



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons (CC BY-NC). Fonte: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065>. Acesso em: 02 jul. 2018.

REFERÊNCIA

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>.

Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?

Is there teamwork in the Family Health Program?

Maria do Carmo Gomes Kell¹
Helena Eri Shimizu²

Abstract *The objective of the study was to know how team work in the Family Health Program is developed. A qualitative methodology was used. The study was performed in the city of Santo Antonio do Descoberto, in the Brazilian state of Goiás, with four complete basic teams more than six months ago. Focal groups had been formed, in two stages: the first with elements of each team individually, and later, with integrants of the four teams. For the analysis it was used the Discourse of the Collective Subject technique. It was evidenced that the subjects represent the team work as the union of the integrant ones in the search of a common objective. The work process occurs in a fragmented way, once the functions are carried in either an isolated or shared form, but not interactive or integrated. The absence of articulation of the actions becomes difficult that the teams find spaces for the elaboration of a local assistance project that meet the most ample needs of the population.*

Key words *Patient care team, Family Health Program, Primary health care, Family health*

Resumo *O objetivo do estudo foi conhecer como se desenvolve o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. Utilizou-se metodologia qualitativa. Foi realizado no Município de Santo Antonio do Descoberto (GO), com quatro equipes básicas completas há mais de seis meses. Foram feitos grupos focais, em duas etapas, a primeira com elementos de cada equipe individualmente e, posteriormente, com integrantes das quatro equipes. Para a análise, empregou-se a técnica de discurso do sujeito coletivo. Evidenciou-se que os sujeitos representam o trabalho em equipe como a união dos integrantes na busca de um objetivo comum, o processo de trabalho ocorre de forma parcelar, pois as funções se realizam de forma isolada ou compartilhada, mas não interativa ou integrada. A ausência de articulação das ações dificulta que as equipes encontrem espaços para a elaboração de projeto assistencial local que atenda as necessidades mais amplas da população. Palavras-chave Equipe de assistência ao paciente, Programa Saúde da Família, Atenção primária à saúde, Saúde da família*

¹Comissão de Ética do Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G. 70058-900 Brasília DF. carmenKell@hotmail.com

²Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido considerado uma estratégia para a reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS¹. É proposta uma nova forma de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de atenção, de forma integral, contínua, em diferentes níveis, na prevenção, promoção, cura e reabilitação, o que requer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. O vínculo entre os profissionais de saúde e população é privilegiado e as ações são intersetoriais, a fim de contribuir para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. Preconiza-se a utilização de um planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço¹.

O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho no PSF. Para tanto, as unidades são compostas por uma equipe mínima (um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde)¹. Algumas possuem equipes de saúde bucal e todas poderão contar com assistente social, psicólogo, dentre outros. Para o alcance de um modelo assistencial que permita a articulação de diversas intervenções, com destaque para a participação dos usuários e agentes do trabalho, enseja-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deve permitir a aproximação entre as partes, tendo-se a clareza de que todo conhecimento parcial só ganha significado quando referido no conjunto²⁻⁴. Discute-se a importância da transdisciplinaridade, que envolve não só as interações ou reciprocidades entre conhecimentos especializados, mas a colocação dessas relações dentro de um sistema total, sem qualquer limite rígido entre disciplinas⁵.

Enfatiza-se que a importância e a necessidade das ações inter, multi e transdisciplinares no setor saúde, e para além dele, passaram a ocupar a agenda de debates de forma oficial desde 1980. O objetivo dessas ações é promover a saúde dos indivíduos e das comunidades, com controle e participação da sociedade⁶.

Existem vários obstáculos para a construção de um trabalho em equipe com as características ora mencionadas. Dentre eles, cabe ressaltar a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que disciplina as relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes, bem como as falhas

no processo de formação, inadequação na organização e processos de trabalho⁷. Tais embarços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que desencadeia a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência.

