trocaram todas [...] (ENF1)

[...] eu já trabalhei aqui com várias equipes: enfermeiras já foram três que passaram; médicos já foram sete; agentes de saúde trocou, auxiliar trocou. Assim, muita gente, né, com características diferentes [...] (ENF16)

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Moura, Rodrigues e Silva (2003), evidenciando que metade das enfermeiras que atuam no

PSF de uma microrregião do Ceará tinha pouco tempo de trabalho na equipe, devido à intensa migração dessas profissionais. Os autores entendem que a intensa rotatividade representa uma ruptura no vínculo entre os profissionais e a comunidade, comprometendo a continuidade e a qualidade do trabalho.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde foi evidenciado que 70% dos médicos e enfermeiros que atuavam em equipes de saúde da família estavam trabalhando nelas há menos de um ano, o que aponta para as constantes mudanças desses profissionais de uma equipe para outra (BRASIL, 2002).

As enfermeiras afirmam que a troca de profissionais desestabiliza a equipe, pois cada componente que sai deixa um “vazio”, da mesma forma que cada novo membro interfere na organização e na dinâmica da própria equipe, nas relações entre as pessoas e no desenvolvimento das atividades, necessitando, portanto, de um período de adaptação. Essa instabilidade sofrida de forma repetida acaba gerando estresse nos trabalhadores.

[...] o médico sai para fazer uma pós, isso tudo é barra. Cada profissional que sai é um estresse, porque a gente está acostumado, criou um vínculo; cada profissional que entra é aquela coisa até a pessoa se adaptar, a gente se adaptar à pessoa também, né. (ENF3)

[...] sucederam-se muitas saídas, muita troca de funcionários. Toda vez que um sai, tu modifica a tua equipe, e aí essa conexão fica prejudicada. E aí quando chega o outro para substituir, prejudica de novo, porque é um novo membro dentro da equipe e que transforma essa equipe de alguma maneira: as pessoas têm que se conhecer de novo para ter aquela confiança de equipe. Quando um sai, é uma perda para a equipe, a equipe se enluta, e aí tu perde um pouco essa conexão. (ENF7)

As falas anteriores expressam a interferência que as constantes idas e vindas de profissionais provocam na integração da equipe, que deve adaptar-se ao novo membro e buscar estabelecer uma nova relação de confiança.

Nesse contexto, consideramos que as contínuas trocas de profissionais geram problemas tanto para a equipe de saúde como para os usuários do serviço. O

vínculo com a comunidade fica prejudicado, fazendo com que o usuário, muitas vezes, perca o seu profissional de referência dentro da Unidade. Além disso, o pouco tempo de permanência não permite que o trabalhador estabeleça um elo de responsabilização pelos problemas da comunidade.

As razões para a rotatividade de profissionais nas equipes do PSF podem estar relacionadas a fatores como baixos salários, busca de aprimoramento profissional, insatisfações com as condições de trabalho e interferências políticas (BRASIL, 2002).

Houve questionamento por parte de uma entrevistada sobre o futuro do Programa, em relação ao que se espera de um programa que não garante estabilidade aos seus profissionais.

[...] Desde que eu vim para cá, vai fazer três anos, eu estou com a terceira médica; então isso para mim é uma dificuldade [...] anterior a mim também passaram várias enfermeiras, então não é só a questão médica. Teria que ser revisto a questão do PSF em Porto Alegre: o que eles esperam, qual é a preocupação política, qual é o futuro. O que eles esperam? (ENF15)

Entendemos que essa questão deve ser discutida com os responsáveis pela gestão municipal, buscando conhecer as expectativas da Secretaria Municipal de Saúde em relação ao andamento do PSF em Porto Alegre para que seja possível buscar as melhorias necessárias na execução do trabalho.

A falta de pessoal também é apontada como um fator que dificulta o trabalho da equipe, tendo em vista que a demanda de atendimentos é grande, e o número de profissionais, reduzido. Esse fato acaba provocando a insatisfação dos usuários, os quais reclamam a presença de novos profissionais, exercendo uma cobrança que gera ansiedade na equipe e, além de tudo, sobrecarga de trabalho.

[...] nós ficamos pela metade porque nós estamos com uma equipe só: se tu fores olhar médico e enfermeiro, só tem uma médica e uma enfermeira; então a gente está pela metade a equipe técnica. Isso prejudica bastante, na medida que aumenta os atendimentos e diminui os profissionais [...] (ENF11)

[...] eu não tenho médico: o que eu vou fazer, né? [...] isso gera estresse na equipe, tu entendeu? [...] Porque a população cobra muito; e, como isso já aconteceu o ano passado conosco e está-se repetindo agora, eles [usuários] ficam muito estressados para ter a figura do médico, sabe. (ENF18)

Encontramos resultados similares no estudo de Shimizu *et al.* (2004) o qual buscou conhecer a prática de auxiliares de enfermagem no PSF. As auxiliares mencionaram que se deparam com a problemática da falta de recursos humanos, e que há várias equipes incompletas, o que acarreta dificuldades para os seus membros devido à pressão exercida pela população.

Entendemos que essas reivindicações da população evidenciam a prática do controle social, sendo um aspecto positivo, pois demonstra a capacidade da comunidade para ir em busca de seus direitos.

Com a falta de profissionais, até mesmo as atividades de prevenção e promoção da saúde, como, por exemplo, os grupos educativos, ficam comprometidas, conforme podemos observar na fala a seguir.

[...] Grupo a gente fazia, paramos; agora com essas dificuldades, e além de faltar o médico, está me faltando um agente comunitário que ficou doente [...] (ENF18)

A partir da análise das atividades desenvolvidas pelas auxiliares no PSF, Shimizu *et al.* (2004) constataram que estas exercem basicamente ações voltadas ao nível individual. Diante disso, as autoras afirmam que as Unidades do PSF privilegiam o atendimento à demanda espontânea, por meio de consulta médica ou de enfermagem, visando ao controle de doenças individuais e negligenciando ações de prevenção e promoção da saúde. Salientam, ainda, que, dessa forma, o PSF segue a lógica do modelo clínico de atenção à saúde.

Reafirmamos as idéias das autoras, pois, no nosso entendimento, essa dificuldade da equipe em realizar ações educativas contribui para a manutenção do modelo assistencial curativista no nível da atenção básica de saúde. As intervenções de cunho clínico são necessárias e importantes, porém representam apenas uma

parcela do trabalho na saúde da família, tendo em vista que o foco principal dessa estratégia consiste na realização de atividades preventivas e promotoras da saúde. Sendo assim, é urgente que sejam revisadas as finalidades do trabalho na estratégia em estudo, para que, efetivamente, ela seja capaz de mudar o modelo assistencial vigente.

Os dois fatores apontados anteriormente – alta rotatividade de profissionais e falta de pessoal – além de interferirem significativamente na organização e na dinâmica do trabalho nas Unidades, contrariam alguns pressupostos da estratégia saúde da família, pois prejudicam o estabelecimento de vínculo e responsabilização dos profissionais com a comunidade, bem como o desenvolvimento do trabalho em equipe.

As condições de trabalho inadequadas representam também grandes dificuldades para a equipe, especialmente no tocante à área física das Unidades. Grande parte das entrevistadas relata que as Unidades possuem uma área física inadequada, sendo algumas vezes instaladas em antigos centros comunitários, com falta de salas para atendimento. Os profissionais não possuem locais apropriados para realizar os atendimentos, os usuários ficam desacomodados, a organização do trabalho prejudicada, e a falta de materiais obriga os trabalhadores a recorrerem a recursos próprios para adquiri-los.

O nosso pecado aqui é muito de área física; no nosso Posto pesa demais isso, porque tu vê que as pessoas às vezes chegam e não tem onde se acomodar [...] se a gente tivesse uma área física adequada, facilitaria para nós. (ENF2)

[...] a gente trabalha em ambiente totalmente insalubre; a gente tem muito pouco recurso, banheiros inadequados, cozinhas inadequadas; a gente não tem refeitório, não tem coisas limpas; a gente tem que tirar muitas vezes dinheiro do bolso, na maioria das vezes para comprar, para ter as coisas, e isso não é visto. (ENF8)

Nesse sentido, Shimizu *et al.* (2004) identificaram junto às auxiliares de enfermagem que as condições de trabalho no PSF devem ser melhoradas,

principalmente no tocante à infra-estrutura física e aos recursos materiais. A pesquisa de Mattos e Caccia-Bava (2004) realizada com coordenadores de equipes do PSF no município de Araraquara também apontou dados semelhantes, pois estas profissionais referiram que existem grandes dificuldades relativas à estrutura deficiente das Unidades, tais como espaço inadequado, ambiente desconfortável e escassez de materiais.

Dentre os fatores que dificultam a organização do processo de trabalho no PSF encontra-se a falta ou deficiência de infra-estrutura necessária para o planejamento e a execução de ações de saúde efetivas (ANTUNES; EGRY, 2001).

Muitas vezes, as limitações que a área física impõe à equipe interferem na motivação dos trabalhadores para a realização do trabalho.

O que dificulta muito é o espaço físico. Isso é porque o Posto está inserido num local muito abafado, não sei se tu percebe, não dá para abrir uma janela, tu não tem uma vida lá fora. Isso para mim é bem complicado. Então aqui eu me sinto mal mesmo, eu não consigo ficar muito tempo aqui dentro. [...] uma reforma, uma ampliação no Posto, daria um gosto a mais, um gás a mais para ti arrumar, para ter o prazer de arrumar, de ver as coisas arrumadas [...] (ENF15)

Outro fator negativo é a falta de privacidade para orientar os usuários, já que a área não possui um local apropriado para tal atividade.

Largam a gente nesses Postos que “Deus o livre”, que possuem condições péssimas de tu trabalhar. Pegam uma estrutura dessas e fazem acomodações: então colocam divisórias que não têm acústica; então o que nós estamos falando o pessoal está ouvindo [...] Não sei se é realizado por uma pessoa que não é da área, que não pensa nessa questão, né, que o pessoal vai passar o dia aqui dentro nesse lugar horrível [...] (ENF15)

Em seu estudo, Schimith (2002) evidenciou a insatisfação de uma equipe do PSF com as condições de trabalho. Havia um descontentamento diante do sofrimento do usuário causado pela falta de suporte da Secretaria Municipal de Saúde, a qual não fornecia estrutura material adequada para a realização do trabalho.

O depoimento a seguir retrata a falta de salas para atendimento, chegando ao cúmulo de o serviço ser organizado em função da área física e não da demanda de usuários.

Uma outra coisa que eu acho que deveria ser repensada na estrutura de atendimento é a estrutura física. Porque, assim, se tu for ver o meu PSF tem duas equipes, mas eu só tenho uma sala de atendimento para enfermeiro; então se eu estou na sala a minha colega não pode estar: ela tem que estar fazendo uma outra atividade. Eu tenho que desenvolver as agendas de acordo com as salas e não com a necessidade da população. Então eu acho que a construção dos prédios de PSF também é superimportante, porque isso dificulta. [...] Então tu fica fazendo consulta no corredor; ou tu vai ter que fazer a VD naquele momento que não seria o necessário, que tu precisaria estar fazendo outra coisa, mas tu vai ter que ir, porque não tem sala para ficar aqui. Então isso é uma coisa que também deveria ser repensada dentro das equipes (ENF23).

Constatamos que as equipes multiprofissionais de saúde, no âmbito da estratégia saúde da família, necessitam de melhores condições e locais de trabalho adequados para exercer suas atividades de maneira prazerosa e menos desgastante, pois, certamente, essa situação interfere na assistência prestada aos usuários.

Magalhães *et al.* (2005) realizaram uma pesquisa acerca da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família do Estado da Paraíba. Esse estudo evidenciou a presença de fatores de risco naquele ambiente de trabalho, e que estes geram um processo de desgaste nos profissionais e, assim, comprometem a qualidade do trabalho junto à comunidade.

Diante dessa realidade, os autores sugerem algumas alternativas capazes de modificá-la, dentre elas: melhorias nas condições e na organização do trabalho; maior entrosamento da equipe; reivindicações da comunidade junto às autoridades competentes; e ampliação do quadro de recursos humanos.

As condições de trabalho dos profissionais precisam ser vistas com seriedade e repensadas por todas as pessoas envolvidas com a estratégia, sejam elas

profissionais, usuários ou gestores.

As equipes de saúde da família, por si só, não serão capazes de provocar mudanças no modelo assistencial, por mais comprometimento social e preparo técnico-científico que possuam: são necessários mudanças estruturais; investimentos de instâncias políticas e gerenciais públicas também no âmbito da economia, da assistência social, da educação, dentre outras; assim como a contribuição de outras ciências como Biologia, Sociologia, Geografia, formando um “único referencial político-estratégico-ideológico: o da saúde coletiva” (ANTUNES; EGRY, 2001, p. 99).

Outra realidade difícil vivida pelas entrevistadas é a violência no local de trabalho. As unidades básicas de saúde, muitas vezes, estão localizadas em áreas de grande miséria, marginalidade, drogadição, dentre inúmeros outros problemas sociais e de saúde. Diante disso, as enfermeiras evidenciam que a violência é uma das causas da alta rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família, já que o medo faz com que os trabalhadores desistam de permanecer em determinadas comunidades e peçam transferência para outras regiões da cidade.

Ocorreu o fato da equipe sofrer um assalto, e pedi transferência por motivo de assalto, porque a gente ficou muito visado: um dos componentes da equipe denunciou o assaltante, então fica visado, né, aí todos pediram transferência [...] (ENF4)

[...] houve um assalto à mão armada, fizeram reféns dentro de uma sala e levaram as coisas dos pacientes, relógio, celular, dos funcionários. [...] Acabou ficando o Posto uma semana fechado: ninguém queria voltar para o Posto enquanto não tivesse segurança. E acabou não tendo mesmo a segurança, porque PSF não tem guarda. [...] O Fulano [médico], que estava de férias, resolveu pedir transferência do Posto; aí depois disso saíram dois auxiliares [...] e depois veio outra médica, também saiu. Então tiveram várias dessas saídas assim, e a equipe parece que ficou meio perturbada com tudo isso. (ENF7)

Além disso, existem Unidades que já possuem uma imagem negativa perante a população, e isso faz com que os profissionais não queiram atuar nesses locais.

[...] acho que as pessoas [profissionais] já têm uma visão ruim do [bairro] e não querem vir para cá. [...] Em função da violência, da questão das drogas, de assaltos [...] (ENF10)

O problema da violência abala a equipe, que trabalha sempre em um clima de ameaça. A situação agrava-se pelo fato de não ser permitido segurança permanente nas equipes, ficando os profissionais inseguros para realizar suas atividades. A segurança é acionada somente em casos de maior gravidade.

[...] Um dos problemas que a gente mais enfrenta aqui que abala muito a equipe é a questão da violência. A gente está com guarda provisório [...] Já entrou pessoa armada aqui, já ameaçaram, qualquer coisa eles dizem que vão nos matar, e alguns são bandidos mesmo; e a gente sabe que fazem. E isso desestabiliza a equipe, né. [...] Esses são os dois pontos difíceis do PSF: o trabalho em equipe e o trabalho com a comunidade devido à questão da violência [...] (ENF16)

O que é mais difícil é conseguir colocar as pessoas para cima, motivá-las, quando tem a questão da violência e elas se sentem desprotegidas, com medo de vim trabalhar. [...] As necessidades humanas básicas, segurança é uma delas: se tu não tem segurança, quem é que vai dedicar toda sua vida, estudar e acreditar, e saber que talvez não vai voltar para casa? Essa é a maior dificuldade, a questão da violência. (ENF16)

Essa situação deve ser encarada como um resultado de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que fazem parte de problemas macroestruturais presentes no atual contexto da sociedade brasileira.

As entrevistadas mencionaram algumas dificuldades enfrentadas na realização do trabalho em equipe, as quais foram apresentadas anteriormente. Quando questionadas se tais dificuldades interferem no resultado do trabalho, as enfermeiras relataram que sim, justificando que o vínculo com os usuários fica prejudicado, já que, de uma forma ou de outra, eles percebem que algo não está bem na equipe. A organização, o desenvolvimento e os resultados do trabalho também sofrem grande influência dos problemas da equipe.

Eu acho que a equipe que vai mal perde em muitas coisas: perde na construção do vínculo com a comunidade; porque o usuário percebe – ele não é bobo – percebe o lugar que está tenso, que as coisas não andam, que as pessoas não se entendem; numa abordagem inicial perde com a coisa do vínculo. Perde em organização do

próprio trabalho: a equipe que não anda bem fica difícil de articular e de combinar coisas. Perde em velocidade que a gente vai ter o resultado dessas ações: se está todo mundo “ajeitadinho”, a coisa está funcionando, o impacto das ações vai ser mais imediato e vai ser maior. Eu acho que perde em tudo, porque para mim a essência do trabalho na saúde da família é a equipe. (ENF1)

Os depoimentos das enfermeiras permitem-nos inferir que elas reconhecem o trabalho em equipe como uma prática coletiva fundamental para o bom funcionamento do PSF, na qual os profissionais devem atuar em conjunto, de acordo com objetivos comuns. Destacam a importância da competência particular de cada trabalhador e a necessidade de integração na equipe para que haja um bom andamento do trabalho.

Diante disso, constatamos que as entrevistadas têm uma visão idealizada do significado de trabalho em equipe. Dessa forma, demonstram que esse ideal, na prática, fica prejudicado pelas dificuldades encontradas no cotidiano, as quais estão relacionadas a diversos fatores, tais como alta rotatividade de profissionais no Programa, falta de pessoal, péssimas condições de trabalho, falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde, dentre outras.

Podemos dizer, com base nas falas da entrevistadas, que a realidade de trabalho vivenciada por elas caracteriza a equipe ora como integração, ora como agrupamento, dependendo da situação evidenciada no momento. Isso demonstra que as situações de trabalho no PSF são ativas e dinâmicas, não podendo ser enquadradas em um único tipo de prática. No entanto, são evidentes as dificuldades que as equipes encontram em realizar um trabalho efetivamente integrado. Esses aspectos podem ser observados no decorrer deste trabalho, sobretudo nas categorias que serão apresentadas na seqüência.