Na área da saúde, são identificadas, comumente, duas modalidades de trabalho em equipe: a que se caracteriza como agrupamento, em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento entre agentes, e a equipe integração, na qual ocorre a articulação das ações e interação dos agentes, na busca da construção de um projeto assistencial comum⁸. A segunda modalidade tem sido considerada mais profícua para o alcance da inter e da transdisciplinaridade, sobretudo porque a comunicação entre os profissionais faz parte do cotidiano do trabalho e os agentes desenvolvem articulações das intervenções por meio da mediação simbólica. Essa articulação se refere à recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, a consideração das conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada área profissional, bem como a manutenção das respectivas especificidades⁸.

É relevante analisar o processo de trabalho para verificar como se desenvolve o trabalho em equipe, base para a organização dos serviços, o que pode minimizar a divisão do processo de trabalho e superar a inércia e a burocracia existentes⁹.

Este estudo se justifica por serem escassos os estudos que abordam o trabalho em equipe no PSF, o que é de suma importância para contribuir para a identificação das fragilidades e potencialidades existentes para seu efetivo desenvolvimento.

Os objetivos são conhecer e analisar como se desenvolve o trabalho em equipe no PSF, as representações sociais dos trabalhadores, o processo de trabalho, o relacionamento interpessoal e as dificuldades e perspectivas para o seu desenvolvimento, com a finalidade de oferecer subsídios para a melhoria do gerenciamento do serviço.

Metodologia

Optou-se por adotar a abordagem qualitativa para investigar o trabalho em equipe no PSF, já que essa é uma modalidade metodológica que permite analisar criticamente a realidade e os elementos processuais, bem como visualizar as possibilidades de transformações dessa realidade.

Compreende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na aborda-

gem da realidade. Configura-se como um transcurso de trabalho que começa com um problema ou pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas indagações¹⁰. O grande desafio que se apresenta no desenvolvimento do estudo é desfazer a aparência, para descobrir e compreender a realidade, por meio de uma atitude crítica, de indagações e dúvidas¹¹.

Assim sendo, considerou-se ser de suma importância identificar as representações sociais acerca do trabalho em equipe no PSF. As representações sociais são linhas de pensamento particular que se movimentam no cotidiano e que têm como função a comunicação entre os sujeitos, gerando informações e oportunizando familiaridade com o estranho conforme as categorias da cultura, intermediando a ancoragem e a objetivação¹⁰.

Nessa perspectiva, partiu-se do pressuposto que os trabalhadores do PSF possuem experiência cotidiana e conhecimentos práticos sobre o trabalho em equipe, mas que comumente não refletem um conhecimento crítico que relacione esses saberes particulares com a totalidade, as experiências individuais com o contexto geral¹².

Local do estudo

Foi escolhido como cenário de estudo o município de Santo Antônio do Descoberto, no Estado de Goiás, por ali ter sido implantado o programa há seis anos, o que tem permitido a sua consolidação e desenvolvimento.

Participaram deste estudo apenas quatro equipes que atenderam aos critérios de inclusão: estar completa há seis meses ou mais com os integrantes que compõem uma equipe básica, ou seja, um médico, um (a) enfermeiro (a), três auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Aspectos éticos

Após obtenção da autorização, por escrito, da Gestora Municipal de Saúde daquele município, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, a fim de atender as exigências da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado.

Foi apresentado aos sujeitos do estudo o termo de consentimento livre e esclarecido, que continha os objetivos do estudo, procedimentos de coleta de dados, garantia do anonimato e do uso exclusivo do material para fins de pesquisa científica, e colhidas as respectivas assinaturas.

Procedimentos de coleta de dados e os sujeitos do estudo

Inicialmente, realizaram-se visitas às equipes para observação da dinâmica de trabalho das equipes. Posteriormente, a coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas: na primeira, foram realizados grupos focais com os elementos que compunham a equipe de uma unidade, totalizando quatro sessões. Participaram desta etapa quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem e catorze agentes comunitários de saúde. Foi utilizado um roteiro que continha as seguintes questões: (1) O que é trabalho em equipe para vocês?; (2) Como é desenvolvido o trabalho em equipe em sua unidade?; (3) Como é organizado e dividido o trabalho em equipe nessa unidade?; (4) Como é o relacionamento interpessoal nessa unidade?; (5) Quais são as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento do trabalho em equipe?; e (6) Existem momentos de construção e elaboração de um projeto assistencial para as famílias?