4.2 Articulação das ações dos profissionais no trabalho em equipe

Neste estudo, entende-se por articulação das ações os momentos em que os diferentes profissionais da equipe evidenciam conexões entre os diferentes trabalhos, ou seja, entre as diversas intervenções técnicas (PEDUZZI, 1998; 2001). Consideramos articulação as situações em que os diversos profissionais da equipe promovem troca de idéias e informações sobre o trabalho, discussão de casos, e tomada de decisões em equipe, utilizando as diferentes competências e funções para a busca conjunta de resolução para os problemas de saúde dos usuários.

A articulação das ações é mencionada pelas enfermeiras como algo que se estabelece principalmente com os agentes comunitários de saúde. Isso se explica pelo fato de essas profissionais serem responsáveis pela supervisão do trabalho dos agentes e estarem mais próximas deles no dia-a-dia de sua prática. Além disso, os agentes comunitários possuem informações importantes que subsidiam o trabalho da enfermeira e dos demais componentes da equipe, já que eles representam a ligação importante e indispensável entre o serviço de saúde e a comunidade.

[...] as agentes de saúde nos trazem, então a gente trabalha muito junto; porque eu chego aqui, se falta alguém que não veio na consulta [...] então diz assim: “Olha, Fulana, vai lá e pergunta por que ele não veio”, né. Fulano está com uma vacina atrasada: “Vai lá e vê por que não veio”, então elas vão me trazer de volta a informação. (ENF2)

[...] eu já deixei dois casos separados e que as agentes comunitárias também já estão sabendo, então a gente vai fazendo essa troca. Quando eu atendo uma criança que eu vejo que está com as vacinas atrasadas, primeira coisa que eu vou querer saber, vou lá falar com a agente [...] (ENF9)

Esses casos evidenciam as atribuições das agentes comunitárias de realizarem a busca ativa dos usuários faltosos e transmitirem as informações à enfermeira. Os dados trazidos por essas profissionais são fundamentais para que a enfermeira

mantenha o controle da situação das famílias sob sua responsabilidade.

O estudo de Ferraz e Aertz (2004, p. 72) revelou que, na ótica dos profissionais de saúde atuantes no PSF, o papel fundamental do agente comunitário é servir de “elo entre a equipe de saúde e a comunidade”. Essa ligação constrói-se a partir da troca de informações que esse profissional estabelece com ambos os lados. Todavia, as autoras salientam que o agente não pode constituir um “elo isolado ligando duas partes, sem contudo interagir nessa corrente”: ele deve promover uma verdadeira integração com os profissionais de saúde e a comunidade.

As agentes de saúde possuem conhecimentos sobre a realidade da comunidade aos quais os outros profissionais da equipe não têm acesso, como podemos visualizar a seguir:

[...] principalmente as agentes, elas conhecem bem a comunidade, né; então muitas coisas a gente tem que discutir com elas, porque a gente leva um tempo até conhecer a comunidade [...] (ENF10)

[...] os agentes comunitários têm um contato direto com as famílias: eles são os visitantes, eles acompanham, conhecem detalhes das famílias que de repente numa consulta aqui no consultório tu não vai ter acesso de jeito nenhum, nem o enfermeiro, nem o médico. Então muitas coisas tu recompõe, tu analisa de uma outra forma com esse conhecimento que o agente comunitário traz da rua, da vivência dele, conhecimento dele com essas famílias. [...] o trabalho de um profissional só anda se tiver colaboração dos demais, o trabalho é conjunto mesmo; se não for dessa forma, pode ter certeza que dá problema [...] (ENF14)

Identificamos que as enfermeiras valorizam o trabalho realizado pelos agentes de saúde, justamente pelo contato direto que estes mantêm com as famílias, o que viabiliza o conhecimento da equipe sobre a realidade das mesmas. Porém, é importante que haja a real integração dos trabalhos, em que todos possam contribuir com seus conhecimentos diversos.

Observamos que a atividade de supervisão exercida pelas enfermeiras confere-lhes um papel central de liderança do trabalho, pois elas se tornam

referência tanto para os agentes comunitários como para os auxiliares de enfermagem e devem buscar intervir nos problemas que lhe são apresentados.

A primeira categoria de classe que eles procuram, tanto auxiliar como agente de saúde, é sempre o enfermeiro. [...] a gente é muito procurada para resolver tudo. [...] Os agentes chamam direto o enfermeiro. Quando eles vêm das visitas domiciliares, cada um já vem com um “bloquinho” de problemas e que tu tem que tentar solucionar. (ENF21)

Os agentes comunitários, na verdade, são muito mais conectados às enfermeiras, até porque a gente supervisiona, do que com o resto da equipe [...]. Os auxiliares de enfermagem também ficam conectados ao enfermeiro, então o enfermeiro é um suporte bem importante dentro de uma equipe. (ENF7)

Além de articularem seu trabalho com as agentes de saúde e auxiliares de enfermagem, as enfermeiras conectam suas ações com as de outros profissionais da equipe, como dentista e médico, determinando, assim, a articulação com o trabalho de todos os profissionais da equipe.

[...] atendo uma criança, por exemplo, que tu vai examinar a cavidade oral e vê que está um caos a boquinha, né; daí já dou ali para a dentista, já converso com ela; o paciente nem sai do Posto: já vai lá, e ela já examina [...] muitas vezes tu faz uma ausculta pulmonar e vê que está bem alterado; já vou lá e já peço para ele [médico]: “Olha, dá para ir lá na sala ver o nenê?” Já discute o caso com ele; já vem aqui, já examina; a criança já sai com a prescrição médica daqui do consultório [...] O outro enfermeiro, também a gente tem essa coisa assim de chegar e chamar o outro, ficar à vontade para chamar [...] porque como é que eu vou dizer “Volta amanhã”? Tem casos que não tem como tu dizer “volta amanhã”; e muitas vezes tem que esperar terminar uma consulta, tem que interromper uma consulta dependendo da gravidade e pedir para o outro profissional me ajudar e dar aquele suporte que tu não está conseguindo. Mesma coisa as auxiliares também, chega um curativo, de chegar e bater na porta: “Olha, dá para dar uma olhadinha?” [...] as agentes também, de trazer os casos e discutir com a gente. Isso funciona legal aqui. (ENF10)

A equipe médica atende um paciente, ou nós da enfermagem atendemos um paciente e precisamos da continuidade do tratamento. Então o auxiliar ele age, no momento em que vai fazer uma visita domiciliar de supervisão, que ele vai fazer o controle de pressão arterial. O agente vem fiscalizando se ele tomou a medicação, se as condições sanitárias estão bem. [...] Eu acho que tem que ter sintonia; se não tiver sintonizada não funciona. Não adianta o médico ou a enfermeira dar um tratamento, e ninguém mais ir olhar isso [...] (ENF20)

O primeiro depoimento remete-nos ao caráter complementar dos diferentes

trabalhos, no momento em que a enfermeira aciona outros profissionais para intervirem em uma necessidade do usuário a qual está fora de sua capacidade resolutive. Dessa forma, podemos inferir que a enfermeira está comprometida em resolver os problemas, pois realiza os encaminhamentos necessários imediatamente a fim de evitar que o usuário precise retornar ao serviço em um outro dia. Já a segunda declaração evidencia a questão da interdependência, em que um profissional precisa do trabalho do outro para dar continuidade a suas intervenções.

Silva e Trad (2005) realizaram um estudo junto a uma equipe do PSF de um município baiano, com o objetivo de identificar evidências de articulação das ações e interação dos profissionais na equipe. Verificaram que, em diversos momentos do trabalho, os profissionais estabeleciam conexões entre as diferentes ações, buscando os demais membros da equipe para trocarem informações e esclarecerem dúvidas. Esses achados vêm ao encontro dos evidenciados neste estudo e caracterizam, portanto, a articulação entre as diversas práticas.

Observamos a complementaridade de ações no que se refere à utilização do prontuário da família, evidente no depoimento a seguir:

O prontuário é extremamente respeitado por todos aqui. Então tu vai pegar um prontuário nosso, eu tenho doutorando, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, todos seguindo. Passou do acolhimento – só para te dar um exemplo – ela [usuária] passou do acolhimento, passou pela técnica de enfermagem. Pela queixa a Fulana [técnica de enfermagem] já me passou, e aí ela [usuária] já vai para coleta. Eu sigo, eu não preciso saber tudo que a Fulana [técnica de enfermagem] perguntou. Então existe esse respeito. Eu passei para a médica, para os doutorandos; eles vão seguir o que eu já tinha posto ali. Não vão fazer uma outra anamnese: eu já fiz a minha parte, eles vão complementar. Então existe esse respeito realmente, né. (ENF6)

O fato de o prontuário de atendimento ser o mesmo para utilização de todos os membros da equipe permite que os profissionais tenham uma visão mais abrangente do histórico e do estado de saúde dos usuários, e, assim, complementem os demais trabalhos.

Essas concepções reforçam a necessidade de um trabalho conjunto no qual todos os profissionais envolvam-se em algum momento da assistência e, agindo de acordo com seu nível de competência, formem um saber capaz de dar conta da complexidade dos indivíduos e da coletividade.