Na segunda etapa, que visou aprofundar como se desenvolve o trabalho entre as equipes, foram realizados grupos focais com integrantes das quatro equipes, utilizando-se entrevistas semiestruturadas. Participaram desta etapa dois médicos, dois auxiliares de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. O roteiro de entrevista constava das seguintes questões: (1) Quais são as atividades desenvolvidas pelos profissionais que caracterizam um trabalho em equipe?; (2) Como o gestor municipal do SUS planeja, organiza e divide o trabalho entre as equipes?; (3) Quais são as facilidades e as dificuldades para o desenvolvimento do trabalho entre as equipes?; e (4) Quais são os recursos e as estratégias usados ou que poderiam ser usados para a construção de um projeto coletivo para a saúde da família no município?

Por fim, ressalta-se que reconhecemos que se constitui uma das limitações deste estudo a não realização das entrevistas individuais que poderiam destacar em maior profundidade as dificuldades e potencialidades do processo de trabalho em equipe no PSF.

A análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de discurso do sujeito coletivo (DSC), de Lefèvre⁸, com os seguintes procedimentos: leitura e análise das questões; identificação e destaque das ex-

pressões-chave das idéias centrais; identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave; identificação e agrupamento das idéias centrais de mesmo sentido e de sentido equivalente ou de sentido complementar; construção da síntese das idéias centrais de mesmo sentido e, finalmente, elaboração do DSC.

A elaboração do DSC é uma das maneiras que o pesquisador pode utilizar para reconstruir o universo de representações existentes no campo de pesquisa. Para que essa construção seja viável, é necessária a coleta da matéria-prima das representações, ou seja, os discursos verbalizados pelos sujeitos sociais¹³.

O pensamento coletivo é uma competência social, uma outra forma de idioma que se estabelece, ao viabilizar e permitir o intercâmbio entre os distintos sujeitos de uma mesma cultura, como língua primeira, condição incontestável para a vida humana e sociedade. Esse novo idioma é abstraído a partir da combinação de falas individuais de significado reputado, semelhante ou complementar, com o objetivo principal de expressar e representar um pensamento coletivo¹³.

Nesse sentido, pode-se dizer que o discurso do sujeito coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social na sua integralidade.

Resultados e discussão

O trabalho em equipe

No DSC 1, pode-se verificar as representações sociais sobre o trabalho em equipe no PSF. Essa prática é concebida como união de esforços para alcance de um objetivo comum. Consideram-se necessários alguns elementos como a linguagem comum, a compreensão e a disponibilidade, que corroboram para que todos os envolvidos acreditem na importância daquilo que estão fazendo e tenham um efetivo envolvimento com a realização da tarefa: ***O trabalho em equipe é união, se eu estou precisando de alguma coisa, nos unimos naquilo que é necessário. Um grupo unido em todos os sentidos. As pessoas precisam falar a mesma linguagem. Todo mundo precisa estar a fim de fazer o mesmo trabalho, tem amor, fazem por prazer. O trabalho em equipe pra mim é família. Um ajudando o outro e ajudando a população. Trabalho em equipe é a compreensão de todo mundo. Tem que se entender que é para todos. É cada membro se colocar disponível ao trabalho. Ninguém tem mais im-***

portância que ninguém. Ninguém impõe nada a ninguém. As decisões são tomadas em conjunto para desenvolver um trabalho igual.

Os sujeitos entendem por “falar a mesma linguagem” a sintonia e o consenso das ações a serem prestadas ao indivíduo, família ou comunidade. Evidenciam que é necessário que o grupo tenha clareza dos objetivos a serem alcançados, que haja disponibilidade de todos e que partilhem as decisões e as responsabilidades. A compreensão entre os elementos é tida por eles também como aspecto fundamental para o desenvolvimento do trabalho, o que requer a disponibilidade dos sujeitos para trabalhar em conjunto. Nessa perspectiva, todos os sujeitos têm a mesma importância, pois contribuem igualmente para alcançar os resultados.