Em algumas falas, ficam evidentes os limites das competências da enfermeira. No momento em que as intervenções fogem da sua capacidade de resolução, ela busca, no profissional médico, os conhecimentos necessários para dar continuidade à assistência que presta, complementá-la ou até mesmo fazer os encaminhamentos necessários.

[...] eu passo para ele [médico], e na verdade só vai confirmar aquilo que eu ouvi, por exemplo, um sibilo que eu não posso prescrever. Dá o tratamento para o paciente, e já sai daqui pronto. Não tem assim por que vir amanhã: mais um para atender amanhã podendo resolver esse problema hoje, né [...] (ENF10)

[...] estou atendendo pré-natal, surge uma gestante com infecção urinária – já é uma coisa que não é da minha competência resolver – então eu chego para ela [médica] e digo: “Tu pode olhar essa paciente?” Ela vai e olha, né. Mesma coisa ela [...] então se ela tem uma gestante que ela acha que tem que consultar, ela chega e passa: “Ó tu pode ver isso?” No mesmo dia eu já vejo [...] (ENF11)

O usuário sente segurança no profissional quando este vai em busca de outros para resolver o seu problema.

[...] Para o usuário é fantástico [...] porque elas sabem que, se eu perceber alguma alteração, eu vou tentar resolver; se eu não conseguir resolver, eu chamo o profissional que é competente para resolver aquele problema. Eu vejo isso superpositivo. (ENF10)

Nesse sentido, Teixeira, Mishima e Pereira (2000) encontraram dados semelhantes em sua pesquisa. A população atendida pelo PSF demonstrava segurança por ter um profissional de saúde de referência, o qual ficava responsável por sua saúde e comprometido em buscar a resolução de seus problemas.

Tal situação vai ao encontro das idéias de Campos (1997) quando este defende que cada integrante da equipe deve ter uma definição clara de suas responsabilidades para com os usuários. Sendo assim, cada profissional ficaria

responsável por determinado caso, respondendo por este, bem como realizaria os encaminhamentos necessários, podendo solicitar apoio aos demais membros da equipe quando necessário.

Consideramos que essas situações ilustram bem o significado de se trabalhar em equipe e o porquê de esta ser composta de trabalhadores de saúde com formações distintas: justamente para que um possa complementar o trabalho do outro de acordo com o que sua formação permitir, cientes dos limites impostos por seus saberes.

Acerca da articulação, as enfermeiras apresentam como um fator de dificuldade o excesso de demanda de usuários pelo serviço, que ocasiona falta de tempo para articular os diversos trabalhos e planejar as ações a serem desenvolvidas. Colocam que, muitas vezes, sentem-se meras cumpridoras de tarefas, pois não encontram tempo para pensar sobre o seu fazer.

[...] o planejamento nosso que está prejudicado. Eu acho que é isso que a gente teria que se organizar mais: a gente só faz, faz, faz e não planeja muito. Eu me sinto uma tarefeira, sem conseguir planejar as coisas, né: tu está sempre atendendo naquele ritmo acelerado e tu não pára para pensar como é que tu vai fazer tal coisa, como é que tu vai melhorar. Nós temos a questão de grupos aqui que está muito prejudicada [...] a gente não consegue se planejar, porque nós teríamos que implantar o grupo de adolescentes, que é uma necessidade, e nós não temos conseguido [...] grupo antitabagismo a gente fez capacitação, tem que montar o grupo não conseguimos sentar: no dia da reunião de equipe tem tanta coisa que a gente não consegue [...] grupo de asma também é outra coisa que a gente quer implantar atendimento ao asmático, porque eu e a médica fizemos a capacitação, não conseguimos implantar o grupo ainda: a gente tá atendendo aqueles casos que aparecem, mas não conseguimos colocar o grupo em si. Então eu vejo que a nossa principal dificuldade é o planejamento. (ENF11)

[...] às vezes tem tanta gente para atender, tem tanta demanda que a gente não consegue. Às vezes eu vejo os agentes ali me esperando para falar alguma coisa, e eu não consigo falar com eles. Geralmente a gente deixa tudo no dia da reunião de equipe. Na tarde que foi ontem na reunião de equipe é um caos, assim, porque todo mundo quer passar aquelas coisas que foram importantes naquela semana, que precisam ser resolvidas, né. (ENF3)

Essa situação faz com que a equipe atue em casos isolados, de acordo com a demanda de usuários, pois há pouco tempo para planejar e implementar ações coletivas que visem à prevenção e à promoção da saúde da comunidade.

Em sua pesquisa, Silva e Trad (2005) verificaram que os momentos de articulação das ações entre os profissionais dão-se de maneira limitada, pois estão sempre voltados para a resolução de situações imediatas do cotidiano do trabalho provenientes das queixas dos usuários. Os autores afirmam que esse fato compromete a construção de estratégias preventivas referentes às necessidades da comunidade local.

Com isso, questionamo-nos se, dessa forma, a estratégia saúde da família não estaria contribuindo para a manutenção de um modelo de atenção à saúde individual e biologicista, o qual desconsidera os inúmeros aspectos do contexto em que as famílias estão inseridas.

As enfermeiras encontram dificuldades de tempo inclusive para se reunirem com as auxiliares de enfermagem, pois estas também possuem uma demanda grande de trabalho.

[...] Eles [auxiliares] estão com uma demanda muito grande de atividades [...] imagina dois auxiliares dando conta de tudo. Então não tem como eu chegar e dizer “Olha, tu tem que fazer isso, tu tem que trabalhar prevenção!” Eles não tem como fazer. Eles tem que trabalhar em cima da demanda, e talvez isso dificulte a articulação, porque tu quer uma coisa e tu não consegue fazer, né. (ENF23)

Para articular o meu trabalho com as gurias, a gente tenta – na enfermagem é meio difícil a gente conseguir sentar e conversar – a gente sempre tenta conversar tudo junto, tentamos fazer reunião técnica da enfermeira com os auxiliares; mas isto é uma coisa que está um pouco, talvez a dificuldade que eu encontre seja essa: a gente não tem tempo para a enfermagem sentar e conversar [...] (ENF11).

As enfermeiras atribuem o excesso de demanda de usuários pelo serviço ao número elevado de famílias designadas para cada equipe, inclusive em função da

proposta de acolhimento desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre.

No ano de 2001, a SMS lançou o Projeto de Qualificação do Acolhimento na Atenção Básica, motivada pela necessidade de desenvolver ações que efetivassem os princípios do SUS, sendo o acolhimento um aspecto fundamental nesse sentido. A partir disso, foram desenvolvidas ações junto aos trabalhadores da atenção básica do município, com o intuito de apresentar a temática do acolhimento e evidenciar a necessidade da reorganização do processo de trabalho. Nesta perspectiva, o acolhimento foi definido como um processo no qual os trabalhadores de saúde e a organização assumem a responsabilidade de realizar intervenções na realidade presente em sua área de atuação, e, a partir da identificação das principais necessidades de saúde, buscam promover a saúde com base no estabelecimento de relações humanizadas e acolhedoras, no âmbito individual e coletivo. Objetiva-se, ainda, a autonomia do usuário, por meio de ações da equipe de saúde, da organização do setor saúde e de ações intersetoriais e interinstitucionais (ORTIZ et al., 2004).

Na equipe em que está implantado o acolhimento qualificado, há agenda aberta, ou seja, não existem dias e horários fixos para agendamento e é realizada a escuta de 100% dos usuários para avaliação de suas necessidades (ORTIZ et al., 2004).

Nesse caso, todos os usuários que chegam ao serviço devem ser ouvidos e, a partir da avaliação de suas necessidades, encaminhados ou para as atividades oferecidas dentro da Unidade ou para outros serviços, conforme as particularidades de cada caso.

[...] com a questão do acolhimento, aumentou muito a demanda pelo serviço [...] as pessoas vêm a hora que for. Porque uma vez o acesso era mais dificultado, para os pacientes era mais difícil;

facilitava muito para a equipe, né, para equipe era muito cômodo: tu tinha um dia na semana que tu agendava consulta, fora desse dia não adiantava nem vim que não tinha agendamento. E o acolhimento, na verdade, no PSF sempre existiu: a gente fazia uma triagem para ver o que ia passar no dia; mas aquilo que não ia passar para consulta no dia não ia nem marcar nem nada: a pessoa ia sair daqui tendo que voltar um outro dia para marcar consulta. Então no ponto de vista do usuário facilitou muito; agora para nós é uma coisa que aumentou muito o trabalho que a gente tem, e ao mesmo tempo nós ficamos pela metade, porque nós estamos com uma equipe só [...] (ENF11)

[...] o acolhimento, quando tu começa a implantar ele, ele muda toda a estrutura do funcionamento [...] porque, quando tu abre a agenda, tu desestrutura totalmente aquele jeito que tu era acostumada a trabalhar; e isso mexe muito com a equipe, porque é uma demanda muito grande que aparece da população [...] (ENF13)

A gente tem uma média de 70 pessoas por manhã para serem acolhidas e fora as consultas agendadas. Então a gente ainda não percebeu essa calma que todo mundo diz que vai vir, mas também em função da nossa população que é muito grande. (ENF23)

A pesquisa de Fracoli e Zoboli (2004) evidenciou que os profissionais atuantes em unidades de saúde da família realizam um número elevado de acolhimentos diariamente. As autoras reconhecem que a prática de acolher amplia o acesso dos usuários aos serviços, porém gera a necessidade de discussões por parte de profissionais e gestores sobre as demandas atendidas a fim de reavaliar a oferta de serviços, os programas prioritários e a própria organização do trabalho da equipe.

As enfermeiras salientam que, com a atividade de acolhimento, a equipe fica sobrecarregada, pois deve realizar os encaminhamentos pertinentes de todos os usuários que chegam ao serviço. Além disso, algumas vezes a população adscrita é maior do que a capacidade de atendimento da equipe.

Em investigação realizada por Conill (2002) com o objetivo de analisar a implantação do PSF no município de Florianópolis, os profissionais de saúde referiram que encontram inúmeros problemas relacionados à sobrecarga no dimensionamento das equipes, pois todas as Unidades estudadas possuem um número de famílias cadastradas superior ao previsto. Salientaram que isso ocasiona

falta de tempo para a equipe realizar ações menos complexas, tais como visitas domiciliares e formação de grupos educativos.

Dados semelhantes foram encontrados por Silva e Trad (2005), quando identificaram que um dos fatores que dificultam a articulação das ações consiste no excesso de demanda que cada profissional da equipe absorve, decorrente do grande número de famílias cadastradas, o que prejudica a coesão da mesma e promove a fragmentação do trabalho.

Em consonância com isso, consideramos que a sobrecarga de trabalho e a conseqüente falta de tempo são elementos que podem dificultar a articulação das ações na equipe, na medida em que os profissionais não encontram espaços no cotidiano para realizar interfaces e conexões entre os diversos saberes e práticas, desperdiçando, assim, o grande potencial de um trabalho em equipe. Em contrapartida, nos questionamos se essa situação que resulta em excesso de atividades e falta de tempo não deriva justamente das dificuldades que as equipes possuem de realizar um trabalho integrado, pois a cooperação pode contribuir para a organização do trabalho e, conseqüentemente, para o seu melhor desenvolvimento.

No presente estudo, quando questionadas sobre a articulação entre as ações dos diversos profissionais da equipe, as entrevistadas referiram que ela ocorre principalmente no momento da reunião de equipe realizada semanalmente e está vinculada à necessidade da equipe de falar a mesma linguagem, isto é, afinar os discursos de forma que todos tenham o mesmo entendimento sobre determinados assuntos.

[...] a gente conseguiu preservar o espaço da reunião de equipe [...] esse é o principal momento de articulação e de combinações [...] (ENF1).

Como é que a gente consegue, com oito pessoas com diferentes formações, dar conta de fazer toda essa relação [...] Então a gente tem reuniões de equipe semanalmente; nessas reuniões de equipe a gente consegue planejar algumas coisas, por exemplo, atividades,

um grupo [...] a gente tem que trocar essas coisas, e o momento é na reunião de equipe [...] (ENF9)

[...] nessas reuniões a gente coloca muito assim, sempre tem essa solicitação de que todos falem a mesma língua; porque eu não posso dar uma orientação para uma paciente, e depois vir a minha colega e dar uma orientação diferente. (ENF15)

Na equipe do PSF investigada por Silva e Trad (2005), as reuniões ficavam restritas à busca de soluções para problemas administrativos, à divisão de tarefas entre os trabalhadores; à socialização de programações feitas pelos profissionais de nível superior; e a combinações sobre a dinâmica de atendimento na Unidade. Com isso, as reuniões não propiciavam a reflexão coletiva sobre o trabalho, dificultando o planejamento de ações conjuntas, já que estavam direcionadas basicamente para a transmissão de informações técnicas. Destaca-se a importância da realização das reuniões, pois elas permitem a discussão de problemas identificados pela equipe e a construção de consensos, mesmo que temporários, sobre a resolução dos mesmos.

As enfermeiras evidenciam limitações para realizar a articulação entre as diversas práticas, ao referirem que esta fica restrita basicamente aos momentos de reunião de equipe. Contudo, entendemos que essa conexão deve ser inerente ao processo de trabalho diário dos profissionais e fazer parte da dinâmica da assistência, sem hora marcada para acontecer.

Pudemos observar que, em diversos momentos, as enfermeiras conectam suas ações com as dos demais membros da equipe. Essa articulação é mais intensa com os agentes comunitários e os auxiliares de enfermagem, devido à função de supervisão que elas exercem junto a esses profissionais; mas também se estabelece com o médico e o dentista, com a finalidade de trocar informações, esclarecer dúvidas e realizar os encaminhamentos necessários.

A principal dificuldade encontrada decorre do excesso de demanda pelo serviço, que acarreta falta de tempo para os profissionais articularem suas ações e contribui para o parcelamento do trabalho na prática diária.

4.3 Interação da equipe

O trabalho constitui-se em uma ação racional que se dirige a determinados fins e a interação refere-se ao agir comunicativo. Na prática esses dois componentes são interdependentes, não sendo possível que a interação seja reduzida ao trabalho ou o trabalho seja derivado a partir da interação (HABERMAS, 1994).

Conforme os estudos de Peduzzi (1998; 2001) e com base na teoria do agir comunicativo de Habermas (1989;1994) considera-se que a interação dos diversos profissionais ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, da comunicação, sendo um instrumento capaz de integrar a equipe de trabalho. Nos momentos de interação, é expressa a intersubjetividade existente no trabalho em equipe.

As enfermeiras concebem que a comunicação na equipe de trabalho deve ser continuamente aprimorada, visto que ocorrem muitas falhas nesse sentido no cotidiano de sua prática.

[...] a comunicação volta e meia falha, tipo os pecados da comunicação [...] às vezes nem todo mundo sabe a mesma informação, um não tem o mesmo entendimento da informação; então às vezes o paciente chega aqui, pega uma informação com uma pessoa, não é o que os outros sabem. Então eu acho que às vezes a gente peca, sabe. (ENF2)

[...] a gente não tinha uma padronização: cada um falava o que achava lá na ponta, lá na visita orientava uma coisa, chegava aqui era outra, aí vinha, passava com o médico era outra, né. Agora a gente tenta padronizar: tal orientação a gente decidiu em equipe que vai orientar de tal forma, para não ter problema. (ENF3)

Para as entrevistadas, quando as informações fornecidas aos usuários estão equivocadas ou não condizem com o que outro profissional da equipe orientou, é porque houve falhas na comunicação. Comunicar-se envolve basicamente a troca de informações entre os componentes da equipe, a fim de que todos tenham

conhecimento das mesmas informações para poder orientar os usuários de maneira uniforme.

Nesse sentido, Habermas (1989) afirma que o agir pode ser considerado comunicativo quando nas interações as pessoas se colocam de acordo para coordenar seus planos de ação, ou seja, buscam a construção de um projeto de trabalho comum. Através da prática comunicativa, os sujeitos buscam construir consensos quanto às ações a serem realizadas.

Nessa perspectiva, as entrevistadas salientam a importância dos membros da equipe estarem em consonância, devendo haver normas consensuais que devem ser seguidas por todos.

Outro fator que dificulta a comunicação é a existência de conflitos interpessoais na equipe. Os desentendimentos entre os profissionais decorrem de algumas situações como, por exemplo, a má interpretação por parte dos colegas sobre algum comentário feito, e, especialmente, da convivência de várias pessoas com personalidades diversas, que desgasta pouco a pouco as relações entre os profissionais.

[...] às vezes tu fala uma coisa, tu acha que tu é interpretada certo, mas na verdade não é. Então tu vai aprendendo, tu vai achando a melhor maneira de falar, de chegar; porque cada pessoa tem uma maneira também de receber [...] No início era bem difícil; hoje eu já sei, assim, com cada pessoa, como é que tu tem um jeito de lidar, porque é totalmente diferente de uma pessoa para outra. Volta e meia, eu acho que como toda a equipe, dá aqueles desentendimentos gerais. Tu fala uma coisa, acha que todo mundo entendeu, e na verdade ninguém entendeu. (ENF12)

Uma questão muito difícil, assim, do trabalho em equipe é a questão da empatia pessoal. Então as pessoas têm que aprender – claro, ninguém é dinheiro que todo mundo gosta – mas se não se adoram, não se amam, não se convidem para o chá das cinco; mas se respeitem profissionalmente. [...] Esses conflitos acontecem, e nem sempre a gente tem resposta para tudo: às vezes quando tu vê a reunião virou um furacão [...] aí tu tem que pôr um ponto final naquela situação; às vezes tu nem conseguiu resolver, trabalhar direito aquilo, e desperta muitos sentimentos [...] (ENF14).

Em seu estudo, Carrijo, Pontes e Barbosa (2003) verificaram que o trabalho em equipe no PSF é considerado pelas enfermeiras como um grande desafio, em função dos conflitos e tensões gerados pelas diferenças individuais.

Para Motta (2001), na ação coletiva, sempre estão presentes divergências, controvérsias ou até mesmo conflitos, pois as pessoas possuem interesses e formas de agir diferentes. Um dos fatores que contribui para o estabelecimento dessas relações conflituosas consiste na má comunicação, visto que a falta de diálogo pode gerar um clima de desconfiança entre as pessoas.