Os sujeitos percebem que a hierarquia é importante, mas não deve ser estabelecida de forma rígida, pois precisa permitir o compartilhamento das atividades e das obrigações, de modo a possibilitar a complementaridade das ações desenvolvidas. Eles destacam a importância da clareza dos limites das funções de cada um, sem, contudo, perder a liberdade para discutir e dividir as responsabilidades na tomada de decisões.

Finalmente, no DSC 2, pode ser percebida a concepção do trabalho em equipe como resultado de esforços de cada um no desenvolvimento da tarefa, o que permite potencializar a capacidade produtiva: ***Trabalho em equipe pra mim é que o resultado final depende da atuação de cada um dentro da equipe. Para que o trabalho seja positivo, vai depender do desempenho de cada um. Quando você trabalha em equipe, você tem mais força, mais vontade, tem apoio do colega, você pensa melhor, age melhor. Duas cabeças pensam melhor que uma. E várias pensam melhor ainda.***

Esta concepção de trabalho em equipe, que toma os integrantes como insumo, enquanto recurso para aumento da produtividade e ausência de conflitos, é ainda hegemônica nos serviços de saúde, inclusive no PSF. Ela tem favorecido a competitividade, como consequência da valoração hierárquica e desigualdades sociais entre os trabalhos dos diferentes agentes¹⁴. Há, portanto, de ser revista, porque é necessário que a centralidade do trabalho em equipe seja focada na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho, ou seja, a atenção integral às necessidades de saúde do paciente, que pode ser aprimorada em sua qualidade por meio da comunicação em busca de consenso entre os profissionais no cotidiano de trabalho¹⁴.

O processo de trabalho no PSF

Ao se analisar o processo de trabalho desenvolvido pelos elementos da equipe, constatou-se que cada profissional – o médico, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS) – realiza isoladamente os trabalhos especializados.

Nesse sentido, o DSC 2 mostra que, devido à necessidade de se seguir um cronograma de ações preestabelecidas, a divisão do trabalho adotada pelos profissionais para desenvolver o atendimento individual segue o método funcional. E as ações de caráter coletivo são realizadas conjuntamente: *Na segunda-feira tem a consulta médica, na terça [...]. Na quarta, o atendimento às gestantes. O trabalho é organizado conforme o programa, observa-se prioridade e, dependendo do caso, vai para o auxiliar, enfermeiro, médico. Tem outro momento em que nós temos a participação de todo mundo junto. Nas palestras onde toda a equipe participa sobre temas específicos. O palestrante é o agente de saúde, mas todos participam.*

Os sujeitos expressaram a importância da comunicação, mas apenas quando se referiram às relações pessoais, baseadas no sentimento de amizade. Destaca-se que existe a percepção de que ela pode ficar restrita a esse âmbito, o que, de certa forma, atende as necessidades pessoais dos sujeitos envolvidos, considerando-se que todos os seres humanos são essencialmente sociais. Mas isso não garante a articulação das ações. Essa se dá, segundo Peduzzi, por meio da comunicação: *Por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a coordenação e integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes. O trabalho em equipe multiprofissional consistiria numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.*

No DCS 3, salienta-se a ausência de conflitos como requisito para se ter um relacionamento interpessoal satisfatório: *O ambiente de trabalho é bem legal. A interação do relacionamento interpessoal é muito boa aqui; pelo menos, nunca presenciei nenhuma dessas brigas. É por isso que o trabalho está funcionando. Porque quando tem muitos atritos, acaba ficando a equipe muito dispersa. Na verdade, a gente tenta trabalhar da mesma forma.*

Percebe-se que os sujeitos idealizam o trabalho em equipe como aquele que tem uma dinâmica constantemente harmônica e inclusive homogênea. Comumente, as equipes idealizam as

relações, que devem se dar como um trabalho de cooperação e colaboração ampla e incondicional, sem desentendimentos e com crescimento irrestrito de todos os seus componentes¹⁵.