Outro fator que favorece os conflitos na equipe é a convivência forçada de várias pessoas com personalidades diferentes trabalhando no mesmo local. No entanto, as enfermeiras vêem esses conflitos como algo que pode proporcionar um aprendizado diário e contínuo; e, conseqüentemente, o amadurecimento das relações na equipe, tendo em vista que exige dos profissionais a constante revisão de suas condutas e posturas diante das diversas situações de trabalho no cotidiano.

Trabalhar em equipe é um pouco difícil, porque nós somos 16 pessoas, cada um com uma personalidade [...] Então, é tu conseguir aceitar as falhas de cada um, aceitar as tuas falhas, tentar corrigir também, porque ninguém é perfeito. Eu acho que isso é um processo diário de adaptação tu trabalhar em equipe. Ninguém tem uma fórmula que dê certo: é um aprendizado do dia-a-dia. Conforme vão surgindo as dificuldades, tu tenta resolver da melhor maneira possível. (ENF21)

[...] é um aprendizado todos os dias, porque eu acho que tu tem que te dispor muito, em muitos momentos tu tem que ceder, reformular pensamentos todos os dias, até que tu consiga uma adaptação. Não digo que contente a todos, porque isso é quase impossível; mas que tu consiga fazer o grupo se perceber, se perceber como grupo, sabe, que, onde um ganha, todos ganham; aonde a tua imagem reflete bem diante da comunidade, não é a tua imagem: é a da equipe, é a do Posto [...] até tu conseguir que as pessoas tenham esse entendimento [...] isso exige ajustes todos os dias. (ENF14)

Ouvimos o relato de que a equipe solicitou apoio do setor de recursos humanos para intervir nas situações de conflitos entre os componentes da equipe.

Existe a questão da personalidade de cada um. Em outros momentos a gente já pediu intervenção do pessoal do RH, porque a gente teve dificuldades bem sérias na equipe, de agressão, sabe, das pessoas se desrespeitarem. Eu me senti incompetente para lidar com aquela situação e pedi apoio do pessoal do RH da Prefeitura para estar fazendo uma oficina com a gente, para a gente resolver, conseguir sair de alguns impasses assim. (ENF1)

Na investigação de Mattos e Caccia-Bava (2002), as enfermeiras coordenadoras de Unidades referiram que há desgaste profissional dos membros da equipe e que sentem falta de um apoio psicológico que forneça suporte à mesma.

Motta (2001) menciona que existem, nas organizações de saúde, duas concepções distintas sobre os conflitos entre a equipe: uma negativa e outra positiva. A primeira é de que os conflitos devem ser evitados e eliminados, por representarem a ruptura da harmonia e, portanto, um mal destrutivo. Já a segunda é de que o conflito é algo natural, positivo e, muitas vezes, necessário para o aprimoramento do trabalho da equipe.

Diante disso, consideramos produtiva a presença de conflitos na equipe, pois pode possibilitar o amadurecimento da mesma e qualificar a assistência prestada, visto que permite o confronto de idéias e a visualização de diversas perspectivas de uma mesma situação.

As entrevistadas colocam, ainda, que alguns profissionais fazem confusão entre os aspectos pessoal e profissional no cotidiano do trabalho, e acabam misturando as relações de amizade com as profissionais.

[...] é difícil para eles [agentes comunitários] separar as coisas, do que é pessoal e do que é profissional. Eu posso te detestar como pessoa, mas tu é minha colega de trabalho, e eu estou aqui para trabalhar contigo, não para gostar de ti [...] eu posso não ir com a tua cara, mas isso não impede nós dois trabalharmos juntos bem e seriamente, eu respeitando a tua individualidade, e tu respeitando a minha. (ENF1)

[...] as pessoas têm dificuldade, imaturidade de perceber que a coisa não é pessoal, que às vezes para colaborar com o trabalho da equipe algumas coisas precisam ser ditas; e as pessoas não levam isso como uma coisa profissional, mas como uma coisa extremamente pessoal [...] (ENF8)

Entendemos que fica complicado separar totalmente esses dois aspectos no dia-a-dia do trabalho, já que fazem parte da subjetividade do indivíduo. Porém, os profissionais devem buscar o equilíbrio nas suas relações com os colegas, priorizando e tendo como foco de seu trabalho o atendimento satisfatório e eficaz aos usuários.

Os problemas interpessoais na equipe geram falta de motivação dos profissionais para o trabalho. Muitos realizam suas atividades sem dedicação, fazendo somente o necessário, e isso interfere no resultado do trabalho da equipe.

Às vezes interfere porque pode ser uma coisa pequena para quem está vendo de fora, mas as pessoas envolvidas estão muito chateadas, vem trabalhar sem motivação. Eu acho que interfere mais é por causa da motivação: a pessoa vem sem muita vontade, não dá nada além do que é pedido, sabe, nada de si, só faz aquilo que tu é obrigado, nada mais. Numa equipe tão pequena não pode ser assim, porque cada um tem que dar o máximo de si. Se tu vier trabalhar sem motivação porque está de mal com alguém, com probleminha com alguém, complica; porque a gente tem que, cada um tem que dar o máximo de si para tentar fazer a coisa andar, senão não dá. (ENF11)

Acaba desanimando as pessoas, serve como motivo de desmotivação. E quando o ambiente, o clima está muito pesado, parece que as coisas se centralizam só naquelas questões pessoais, que tu não consegue ter uma visão ampla do resto, sabe. Atrapalha com certeza e muito. (ENF14)

Muitas vezes, essas situações são percebidas de alguma forma pelos usuários.

Quando tem muito conflito a gente não fica bem [...] eu já tive épocas aqui, de começo do ano agora, de não ter vontade de ir para o trabalho, em função dos conflitos; então claro que reflete no trabalho, porque tu acaba não vindo com tanta vontade. Essa é a primeira coisa, assim. E outro aspecto negativo que eu acho que a comunidade percebe, quando a equipe não está bem – eu não sei te explicar como, mas eles percebem que a equipe não está legal, que a equipe não está fechando, e acho isso muito perigoso – é ruim, porque eles acabam perdendo a credibilidade, a gente acaba perdendo a credibilidade perante o usuário, acho que eles não ficam tão confiantes, talvez não se sintam tão seguros porque a gente acaba passando isso para eles [...] (ENF10)

Como foi salientado, cada profissional possui características pessoais distintas das dos outros, tem experiências de vida, ideais e valores diferentes. Por isso, a convivência no trabalho torna-se um desafio para aqueles que atuam na estratégia saúde da família. Eles devem ir em busca de relações mais cooperativas, solidárias e compreensivas no cotidiano de suas práticas. Não queremos aqui defender que a equipe deve estar sempre em concordância e harmonia, pois isso seria negar que se trata de relações humanas, contudo cremos que é necessário que todos estejam preparados e para lidar com as divergências que surgem no desenvolvimento do trabalho em equipe, mantendo uma postura equilibrada, de maneira que, acima de tudo, os limites profissionais sejam respeitados.

Devido à grande demanda de atividades há falta de tempo para a interação da equipe. A interação fica praticamente restrita ao dia da reunião de equipe, sendo esse o momento em que as pessoas encontram-se para conversar e esclarecer mal entendidos.

[...] Eu principalmente, por estar nessa função da coordenação, já fica um pouco mais difícil, pelo tempo. Sempre tem uma lista de coisas para eu agilizar, fazer: eu vou delegando algumas coisas, outras eu tenho que fazer. Então devido ao tempo eu acho que isso me atrapalha um pouco, na questão da comunicação. Eu vejo que entre as auxiliares se dá de uma maneira bem mais tranqüila. Quando acalma o movimento, elas se juntam, conversam, vem fazer um lanche juntas. Para as enfermeiras já é bem mais difícil, e médicas também: estão sempre mais envolvidas. Então nessa parte pessoal eu acho que poderia ser melhor. (ENF22)

[...] a gente está comunicando e brincando, mas o básico é a reunião de equipe, é onde todo mundo se encontra, que o tempo é tão corrido [...] A gente não tem horário para sentar de tanta demanda que tem [...] às vezes nos corredores é que funciona mais a comunicação. (ENF13)

Para Dall’Agnol e Martini (2003, p. 90), as reuniões de trabalho constituem condição indispensável para que haja um processo educativo, voltado para a busca do aprendizado contínuo. Especialmente na área de Saúde e Educação, as reuniões são necessárias, tendo em vista que o desenvolvimento do trabalho exige

“interdependência intra e inter-equipes, e entre áreas de conhecimento”. Tal situação gera a necessidade de diálogo, interação, debates e tomada de decisões coletivas no trabalho (DALL’AGNOL; MARTINI, 2003, p. 90).

As entrevistadas salientam que existem outros elementos importantes que devem fazer parte do trabalho em equipe, dentre eles a divisão de responsabilidades na equipe; cumplicidade, cooperação e respeito entre os colegas; paciência; dedicação; confiança no trabalho dos demais profissionais; e, sobretudo, parceria no trabalho.

[...] trabalhar em equipe eu acho que tem que ter parceria, cada um tem que saber as suas responsabilidades (não pode deixar para o outro); ajudar (quando eu não estou podendo fazer uma coisa a minha colega vem e me ajuda, os auxiliares a mesma coisa, uns cobrem os outros); e ter cumplicidade, ter confiança no trabalho (por exemplo, a médica poder confiar que eu vou saber dar seguimento a determinado caso, se eu não conseguir eu vou chamá-la de novo). Então tem que ter essa cumplicidade, essa confiança. (ENF22)

É ter muita paciência, respeitar o outro, poder trabalhar na continuidade do outro. É um exercício diário não só de paciência; mas de boa vontade, de interesse, de dedicação [...]. (ENF23)

Outro aspecto evidenciado como positivo é o respeito e a confiança que cada membro deposita no trabalho dos demais colegas de equipe, o que acaba agilizando e melhorando o atendimento aos usuários.

[...] na medida em que tu confia no trabalho do outro é bem mais fácil, é bem tranquilo [...] no momento em que tu pode chamar o teu colega, e ele confia de que realmente e só aquilo que tu precisa é fantástico, porque daí tu consegue atender um número maior de pessoas, tu consegue manter a qualidade do atendimento. (ENF23)

Consideramos que a confiança entre os profissionais deve ser construída no decorrer da convivência e consiste em um dos fatores capazes de promover a integração da equipe.

Diante dos fatores que dificultam o trabalho da equipe, as enfermeiras sugeriram as seguintes estratégias para superá-los: suporte terapêutico/psicológico para os profissionais e troca de experiência entre as equipes.

[...] tinha que ter uma rotina de recursos humanos para estar dando suporte terapêutico nas equipes mesmo, porque já que se espera, e que se espera é desejável e necessário o trabalho em equipe, eu acho que as equipes tem que aprender a trabalhar juntas, e em alguns lugares talvez as pessoas tenham dificuldades. Ninguém nasce sabendo essas coisas, eu acho que é uma coisa que se podia acrescentar: suporte terapêutico mesmo do RH; troca entre as equipes, que isso a gente tem muito pouco, as equipes não se encontram, nem dentro da gerência – tem reunião da coordenação mas ali é outra história – da gente poder estar trocando experiências de ações e de planejamento com outras Unidades, a gente não tem esse momento de compartilhar entre as equipes. Isso eu acho que seria importante a gente fazer, acho que ajudaria no crescimento do trabalho. (ENF1)

[...] ter um apoio ou a participação nas reuniões que nós fazemos, uma vez a cada dois meses ou uma vez por mês a participação de alguém da psicologia, para fazer um trabalho mais direcionado para trabalhar o emocional das pessoas, o emocional da equipe, eu acho que talvez seria uma das coisas boas [...] (ENF10)

Sugerem também que haja espaços para que os profissionais possam externar seus sentimentos e trabalhar o lado emocional da equipe. Demonstram a necessidade de a equipe ser ouvida em seus problemas e necessidades, e reivindicam que as capacitações não sejam voltadas somente para questões técnicas, mas que abranjam temas referentes ao relacionamento interpessoal e ao trabalho em equipe.

Deveria ter mais trabalhos de dinâmicas com as equipes, de capacitações para trabalho em equipe mesmo: não capacitações técnicas: mas assuntos de relacionamento, trabalho em equipe [...] que tu possa discutir como é que está a tua equipe, como é que estão os relacionamentos; um espaço para tu externar, talvez vinculado à equipe de saúde mental para que tu possa ter um suporte de atendimento: grupo para a própria equipe, um grupo da equipe. (ENF23)

[...] Acho que mais é capacitação, investir no pessoal, até cursos de relacionamento pessoal, não só da prática, da técnica, mas também da interação da equipe de repente seja a saída, né [...] (ENF13)

Salientam, ainda, como uma estratégia a ser adotada pelas equipes, a manutenção do diálogo entre seus membros para a resolução de problemas de maneira unida.

Ah, o diálogo, muito diálogo, as reuniões de equipe são essenciais para isso. Acho que só dialogando com toda a equipe junta, sem faltar ninguém – porque daí já dá uma quebra em tudo que está acontecendo – é bem importante que estejam todos, que todos se manifestem. Realmente a formação do grupo, né, de todo mundo se comunicar e se entender, acho que isso é essencial [...] (ENF4)

Primeiro o diálogo, primeiro a comunicação, tentar conversar, mas é aquilo que eu te disse: é muito difícil [...] a gente tem usado a estratégia do diálogo. (ENF6)

O diálogo entre a equipe constitui um dos fatores que podem contribuir efetivamente para a integração da equipe de trabalho. Assim, as reuniões de equipe são momentos essenciais que proporcionam o encontro e a união dos profissionais em torno de objetivos comuns.

A fala seguinte torna visível a consciência de que as soluções para os problemas também são de responsabilidade da equipe, portanto todos devem colaborar para o alcance de melhorias.

Eu acho que a comunicação em primeiro lugar é bem importante, assim: tu tem que ver quais são as dificuldades e por que que estão ocorrendo, o que está acontecendo e tentar resolver entre a equipe, cada um dando a sua opinião para tentar resolver, cada um fazendo a sua parte, né. Às vezes eu ouço queixas por aí, ouço daqui, ouço dali e sempre trago para a equipe [...] não adianta também se queixar e não achar uma solução, porque a solução é a gente que tem que resolver. Então isso é bem importante, as pessoas tem que ter uma certa iniciativa nos processos, né, todo mundo está incluído nesse processo. Não adianta também esperar que a coisa venha pronta, o segredo, a receita venha pronta: a gente tem que construir isso junto, acho que a estratégia é essa [...] (ENF3).

As estratégias de mudança sugeridas pelas enfermeiras demonstram as necessidades que elas encontram de trabalhar as questões emocionais da equipe. Conforme mencionamos anteriormente, as equipes enfrentam uma série de dificuldades na realização de sua prática na saúde da família, as quais refletem de maneira significativa na subjetividade dos profissionais que as compõem.

Verificamos que as relações interpessoais na realização do trabalho coletivo no PSF tornam-se um desafio, sendo necessária a existência de espaços de discussão que dêem suporte emocional às equipes e possibilitem a capacitação dos trabalhadores para atuarem no âmbito da interação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consiste na análise do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na perspectiva de enfermeiras e teve como objetivo conhecer a concepção dessas profissionais sobre o tema em foco, assim como as principais dificuldades e facilidades presentes no seu cotidiano de trabalho.

Neste capítulo, além de compilarmos os principais achados da pesquisa, levantaremos alguns pontos de intervenção que consideramos importantes para os avanços do PSF, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho em equipe.

Salientamos que este estudo possui limitações. Uma delas é o fato de não ter contemplado a inclusão dos demais componentes da equipe de saúde, além das enfermeiras, como sujeitos da pesquisa, haja vista que o trabalho em equipe é um processo coletivo. Acreditamos que a inclusão desses sujeitos no estudo poderia torná-lo mais rico e abrangente. No entanto, a inclusão dos demais profissionais foi inviabilizada pelo tempo do curso de mestrado, podendo ser contemplada em estudos posteriores.

De uma forma geral, os depoimentos das enfermeiras expressam a idealização que elas atribuem ao significado do trabalho em equipe, na medida em que o reconhecem como uma prática interativa, na qual há cooperação e integração dos profissionais, sendo o trabalho direcionado para o alcance de objetivos compartilhados. No entanto, ao mesmo tempo em que apresentam esse ideal, evidenciam inúmeras dificuldades enfrentadas na realização do trabalho cotidiano, as quais interferem significativamente na atuação das equipes. Tais dificuldades decorrem da deficiente infra-estrutura física e material das Unidades, condições de

trabalho inadequadas, falta de pessoal, alta rotatividade de profissionais, falta de capacitação dos agentes comunitários, dentre outros fatores, o que expressa um enfoque nas questões relativas às condições e organização do trabalho no PSF.

No que diz respeito à articulação das ações dos profissionais, constatamos que as enfermeiras conectam seu trabalho principalmente com os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, devido à supervisão que elas realizam junto a esses trabalhadores. Mas, essa conexão também se estabelece com o médico e o dentista, normalmente nos momentos de atendimento aos usuários, com a finalidade de trocar informações, esclarecer dúvidas e realizar os encaminhamentos pertinentes.

A interação da equipe é uma das ações prejudicadas pelas dificuldades de comunicação entre os profissionais e pela presença de conflitos interpessoais. A convivência no trabalho é um desafio para os profissionais que atuam na estratégia saúde da família, o que faz com que as equipes sintam a necessidade de buscar apoio da Secretaria Municipal de Saúde para lidar com situações desagradáveis que decorrem da prática coletiva.

Foi possível identificar que tanto a articulação das ações quanto a interação da equipe ficam prejudicadas pela excessiva demanda de usuários pelo serviço. Essa realidade acarreta sobrecarga de trabalho e falta de tempo para os profissionais planejarem em conjunto as ações a serem implementadas. Dessa forma, não conseguem programar e desenvolver ações preventivas, e ficam envolvidos com o atendimento da demanda espontânea, geralmente realizado em suas salas individuais. Assim, ficam evidentes as limitações das enfermeiras para realizarem conexões entre os diversos trabalhos e interagirem no cotidiano de suas práticas, ficando essas questões restritas basicamente aos momentos de reunião de equipe.