Esse tipo de percepção prevalece quando há grande medo da equipe em admitir a existência de conflitos comuns na convivência grupal. Todavia, diversos autores têm demonstrado que o conflito faz parte do trabalho em equipe¹⁵⁻¹⁹.

Foi constatado que os elementos das equipes não têm um espaço formal e sistematizado, nas unidades, para que as necessidades e demandas da população sejam discutidas e compartilhadas. Geralmente, essas questões são resolvidas pontualmente, como mostra o seguinte DSC 4: *À medida que os problemas surgem, a gente tenta discutir. Às vezes depende de uma atitude individual ou de todos nós. Toda vez que temos um problema em nossa área, conversamos com todos, chegamos em um consenso. Encontramos um problema na visita, trazemos para o grupo e voltamos com a solução.*

São escassos os momentos de reunião da equipe para planejar as ações a serem desenvolvidas, pois se costuma seguir o plano de trabalho determinado pela Secretaria de Saúde, como o DSC 5: *É, o nosso planejamento é muito baseado nos programas fornecidos pela secretaria de saúde em que tem o cronograma diário. Segunda-feira: hipertensos e diabéticos. Terça-feira: visitas, na quarta-feira é o pré-natal. A secretaria envia uma proposta, programa pronto. Os postos seguem a proposta ou atendem a demanda. Os programas propostos fazem parte do PSF. Eu tenho um cronograma semanal. Nós temos a nossa agenda, onde tudo é programado e nós vamos planejando conforme a necessidade. Porque também temos que nos organizar, para participar de campanhas eventuais que venham a surgir; que atendam a nossa área, uma vez organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde*

Essas ações seguem a orientação da NOAS/2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde), que define o processo de regionalização da assistência e confere responsabilidades às equipes nas ações da saúde, em áreas prioritárias da atenção básica à saúde, tais como ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, entre outras²⁰. Na realidade, essa norma tem como objetivo geral promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

É importante destacar que as ações programáticas de saúde são importantes instrumentos

para a redefinição do processo de trabalho em saúde. Entretanto, devem ter como ponto de partida a identificação das necessidades da população atendida pelos serviços de saúde²¹. Verificou-se, porém, que, no cotidiano de trabalho, as equipes do PSF ficam presas, quase que exclusivamente, à execução dessas ações.

Em suma, percebeu-se que, no processo de trabalho desenvolvido, cada um dos trabalhadores especializados exerce as ações isoladamente. Concorde-se com Peduzzi⁸ que é necessário ser este trabalho complementado por outros trabalhadores também especializados, a fim de responder integralmente às necessidades de saúde dos usuários. Verificou-se que a complementaridade não é aproveitada pelos profissionais, no sentido de expressar articulação entre os trabalhos. Isso remete à concepção de equipe agrupamento, na qual não ocorre articulação das ações nem interação dos agentes. Os trabalhos especializados estão justapostos, sem que as conexões estejam evidenciadas pela intervenção consciente de um sujeito articulador.

Seguindo essa linha de pensamento, Peduzzi chama à atenção ao afirmar que a complementaridade pode não estar aparente, ou visível, mas pode apresentar-se nos distintos trabalhos, trabalhos isolados e sem articulação. Desta forma, a autora leva ao entendimento que a articulação das ações seja “resultante da intervenção ativa e consciente do agente, no sentido de evidenciar as conexões existentes entre ações ou trabalhos complementares”⁸.

As dificuldades e potencialidades para a construção de um projeto assistencial para o município

O DSC 6 evidencia que não existe inter-relação entre as equipes, mas percebe que essa seria necessária, pois cada equipe, por si, procura trabalhar os seus problemas e as suas dificuldades. Isso prejudica a possibilidade de troca de experiências, bem como o conhecimento das necessidades, dificuldades e êxitos de outras unidades. Nesse sentido, as falas demonstram que as equipes sentem a necessidade de o gestor de saúde assumir, de fato, a coordenação e articulação entre as equipes e das ações desenvolvidas por elas. Referem-se à importância de um certo grau de acompanhamento institucional, no que tange à orientação e apoio: ***Se a gente for pensar no PSF como uma equipe, só eu não consigo porque eu acho que as equipes são muito isoladas. Aqui no Santo Antonio do Descoberto. Eu tenho dificulda-***

de em interagir com as outras equipes. Eu encontro empecilhos e eu vejo a necessidade de um órgão que articulasse mais as equipes. Eu vejo as unidades isoladas. Não há inter-relação entre as equipes, que seria muito necessária, porque cada equipe tem criatividade próprias, tem experiências que vão enriquecer o trabalho, entre as equipes. Fora da equipe é que está o problema maior.

A expressão dos grupos (DSC 7) revela que a inexistência de ações que visem à integração das equipes, bastante valorizada, gera como consequência um imobilismo, com cada uma se fechando nela própria: ***Cada um na sua área. Essa falta de inter-relação e entrosamento dificulta muito. Se tivesse um momento da gente ficar junto, desenvolvimento de programas conjunto, seria extremamente interessante. Não tem o trabalho intequipe, não existe. Então não há facilidade nem dificuldade. Se tivéssemos maior inter-relação, tudo seria mais uniforme no trabalho.***

A atenção integral exige mudanças das práticas em saúde para que equipes existam efetivamente como grupo multiprofissional e interdisciplinar, agregando profissionais de saúde e usuários, desenvolvendo a efetiva autonomia dos usuários²².

A falta de integração entre as equipes, bem como de referência e contrarreferência, como pode ser percebido no DSC 8, causa a descontinuidade da assistência:

Fica parado por pouca relação entre as equipes, pouco acesso a encaminhamento, a encaminhar a determinada especialidade, a dar soluções a determinados problemas

O DSC 9 demonstra que as unidades não têm oportunidade de planejar conjuntamente algumas ações que visem integrá-las, bem como ações que visem dar maior resolutividade aos problemas e necessidades de saúde da população: ***Aqui eu nunca participei. Eu não tenho idéia de como isso é feito. O trabalho planejado já é passado pra gente e a gente executa. A Secretaria realiza a divisão das áreas que a gente vai trabalhar. Se tiver alguma coisa urgente para fazer, e a secretaria quer que seja feita pelo agente. A gente não participa daquele planejamento, a gente faz o que chega para a gente.***

Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, como o da Secretaria de Saúde do município em estudo, tende a estimular o descompromisso e a alienação entre a maioria dos trabalhadores. Da mesma forma, um processo de trabalho centrado em procedimentos, e não na produção de saúde, tende a reduzir o envolvimento das equipes²³, já que, “na saúde, é necessário reaproximar os

trabalhadores do resultado de seu trabalho. É recomendável voltar-se a valorizar o orgulho profissional, pelo esforço singular realizado em cada caso”²³.

Conforme mostra o DSC 10, a forma de comunicação da Secretaria de Saúde com as equipes ocorre de modo hierarquizado e formal, fragilizando a liberdade de ação dos integrantes das equipes ou até mesmo fomentando a alienação. Além disso, não são feitos os devidos esclarecimentos das ações que devem ser executadas: ***Desde quando comecei a trabalhar aqui, eles nos passam ofícios. Por exemplo, quando mandaram um da campanha. Fiquei sabendo, disseram que tal dia deveríamos participar. Além disso, a Secretaria faz a reunião, simplesmente participa ali, para entregar os papéis para a gente acompanhar a reunião. Mas, não fala nada, não explica. Nunca sabe o que tem que explicar dos programas que temos que desenvolver. Então, fica sempre faltando alguma coisa. Todo mundo fez o seu planejamento, passamos para a coordenadora. Mas, isso não foi para frente.***

Nas poucas oportunidades que as equipes têm para se reunir, são tratados assuntos administrativos burocráticos; portanto, não há oportunidade de discussão de assuntos de interesse das equipes. Geralmente, as equipes têm reunião, conforme visto no DSC 11, apenas para entregar ao coordenador o relatório das atividades realizadas. Eventualmente, reúnem-se para organizar as campanhas em saúde: ***O momento que a gente tem realmente para planejar é aquele que eu falei da reunião mensal, a gente não tem um momento específico que a gente senta e diz você é responsável por isso. Essa divisão a gente não tem, são algumas exceções, como na época da vacina, que a gente senta e diz você vai ficar responsável pela triagem. Somente em algumas situações, a gente não tem uma rotina de reunião para isso. A gente faz reunião mensal para entrega de relatório. Então a gente procura realizar o planejamento nessas entregas de relatório para passar informações, estar planejando e resolvendo esses problemas***

O DSC 11 revelou também que as equipes sentem-se pressionadas com relação à excessiva produção dos relatórios estatísticos, relativos ao SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica). Mesmo reconhecendo que esses instrumentos emitidos pelas equipes permitirão conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada, o número de relatórios, utilizados no processo de planejamento no nível central, tende a sobrecarregar as equipes, burocratizando o seu trabalho: ***A secretária faz uma estatística e manda para nós. De certa forma, nos sentimos pressionados. Palestra***

não entra na estatística. É a questão da cobrança do quantitativo. Querem que você atenda, atenda, atenda. Fica toda a equipe em função disso, da quantidade. Aí você se distancia de outras propostas do PSF, que é o trabalho de educação.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o perfil das necessidades e prioridades da população deve ser determinado a partir de informações epidemiológicas (situações de risco e morbidade) frente às informações e demandas trazidas pelas entidades representantes dos usuários, nos Conselhos de Saúde, e não apenas pelos prestadores de serviços e pelos profissionais. Esse perfil deve ser referência para o planejamento da oferta de serviços no nível regional e microrregional, devido à marcante diversidade socioeconômica e epidemiológica entre as regiões no país²⁴.

O texto constitucional de 1988 determinou a responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia do direito à saúde, à universalização do acesso aos serviços e à integralidade da atenção à saúde como direito de cidadania, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos, doenças e outros agravos.

Os sujeitos demonstraram anseio em participar da construção de planejamento para todas as equipes, que deveria ser coordenado pela SES. Este poderia se constituir em um projeto assistencial para a população atendida, em livre discussão sobre os problemas e quais devem ser os objetivos da ação coletiva: ***Tem que ter um planejamento estratégico. Não temos reuniões. É necessário ela chamar, reunir, organizar, planejar. Porque tem que ver a realidade, viver no papel. O planejamento deve ser de acordo com a realidade e não com o papel. A gente trabalha como a gente sabe que deve ser. A gente sabe, porque trabalha de acordo com o papel. O papel das normas do PSF. As atribuições de cada um, do médico, do enfermeiro, do agente. Mas, eu digo assim, pra chamar, pra cobrar. Eu acho que deve haver uma cobrança. E a gente não tem. Pra poder avaliar se o serviço está tendo ou não um resultado. Então, eu acho que falta planejar.***

Hoje, com o propósito de alcançar a integralidade das ações em saúde, propõe-se uma nova maneira de atendimento em saúde, que é o sistema de cogestão com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe, em sintonia com a coletividade usuária²⁵. Desta forma, a gestão participativa é ***a construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a socie-***

dade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde⁹.

Campos²⁵ ressalva a importância de que os projetos terapêuticos sejam referenciados na construção da autonomia do usuário, ou seja, contribuindo para o desenvolvimento de sua capacidade no enfrentar dos problemas de saúde a partir de suas condições reais de vida, da instituição de novos modos de vida, de ser ator na produção da saúde e de si. Isso significa abrir o caminho ao conhecimento sobre o processo saúde-doença até o restabelecimento, ao diálogo com os saberes, os valores e desejos do usuário na construção dos cuidados à saúde.

“Os serviços de saúde deveriam ser reorientados para aumentar sua capacidade de produzir saúde, curar e reabilitar”⁹. Entende-se que esta reorientação deva ser cotidiana, envolvendo todos os sujeitos afins, pois as práticas sanitárias têm particularidades que as diferenciam de muitas outras.

Considerações finais

As representações sociais da equipe do PSF evidenciam que essa compreende, como a essência do trabalho em equipe, a união dos integrantes, na busca de um objetivo comum. Além disso, percebe ser necessário organização hierárquica e divisão de funções e que deve haver flexibilidade para possibilitar a articulação e complementaridade das ações. Acreditam ainda que o trabalho em equipe potencializa a possibilidade do alcance de resultados.

Em relação ao processo de trabalho, foi constatado que é feito de forma parcelar, em que cada um realiza a sua função de forma isolada ou compartilhada, não interativa e nem articulada.

Os sujeitos demonstraram que o alto grau de normatividade do PSF, com base em ações programáticas, contribui para a divisão parcelar do trabalho e impõe limite para a realização de planejamento de um projeto assistencial local. Como a Secretaria Municipal de Saúde organiza a maior parte das ações a serem desenvolvidas pelas unidades, as equipes quase não encontram espaços para elaborar ações voltadas para as necessidades reais da população.

Os sujeitos revelaram também a necessidade de qualificação de gestão. Existe, sobretudo, a expectativa de uma gestão que considere a participação dos trabalhadores e usuários como sujeitos da construção de um planejamento do projeto assistencial.

O estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso com corresponsabilização entre profissionais e população são elementos essenciais para o alcance dos objetivos do Programa da Saúde da Família. E isto só será possível como uma mudança de atitude pessoal e profissional de gestores e trabalhadores na perspectiva da prática interdisciplinar permeada pela integralidade da assistência. O profissional de saúde deve atuar na ampliação dos referenciais com que trabalha e reconhecer os limites da sua ação individual e isolada para atender a todo o universo de necessidades do usuário, contribuindo, assim, para a atenção integral.

Os sujeitos revelaram que, para a melhoria do trabalho em equipe, é preciso privilegiar relações amistosas, na perspectiva de articulações de ações permeadas pela prática da comunicação intra e inter equipe, gestor e usuários.

Nessa direção, o trabalho em equipe deverá ser norteado pelo investimento na criatividade, na busca de novos mecanismos para o aprimoramento da qualidade da produção de cuidado em saúde.

Colaboradores

MCG Kell realizou a coleta e a organização dos dados e HE Shimizu realizou a orientação, análise e redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 22 dez.
2. Demo P. *Conhecimento moderno: sobre a ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis: Vozes; 1997.
3. Gadotti M. Interdisciplinaridade: atitude e método [site da Internet]. [acessado 2008 fev 23]. Disponível em: http://www.paulofreire.org/pub/Institu/SubInstitucional1203023491It003Ps002/Interdisci_Atitude_Metodo_1999.pdf
4. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
5. Fazenda ICA. *Práticas interdisciplinares na escola*. São Paulo: Cortez; 1996.
6. Santana MNGST. *Proposta do controle social, por meio da 11ª Conferência Nacional de Saúde, para a formação de recursos humanos para a área de Saúde*. Brasília: s/n; 2001. [Mimeo]
7. Shimizu HE, Dytz JL, Lima MG, Moura AS. Enfocando o desempenho do auxiliar de enfermagem do Programa de Saúde da Família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(5):713-720.
8. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
9. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-266.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
11. Demo P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 1996.
12. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 2000.
13. Lefrève F, Lefrève AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EdUCS; 2003.
14. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet] 2001 [acessado 2008 fev 23]; 5(9):[cerca de 4 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>
15. Urbanetto JS. *Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras: convergências encontradas em dois hospitais universitários* [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
16. Ciampone MHT, Peduzzi M. O trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* 2000; 53(nº especial):143-147.
17. Moscovici S. Notes towards a description of social representations. *Eur J Soc Psychol* 1988; 18:211-250.
18. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2008 fev 23]; 12(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400007
19. Leite JCA. *O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 2001.
21. Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: ISC; 2002.
22. Passos E, Benevides R, organizadores. *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2006.
23. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 1999 [acessado 2008 fev 23]; 4(2):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do SUS: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
25. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.

Artigo apresentado em 30/01/2007
Aprovado em 05/09/2007