Sabemos que o PSF tem como propósito priorizar ações de prevenção e promoção da saúde, portanto é fundamental que as equipes encontrem espaços para trabalhar em conjunto e colocar em evidência a complementaridade e a interdependência dos diferentes trabalhos.

A partir da perspectiva de enfermeiras, verificamos que o trabalho no PSF tem um caráter ativo e dinâmico, apresentando momentos em que a equipe consegue trabalhar de maneira integrada, articulando ações e interagindo efetivamente. Por outro lado, também há situações em que os profissionais atuam de maneira independente e isolada, caracterizando uma equipe agrupamento.

Foi possível constatar que as equipes encontram dificuldades em realizar um trabalho efetivamente integrado. Compreendemos que essa realidade interfere na qualidade da assistência prestada aos usuários; pois, quando não há um planejamento coletivo das ações, cada profissional presta um atendimento independente e, dessa forma, não é capaz de contemplar a multidimensionalidade das necessidades de saúde dos usuários.

Diante da realidade expressa no cotidiano de trabalho em equipe das enfermeiras, sugerimos que sejam dispensados maiores investimentos e atenção às ações de saúde desenvolvidas no PSF.

No que se refere à falta de capacitação das agentes de saúde, torna-se necessário que haja uma proposta de educação permanente, realizada em parceria com toda a equipe e voltada para a realidade local. As necessidades do ACS também devem ser trabalhadas na equipe, destacando-se a valorização pessoal, o vínculo com a comunidade e os conflitos interpessoais.

Em relação à alta rotatividade de profissionais, à falta de pessoal e às condições de trabalho inadequadas no PSF, entendemos que profissionais e usuários devem estabelecer uma união para reivindicar melhorias, exercendo o

controle social junto aos gestores municipais, os quais respondem pelas questões relacionadas à organização do Programa. Salientamos que não basta aumentar o número de equipes em todo o País: é necessário que se dêem condições de trabalho adequadas para as que já existem. Para a sustentação do PSF torna-se imprescindível que se garanta, além do adequado processo de implantação, a manutenção da coerência com seus princípios.

A falta de tempo dos profissionais para planejar as ações e desenvolver atividades preventivas exige a reorganização do processo de trabalho. Para isso, são necessárias discussões entre usuários, equipe e gestão municipal, visando à busca conjunta de soluções para o problema.

Os conflitos interpessoais na equipe devem ser enfrentados no cotidiano. O apoio de um profissional externo à equipe pode trazer contribuições importantes, pois este visualiza a situação de maneira diferenciada, já que não está envolvido na mesma.

Sugerimos, ainda, que a formação acadêmica possibilite o desenvolvimento de conteúdos relacionados ao PSF e, sobretudo, promova vivências em equipes multiprofissionais, a fim de que os futuros profissionais desenvolvam competências e habilidades para trabalhar sob uma perspectiva interdisciplinar.

Enfim, se não houver modificações nesse contexto de trabalho em equipe no PSF, correremos o risco de contrariar o principal objetivo dessa proposta, qual seja: a mudança do modelo assistencial de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUDELO, M. C. C. El trabajo en enfermería. In: MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz., p.149-162, 1995. 193p.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas “autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.5, n.9, p.150-153, ago. 2001.
- ALMEIDA, M. C. P.; et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, Cap. 3, p.61-112, 1997. 296p.
- ANTUNES, M. J. M.; EGRY, E. Y. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da Atenção Básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.54, n.1, p.98-107, jan./mar. 2001.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.
- BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. do S. M. de; LIMA, J. V. C. Unidade Básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, Cap.7, p.133-143, 2001. 268p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de operações. Coordenação de saúde da comunidade. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF**. Disponível em: <[http:// portal.saude.gov.br/saude/](http://portal.saude.gov.br/saude/)>. Acesso em 29 abril, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80p.

_____. **Resolução n° 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

CAMPOS, G. W de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997. 385p.

CARRIJO, C. I. de S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática Saúde da Família no ensino da graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.2, p.155-159, mar./abr. 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.143-147, dez. 2000.

CONILL, E. M. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, suplemento, p.191-202. 2002.

DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994. 186f.

DALL'AGNOL, C. M.; MARTINI, A. C. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.1, p.89-96, jan./mar. 2003.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre: 'um vendedor de saúde'. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.66, p.68-74, jan./abr. 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.2, p.143-151, 2004.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3 ed. Portugal: Celta Editora, 1997. 336p.

GOMES, A. C. C. N.; TORRES, G. de V. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.04, p. 495-503, out./dez. 2003.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa (PT): Edições 70, 1994.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, p.71-81, 1999. 176p.

MAGALHÃES, M. J. O.; MUNIZ, H. P.; COSTA, J. D.; RIBEIRO, F. F. **Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da Unidade de Saúde da Família/GrotãoII**. Disponível em: <[http:// portal.saude.gov.br/saude/visão](http://portal.saude.gov.br/saude/visão)> Acesso em 31 março, 2005.

MATTOS, A. T. R. de; CACCIA-BAVA, M. C. G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Curitiba, v.01, n.01, p.36-45. 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 267p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7 ed., Petrópolis: Vozes, 1997. 80p.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. 1.ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. 144p.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. da. Perfil das enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família em uma microregião do Ceará, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.49-56, abril. 2003.

NUNES, M. de O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. de A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov./dez. 2002.

ORTIZ, J. N.; BORDIGNON, M. de O.; GRALHA, R. S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S. R. **Acolhimento em Porto Alegre – um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004. 82p.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.303-311. 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. da. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, Cap.12, p.234-250, 1996. 323p.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p.83-92, abr./out. 2000.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

REIS, C. da C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

SANTANA, J. P. de (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. 75p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Histórico da quantidade de equipes do Programa de Saúde da Família**. Porto Alegre, 2004.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SHIMIZU, H. E.; DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. da G.; MOURA, A. S. de. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.5, p.713-720, set./out. 2004.

SILVA, I. Z. de Q. J. da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOUZA, H. M. de. Programa de Saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.7-16, dez. 2000.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.193-206, abr./jun. 2000.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super herói". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

VAZ, M. R. C. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, p. 57-70, 1999. 176p.

Apêndice A - Roteiro de entrevista com as enfermeiras

Data: ___/___/___

Horário de início: ___h___min

Horário de término: ___h___min

Identificação:

Nome: _____ Idade: ___anos Sexo: ()F ()M

Unidade: _____

Equipe: _____

Questionamentos:

- 1) Há quanto tempo você trabalha nesta equipe? Como foi o início do trabalho?
- 2) Para você, o que significa trabalhar em equipe? Como você percebe a articulação entre os trabalhos desenvolvidos pelos diferentes profissionais que compõem a sua equipe de trabalho? E a interação/comunicação entre esses profissionais?
- 3) Você encontra dificuldades em articular sua prática com a dos demais profissionais da equipe? Quais são elas?
- 4) Você encontra dificuldades em manter uma interação/comunicação com os outros componentes da equipe? Quais?
- 5) Você acredita que essas dificuldades interferem no resultado do trabalho? De que forma?
- 6) Você encontra facilidades no desenvolvimento do trabalho coletivo, no que diz respeito à conexão entre os trabalhos e à interação dos diversos profissionais que compõem a equipe? Quais?
- 7) Você acredita que essas facilidades interferem no resultado do trabalho? De que forma?
- 8) Diante do que foi colocado, você acredita que há necessidade de mudança dessa realidade?
- 9) Que estratégias você acredita que poderiam ser usadas para modificar os aspectos apontados?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família (PSF) na concepção de enfermeiras

Pesquisadora: Isabel Cristina dos Santos Colomé

Telefones para contato: (9090) 3331-7098 / (0XX55) 9993-4126

Pesquisadora responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

A pesquisa tem como objetivo conhecer a concepção de enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, no que se refere à articulação das ações dos diferentes membros da equipe e à interação destes.

A coleta das informações será realizada por meio de entrevistas com enfermeiras que integram equipes do PSF selecionadas para este estudo. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora comprometida em disponibilizar os resultados do estudo aos participantes.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração de Dissertação de Mestrado da pesquisadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profª Drª. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Entende-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para reflexões que vislumbrem novas formas de atuação das equipes de saúde, mediante uma prática que considere e valorize a articulação das ações dos diferentes profissionais e a interação destes como condições fundamentais para o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, sobre o objetivo e a justificativa do estudo, e os procedimentos a que serei submetido. Fui igualmente informado de que tenho os seguintes direitos:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer sobre assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de prejuízo;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Isabel Cristina dos Santos Colomé

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo.

Nome do Participante

Assinatura

Porto Alegre, ____ de _____ 2004.

Anexo - Documento de aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde
Av. João Pessoa, 325 - 2º andar - Fone.: 3289-2771

PROJETO DE PESQUISA: “O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família (PSF) na perspectiva das enfermeiras: desafios e possibilidades”

AUTORA: Isabel Cristina dos Santos Colomé

ORIENTADORA: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

PROCESSO: 001.033437.04.1

PARECER:

Do ponto de vista ético, projeto apto a ser desenvolvido. Após concluído o estudo, a autora deverá remeter um exemplar da monografia para a Assessoria de Planejamento desta Secretaria.

Porto Alegre, 14 de julho de 2004.


Karina Santos
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA