

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

DAIANE APARECIDA DIAS

**TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Carlos

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

DAIANE APARECIDA DIAS

**TRABALHO EM EQUIPE: LIMITES E POSSIBILIDADES NA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-Graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica
Orientação: Prof.^a Dra. Sueli Fatima Sampaio

São Carlos

2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

D541te Dias, Daiane Aparecida.
Trabalho em equipe : limites e possibilidades na perspectiva de profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família / Daiane Aparecida Dias. -- São Carlos : UFSCar, 2015.
49 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Saúde e trabalho. 2. Estratégia saúde da família. 3. Trabalho em equipe. 4. Processo de trabalho. I. Título.

CDD: 613.62 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

DAIANE APARECIDA DIAS

“Trabalho em Equipe: limites e desafios na perspectiva de profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, Área de concentração em Gestão do Trabalho.

DEFESA APROVADA EM 29/10/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Sueli Fatima Sampaio / UFSCar

Prof.^ª Dr.^ª Inahíá Pinhel / PUC - Campinas

Prof.^ª Dr.^ª Valéria Vernaschi Lima / UFSCar

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC

Tel: (16) 3351-9612; e-mail: ppggc@ufscar.br

Dedico a realização deste trabalho ao
Gilian, meu companheiro de todos os
momentos, pelo apoio incondicional
durante toda a caminhada;

Dedico também a todos os
**trabalhadores da Estratégia Saúde
da Família** que se comprometem
cotidianamente com a produção do
cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Primeiramente a Deus que me concedeu o dom da vida e me deu força e resignação para chegar ao fim de mais uma jornada.

Aos meus pais por estarem ao meu lado em todos os momentos, sempre apostando em mim.

Ao meu esposo pelo amor, compreensão em relação as minhas intolerâncias, ansiedades e ausências e por acreditar em mim como pessoa e profissional.

A Professora Sueli Fatima Sampaio pela competente forma que me conduziu neste percurso, pelo respeito e confiança depositados em mim, por sua disponibilidade de esperar o meu tempo de compreensão, de trocas de conhecimento e escuta.

Às professoras Valéria Vernaschi Lima e Inahíá Pinhel que aceitaram participar da banca de defesa e contribuíram para meu aprendizado

A Professora Viviana Aparecida Lima pelas importantes sugestões concedidas no exame de qualificação.

Aos profissionais que aceitaram participar do trabalho, disponibilizaram seu tempo e contribuíram para a concretização deste trabalho.

A Larrisa pelo auxílio na coleta de dados.

Aos meus amigos e colegas profissionais de saúde com quem dividi dificuldades, sonhos e lutas.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

RESUMO

Este trabalho partiu de uma análise e reflexão sobre o Trabalho em Equipe, na perspectiva de profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), em um município do interior do estado de São Paulo. A finalidade foi evidenciar o processo de trabalho, baseado na perspectiva da integralidade das ações, considerando a concepção do papel de cada profissional como membro integrante de uma equipe, para a produção do cuidado. Revela ainda a visão destes profissionais sobre o trabalho em equipe, bem como os fatores, que o favorece e o influencia, nas relações estabelecidas no processo de trabalho. O presente estudo possui uma abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico, cujos participantes foram os profissionais de saúde, inseridos em uma equipe da “Estratégia da Saúde da Família”. Muito embora os profissionais tenham ressaltado a importância do caráter interdisciplinar, suas representações indicam que os mesmos desenvolvem basicamente trabalhos isolados e ações fragmentadas. Valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais como componentes da equipe, no entanto, suas representações não são reveladoras da interação entre seus saberes. Compreende-se que as discussões acerca do Trabalho em Equipe no contexto da Estratégia Saúde da Família são de fundamental importância, para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos, uma vez que este implica numa atividade coletiva, onde cada membro coloca seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo comum, ou seja, na produção do cuidado integral.

Palavras Chaves: Estratégia Saúde da Família; Trabalho em Equipe; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

This study started from an analysis and reflection on Teamwork, from the perspective of professionals from a Family Health Unit (FHU) in a town in the state of São Paulo. The purpose was show the work process, based on the perspective of integrated care, considering the conception of the role of each professional as an integral member of a team, for the production of care. It also shows the vision of these professionals about teamwork, as well as those factors that favors and influence in the relationships established in the work process. The present used a qualitative descriptive-analytical approach to character, whose participants were health professionals, entered a team in the "Strategy of Family Health". Although professionals have noted the importance of interdisciplinary character, its representations indicate that they develop work isolated and fragmented actions. Value the participation of different professions / professionals as team members; however, their representations are not revealing the interaction between their knowledge. It is understood that discussions about teamwork in the context of the family health strategy are crucial to bring about changes in the profile of the various professionals involved, because this implies a collective activity where each member puts their knowledge, feelings ne expectations due to a common objective, that is, in the production of a complete care.

Keywords: Family Health Strategy, Teamwork, Work process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

ACS- Agente comunitário de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USB- Unidade Básica de Saúde

VD- Visita domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	03
2.1 Processo de Trabalho em Saúde.....	03
2.2 Trabalho em Equipe.....	06
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4. PERCURSSO METODOLÓGICO.....	12
4.1 Tipo de estudo.....	12
4.2 Campo de estudo.....	13
4.3 Participantes do estudo.....	13
4.4 Coleta de dados.....	14
4.5 Considerações éticas.....	15
4.6 Análise de dados.....	15
5. Resultados e discussões.....	17
5.1 Categoria 1- Concepções sobre o processo de trabalho e o trabalho em equipe.....	17
5.2 Categoria 2- Potencialidades e desafios para o trabalho em equipe.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
7. REFERÊNCIAS	41
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	48
ANEXO B – Questões norteadoras do Grupo Focal.....	49

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema “Trabalho em Equipe” tem sido delineado ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional. Neste percurso, esse tipo de trabalho sempre me chamou a atenção, pois sua proposta está muito presente na área da saúde, em especial no cotidiano da prática da enfermagem, assim como no campo da saúde coletiva.

A vivência e questionamento sobre o trabalho em equipe inicialmente se deu na interação com profissionais, em uma Unidade de Saúde da Família, quando desenvolvia atividades como residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, observava o processo de trabalho dos vários profissionais inseridos no cenário de prática, mas com ações isoladas, ainda que se propusessem a desenvolver atividades de forma grupal. Na atualidade, como profissional alocada em uma equipe da Estratégia da Saúde da Família, a experiência tem me proporcionado refletir a prática no cotidiano profissional, uma vez que me encontro no desafio de coordenar uma equipe de profissionais em torno de ações de saúde. De maneira geral, nas duas vivências foi e está sendo possível perceber a fragmentação do processo de trabalho e a dificuldade dos profissionais em ampliar a visão e o comportamento, que dão perspectiva ao trabalho em equipe. Espero com esta pesquisa trazer a reflexão sobre este tipo de trabalho, na perspectiva da prática profissional, com vistas a resgatar sua importância no cotidiano de trabalho.

Diante dos desafios apresentados nas experiências vivenciadas no trabalho em equipe de saúde e, com a aproximação de referencial teórico sobre o tema, foi proposta a questão norteadora de reflexão para investigação teórico-metodológica “Como se dá o trabalho em equipe em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Carlos/SP?”.

Este estudo teve como cenário uma equipe da Estratégia de Saúde da Família do município de São Carlos/SP. A abordagem teórica tem como primeiro momento a elucidação do processo de trabalho para o trabalho em saúde. Em seguida, conceitua e diferencia o trabalho em equipe das demais modalidades de trabalho. E finalmente, busca contextualizar as possibilidades e limites do trabalho em equipe no campo da saúde.

Entendendo, que na saúde, o trabalho em equipe tem o desafio de reunir diferentes profissionais para o desenvolvimento de um processo de trabalho, senti a necessidade em compreender como se desenvolve esse processo de trabalho, em uma Equipe da Estratégia da Saúde da Família, permeado por uma postura, que o favoreça.

Segundo Carvalho (2012) é importante olhar para o trabalho como interação social, tendo na comunicação a possibilidade de pactuar e renovar os valores subentendidos nas regras, e, também, como forma de enfrentamento dos conflitos.

O trabalho em saúde integra a prestação de serviços à saúde, como parte do setor terciário da economia. Este trabalho não produz bens a serem estocados e comercializados, mas sim serviços, que são consumidos no momento da assistência, seja ela coletiva ou individual. Diferencia-se dos outros trabalhos do setor terciário, pois lida com o objeto humano que traz aos serviços de saúde sua singularidade expressa nas necessidades de saúde (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Entende-se que no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) trouxe uma nova proposta para o processo de trabalho em saúde, a partir da mudança do modelo assistencial. Concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994, incorpora novas proposições, regulamentações, modalidades de incentivo financeiro, bem como apresenta experiências inovadoras e positivas em alguns municípios, consagrando-se como estratégia de mudança do modelo assistencial no país dentro da política nacional. Configurou-se como uma iniciativa inovadora. Isto porque, diferente de outros países, que também basearam seus sistemas na atenção primária, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

O avanço da Saúde da Família ocorreu de tal forma, que desde 1997 rompe-se com a ideia de programa, passando à denominação de estratégia. Isto porque a Estratégia Saúde da Família é concebida como importante indutor de mudanças no modelo assistencial a partir, primordialmente, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que possibilite intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de compreender melhor a importância do trabalho em equipe dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é necessário observar, que neste tipo de trabalho em saúde ocorre a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tal peculiaridade requer mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de saberes (SILVA, 2005).

É fato que o trabalho em equipe multiprofissional não é específico da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, no caso da ESF ele se tornou um dos principais instrumentos

de intervenção, pois as ações se estruturam a partir da equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

O trabalho em equipe envolve um conjunto de trabalhadores em articulação e desarticulação, com aquilo que tomam enquanto objeto de trabalho, com as relações de poder, com seus conceitos sobre saúde-doença, com seus saberes, com seus projetos em disputa, com subjetividades em produção e reprodução (MERHY et al., 1991).

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

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Trabalho pode ser entendido como uma atividade humana, de cunho social, com a finalidade de transformação (MARX, 1994).

Segundo o autor supracitado, o processo de trabalho ocorre porque as pessoas têm necessidades a serem satisfeitas; o homem utiliza de suas energias física e mental, interferindo na natureza e transformando-a e o produto dessa ação também o transforma.

O trabalho se traduz numa experiência rica, que envolve sentimentos, compreensão e respeito, e neste cenário se revela novas formas de entender, de agir numa perspectiva de mudança, numa visão de mundo, a fim de transformar a relação com o outro (MERHY; FRANCO, 2012).

O trabalho em saúde é essencial para a vida; é um trabalho da produção não material. O produto está ligado ao processo de sua produção e se completa no ato da sua realização (PIRES, 1999).

Mendes-Gonçalves (1992) refere que a teoria de Marx apresenta o processo de trabalho como composto por três elementos: o objeto de trabalho, sobre o qual incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo em produto; os meios de trabalho,

que é o instrumental de trabalho e; a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito. Tanto o objeto como os instrumentos de trabalho não existem por si só, constituindo-se num processo histórico-social. O autor entende que isto permite compreender, que as atividades realizadas pelos profissionais de saúde não são apenas fruto do progresso técnico-científico, mas também como intervenções, que expressam uma dada concepção do processo saúde-doença, dinâmica social e de organização dos serviços de saúde.

A partir das considerações de Merhy e Franco (2012), ao pensar no cotidiano do trabalho, observa-se que o produto deste processo, a produção de cuidado, se dá no encontro entre trabalhadores e usuários, que são rodeados pelos instrumentos materiais e não materiais (tecnologias leves), bem como por saberes, experiências de vida, sofrimentos e subjetividades.

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode-se definir o trabalho em equipe como um dos pilares para o alcance de seus objetivos, no sentido de representar uma estratégia para mudança do atual modelo de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Na organização do processo de trabalho em saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe um novo modelo de atenção à saúde, baseado na promoção da saúde e respeito aos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Na ESF, a implementação das ações se dá no sentido de satisfazer as necessidades de saúde individuais e coletivas, abrangendo uma política de humanização à saúde (BRASIL, 2001).

A humanização é um pilar essencial na construção do novo modelo de atenção básica, que é o objetivo da ESF, por meio do vínculo entre profissionais/usuários/famílias e pela responsabilidade da equipe na resolução dos problemas. Esta prática deve estar presente na estrutura de qualquer serviço de saúde, preferencialmente alinhado às perspectivas dos princípios propostos pelo SUS. Humanização como espaço ético, requer então o fomento das relações profissionais saudáveis, além do reconhecimento de limites, sabendo o profissional compreender sua condição humana e de cuidador de outros seres humanos (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde esta nova estratégia supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem a responsabilidade (BRASIL, 2014).

Tendo uma proposta inovadora, à medida que rompe com os paradigmas consolidados no passado e amplia o conhecimento da clínica centrada em um único profissional, priorizando o “conhecimento que agrega”, procura mudar a atenção à saúde em favor da integralidade, da descentralização do saber e da proximidade das demandas concretas da população assistida (CARDOSO, 2004).

O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família proporciona aos indivíduos e famílias uma assistência integral, através dos diferentes olhares dos profissionais que compõem as equipes multidisciplinares (BRASIL, 2001).

Uma equipe de Saúde da Família deve ser composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001).

O processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (USFs) está organizado a partir da territorialização, que se dá pelo mapeamento da área, ou seja, do território de abrangência sob responsabilidade da equipe da USF, com cobertura de 600 a 1000 famílias; mapeamento das micro áreas, que se caracteriza pelo pequeno espaço de território, que está sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde, onde residem 400 a 750 pessoas; ainda a adscrição da clientela, que é o cadastro de todas as famílias através de um sistema de informação da atenção básica, denominado SIAB. Ainda em relação ao processo de trabalho, estão incluídas outras responsabilidades como, consultas individuais médicas e de enfermagem, ações de saúde bucal, visitas domiciliares, atividades educativas, grupos, supervisão, educação permanente, reuniões de equipe (BRASIL, 2001).

Em uma USF, o trabalho deve ser realizado com uma abordagem preventiva, de promoção à saúde e curativa, tríplice indicadora de que as ações são desenvolvidas de forma global. Trabalhar em equipe significa construir práticas conjunta e coletivamente para a realização dessas ações (ARAÚJO; ROCHA, 2009).

Um dos aspectos que destacam a importância do trabalho em equipe na ESF é a contemplação da integralidade no cuidado, considerada um dos princípios doutrinários do Sistema de Saúde vigente no Brasil e eixo fundamental para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

2.2 TRABALHO EM EQUIPE

Existem especificidades do trabalho nas organizações de saúde como: intersubjetividade - o trabalho sempre ocorre no encontro trabalhador e usuário; o caráter interdependente do trabalho final - realizado por uma equipe, o que é variável, pois envolve a peculiaridade de cada indivíduo e a forma como opera a equipe. Estas percepções caracterizam a ligação das ações existentes entre as diferentes especificidades profissionais, que são dependentes entre si e, ao mesmo tempo, se complementam na produção das intervenções em saúde (PEDUZZI et al., 2011).

Para a assistência à saúde, cada trabalho especializado é o meio para a realização do trabalho. As atividades realizadas pelos diferentes profissionais são organizadas e executadas expressando relações desiguais, sendo que o processo de divisão técnica e social do trabalho estabelece relações de desigualdade entre os trabalhadores e relações hierárquicas (PEDUZZI, 2009).

A transformação do objeto de trabalho nesta área pode ser dada na perspectiva da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Com isso a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas qualidade de vida e emancipação dos usuários e trabalhadores. Com a transformação do objeto de trabalho, é necessária uma relação humana intensa, sendo fundamental a inter-relação e o vínculo, configurando o trabalho em saúde como ação produtiva e interação social (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Seguindo esta lógica para Peduzzi (2009, p. 421) o trabalho em equipe:

[...] não tem sua origem apenas no caráter de racionalização dos recursos gastos na assistência médica, no sentido de garantir melhor relação custo/ benefício do trabalho médico e ampliar o acesso à cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença [...]

O trabalho em equipe busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado, que respondam de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço (CARVALHO, 2012).

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

complexidade reside no fato de que conjuga diferentes processos de trabalho, que devem preservar diferentes técnicas e articular intervenções. Também há a necessidade de reconhecimento da transversalidade de algumas ações e que há algo em comum entre os saberes (CARVALHO e colaboradores, 2012).

Assim, se torna imperativo afirmar que o trabalho em equipe não pode ser considerado um trabalho coletivo, pois neste cada categoria profissional realiza parte da assistência e do cuidado separado de outros profissionais, muitas vezes duplicando esforços ou até mesmo realizando atividades contraditórias, que reforçam a fragmentação. Já no trabalho em equipe surge a possibilidade de modalidade de trabalho coletivo e a alternativa para recomposição dos trabalhos especializados, na perspectiva da atenção integral á saúde (PEDUZZI, 2007).

Segundo Peduzzi (2009) a noção de equipe proporciona a ideia de que os diversos atores envolvidos em uma tarefa ou trabalho tenham objetivos comuns a se alcançar.

Pensando nas diferentes configurações sobre processo de trabalho, Peduzzi (2001), configura o trabalho em equipe por meio de duas modalidades: equipe agrupamento, onde ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes e; equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Nas duas modalidades estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído aos diferentes trabalhos, marcando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico.

Ainda, segundo a autora, também estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções, quanto às independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. A mudança nestas composições de equipes requer interação entre os agentes e superação do saber único.

Para que uma equipe possa se integrar é necessário que todos os componentes articulem as ações, onde cada profissional faça a conexão entre o seu próprio processo de trabalho com as ações dos demais membros da equipe. O reconhecimento do trabalho do outro também pressupõe uma concepção de processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde (PEDUZZI, 2007).

O trabalho multiprofissional é o arranjo de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe (PEDUZZI, 2009).

O processo de divisão do trabalho é constituído também pela autonomia profissional. Cada categoria profissional possui um domínio de saber específico e um conjunto de habilidades e competências próprias, formal e legalmente regulamentadas, que têm uma trajetória sociocultural na história das profissões. Nesse percurso se define a amplitude de autonomia técnica das áreas profissionais, sendo que, quanto maior a legitimidade social, maior o âmbito de autonomia profissional, que se expressa na tomada de decisão, o que pode ocorrer desde um total nível de independência até diversos graus de dependência entre os profissionais (PEDUZZI et al., 2011).

A autonomia representa a capacidade de avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho. É neste fato que se estabelece a essência do profissionalismo. O seu conceito liga-se intrinsecamente à dimensão do conhecimento, ao saber, já que expressa uma competência técnica legitimada (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Peduzzi (2009) em uma investigação científica, para olhar as relações entre um conjunto de trabalhadores em uma unidade básica de saúde utilizou-se de conceitos de grupo operativo de Pichón-Rivere, pois para a escola pichoniana, o cerne da conformação do grupo é a relação que se estabelece para a realização de uma tarefa explícita ou implícita, que constitui sua finalidade. Nesta relação existe uma construção de vínculos, que tem estreita relação com o vivido anteriormente.

O trabalho em equipe de saúde é percebido como uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais à luz da teoria dos grupos operativos. Chama a atenção que essa relação não está isenta de conflitos e confrontos, que não precisem ser eliminados, mas que devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem, de ressignificação, de troca (FORTUNA et al., 2005).

Com o objetivo de distanciar a especialização exacerbada das experiências radicais em que, nas equipes de saúde, existe diminuição da capacidade dos profissionais em atuar em procedimentos típicos da sua especialidade, Cunha e Campos (2010) fazem uma proposta teórico-metodológica para a formação de equipes, a partir da aplicação dos conceitos de Campo e Núcleo de competência e de responsabilidades. Dentro desta concepção, o Núcleo

seria o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissão. Desta forma, ele marcaria a diferença entre os membros de uma equipe e, por outro lado, o Campo seria a construção de saberes e responsabilidades comuns.

Assim, o autor entende que nas equipes de saúde formadas, não haveria perda de autonomia, mas sim existiria uma definição clara das responsabilidades negociadas para cada profissional e grupo-tarefa.

Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005), partindo de uma releitura do estudo produzido por Gastão Wagner Campos em 2000, propõem a imagem da orquestra musical para pensar o agir dos profissionais de saúde. Como em uma orquestra em que os sons e melodias, cada qual com suas especificidades atuam em prol da mesma obra, o trabalho dos diferentes profissionais de saúde deveria acontecer em um concerto, no qual as múltiplas práticas formassem um único serviço, compondo uma obra comum, o cuidado em saúde.

Pensando no trabalho em equipe é fundamental olhar para a interdisciplinaridade. Assim, os membros de uma equipe multiprofissional poderão reconstituir-se na prática do outro; os olhares distintos de cada um, quando somados têm o potencial de transformar as intervenções, possibilitando uma abordagem integral para o cuidado. Assim, é possível um grande impacto sobre os diferentes fatores que integram o processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe é concebido como interdisciplinar, quando profissionais de diferentes disciplinas trabalham juntos compartilhando responsabilidades e conhecimentos na tomada de decisões para fenômenos complexos, cuja compreensão necessite de um olhar para múltiplas dimensões que o compõe (PEDUZZI; SCHARAIBER, 2006).

A equipe interdisciplinar não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades das pessoas que a compõem. Portanto, ao falar de uma equipe interdisciplinar, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas como subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências, entre outros. É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir (SOUZA, 1999).

O autor citado acima aponta ainda que a interdisciplinaridade pode ser entendida como a colaboração entre disciplinas diversas, representando uma ruptura com a concepção fragmentada do ser humano em detrimento de uma abordagem holística, ou seja, que contemple o homem como um ser multifacetado.

A interdisciplinaridade é um processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho. Implica em um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados. Agir com competência implica em uma combinação dialética de diversos ingredientes integrando o saber agir (ter domínio das normas antecedentes), o querer agir (estar motivado ou aderir a um projeto coletivo) e o poder agir (capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio) (SCHERER et al., 2013).

Considerando essa afirmação, o processo interdisciplinar se apresenta como o resultado do processo de amadurecimento no trabalho em equipe necessitando para tal um espaço institucional, que possibilite a construção de novas normas de realização do trabalho.

A equipe interdisciplinar se constitui a partir do encontro da objetividade do conhecimento científico e da subjetividade de cada pessoa que a compõe. Este processo cria a possibilidade da prática de um profissional se reconstituir na prática do outro, com a transformação de ambas as partes provocando uma mudança do agir. A partir deste encontro de diferentes visões se desenvolve o trabalho em equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A interdisciplinaridade apresenta complexidade na sua efetivação, pois necessita de múltiplos recursos. Sendo entendido como tudo aquilo que precisa ser mobilizado para que o empreendimento interdisciplinar se efetive, incluindo, entre outros, saberes das mais diversas origens, ambiente favorável, projeto compartilhado e atitude dos sujeitos. Sua prática e dinâmica é processual e não é vivida da mesma maneira por todos os profissionais (SCHERER et al., 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os limites e as possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer elementos intervenientes no trabalho em equipe na realidade destes profissionais.

- Identificar estratégias que possam potencializar o trabalho em equipe no processo de trabalho deste contexto profissional.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, optou-se por um estudo com abordagem qualitativa e de caráter exploratório-descritivo, pela compreensão de ser o mais apropriado para responder à questão proposta, que pretende investigar uma realidade subjetiva, ligada ao universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

Neste cenário compreendemos a relação entre o mundo, o objeto de pesquisa e o contexto em que este sujeito está inserido, levando em conta seu processo histórico, entendendo sua cultura, valores, bem como suas necessidades em relação a sua subjetividade. Sendo que a subjetividade representa o modo em que a pessoa se apresenta, suas experiências, culturas e valores internalizados ao longo da sua trajetória de vida (MERHY et al., 2006).

A pesquisa qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, a partir de construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

Para Oliveira (2008) a pesquisa qualitativa pode caracterizar-se como sendo um estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas, ou ator social e fenômeno da realidade, considerando o seu contexto o qual busca explicar com profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas através de entrevistas e questões abertas.

A pesquisa do presente estudo é descritiva por tentar descrever o processo de trabalho de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família com o olhar para o trabalho em equipe.

Para Leopardi (2002) a pesquisa descritiva é definida como estudos caracterizados pela necessidade de explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Identificando suas características, suas mudanças ou regularidades.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem a interferência do pesquisador (HARADA; CONTE, 2014).

Como proposta para a coleta de dados optou-se pela técnica do Grupo Focal, entendida por Westphal, Bógus e Faria (1996, p.473) como sendo:

[...] uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais [...] diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. [...]

O grupo focal trabalha com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema.

O grupo focal possibilita uma reflexão coletiva sobre a temática que é parte integrante do cotidiano das pessoas reunidas, conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes, observar como as controvérsias se manifestam e são resolvidas, reproduzindo os processos de interação que ocorrem no cenário de estudo (WESTPHAL et al., 1996).

A principal tarefa do entrevistador no grupo focal é mediar o dialogo entre os diversos participantes, impedindo que indivíduos ou grupos parciais dominem, com suas contribuições. Também estimula pessoas membros com comportamento reservado a envolverem-se na discussão (FLICK, 2009).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido no município de São Carlos localizado no interior do estado de São Paulo, com 221.936 habitantes, sendo destes 8.866 pessoas residindo na área rural, índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,841, segundo dados do IBGE no ano de 2010. O município é dividido em cinco administrações regionais de saúde, que têm a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência, e de propiciar cuidado integral aos moradores da área geográfica. A atenção básica do município é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 Unidades de Saúde da Família (USF) (SÃO CARLOS, 2014).

4.3 Participantes do estudo

A escolha dos participantes se deu pelos seguintes critérios: a equipe com tempo mínimo de trabalho em conjunto de um ano; composição: a equipe mínima e equipe de saúde bucal e inserção dos residentes multiprofissionais. Uma vez que o município estava passando por reformulação das equipes, com troca dos profissionais nas unidades, pelos critérios chegamos à seleção de uma equipe de saúde da família, porém que no momento do grupo focal também estava sendo reformulada, com a troca de alguns membros.

Os critérios de exclusão aplicaram-se aos sujeitos, que não desejaram participar do estudo e os ausentes durante o momento de coleta de dados.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram profissionais de uma equipe multiprofissional de saúde da família presentes no dia da coleta de dados. O estudo foi realizado com 11 profissionais das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agentes comunitários de saúde e residentes multiprofissionais da Saúde da Família e Comunidade de uma Universidade pública do município.

4.4 Coleta de Dados

A equipe com as características mencionadas foi contatada e o projeto foi apresentado no momento da reunião semanal de equipe, oportunidade na qual foram esclarecidos os objetivos do estudo e a técnica do Grupo Focal para a coleta de dados e os procedimentos éticos. Nesta ocasião também se definiu a data mais apropriada para a coleta de dados, segundo o grupo de profissionais potencialmente participantes do estudo.

O encontro foi previamente agendado com a equipe, conforme sua disponibilidade e aconteceu no mês de abril de 2013, com a utilização da técnica do Grupo Focal para a coleta de dados, este momento ocorreu durante a realização de uma reunião dos membros desse grupo, onde todos os profissionais se reúnem semanalmente, para discutirem assuntos correlacionados ao processo de trabalho em equipe.

O instrumento utilizado foi aplicado a partir de um roteiro-guia construído com base na fundamentação teórica do objeto pesquisado (Anexo B).

O registro dos dados foi realizado por meio de gravação, com a utilização de aparelho de áudio e, posteriormente transcrito para ser analisado. Após a transcrição, foi realizada uma edição dos depoimentos retirando vícios de linguagem e referências, que permitissem identificar os profissionais participantes. Foi totalizado aproximadamente 90 minutos de gravação.

Houve a participação como observadora de uma aluna de graduação e bolsista do Programa de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq, que registrou falas, gestos e atitudes dos participantes, como forma de enriquecimento dos dados coletados.

4.5 **Considerações éticas**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade Pública. Sendo assim, a participação dos profissionais na pesquisa foi concretizada, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), conforme solicitação da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos. E foi aprovado como processo número 182.016.

Os sujeitos da pesquisa receberam a informação sobre os objetivos e benefícios do estudo e ficaram cientes de que, os riscos existentes eram de tornar público o modo como são desenvolvidas as atividades diárias do seu trabalho em saúde, ou ainda, da sua identificação, tendo sido garantido o sigilo e anonimato, como forma de controlar o risco mínimo da pesquisa para os participantes, que seria a identificação dos mesmos.

Também receberam a orientação de que a qualquer momento poderiam desistir de participar da pesquisa respeitando o princípio da não-maleficência, tendo a liberdade de se recusarem a participar ou retirarem seus consentimentos, em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.

As falas dos participantes foram identificadas por numeração na forma arábica, ou seja, E1, E2 e assim por diante, ainda como forma de reduzir o risco mínimo de identificação dos participantes da pesquisa.

Além disso, o nome da unidade não foi identificado na divulgação dos resultados, utilizando-se as seguintes denominações: uma Unidade de Saúde da Família de um município de São Carlos do estado de São Paulo.

O material coletado que está sob os cuidados do pesquisador, não será disponibilizado a terceiros, bem como será destruído ao final do estudo.

4.6 **Análise dos dados**

O conteúdo dos discursos obtidos através do grupo focal sofreu tratamento, com a utilização da técnica de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011, pág. 229), que a define como sendo:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos temáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens [...]

Conforme proposto por Bardin (2011) a análise inicial contemplou as seguintes etapas:

1) Pré- análise, etapa em que foi realizada a transcrição de modo integral de todo material coletado, sendo corrigidos erros de português, mas tendo cuidado para não mudar as características e expressões dos participantes.

2) Exploração do material, considerada etapa classificatória, na qual foi realizada a leitura e categorização dos dados, recortando unidades de registro do texto, como palavras, frases e expressões significativas, relevantes para o pesquisador. Após, se realizou a classificação e organização dos dados.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com a realização de inferências interpretações relacionando-as aos achados nas respostas dos profissionais, para a análise do tema proposto. E diante dos resultados, o investigador iniciou a proposição de inferências e interpretações, de acordo com os objetivos previstos, ou que dissessem respeito a outras descobertas inesperadas.

Todo o produto obtido do grupo focal foi submetido ao procedimento acima explicitado, o que possibilitou a construção de duas categorias de análise: **Concepções sobre o processo de trabalho e o trabalho em equipe e Potencialidades e desafios para o trabalho em equipe.**

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na percepção da observadora do grupo focal, no desenvolvimento da atividade, os participantes apresentaram uma postura não verbal com a troca de olhares diante de determinadas perguntas, sendo possível identificar durante o processo, concordância com um balançar da cabeça no sentido de assentimento, bem como risos, suspiros de intolerância e de postura defensiva. Alguns profissionais apenas expressaram com o olhar as satisfações e insatisfações diante das falas dos colegas.

O grupo focal perpassou por momentos de silêncio entre os participantes e troca de ideias, que foram aparecendo ao longo do processo e sendo debatidas. Alguns membros tiveram pouquíssima participação, sendo que um deles permaneceu a maior parte do tempo fora da sala e, quando presente mostrou desatenção.

Os resultados apresentados e discutidos a seguir sofreram inicialmente uma leitura criteriosa dos dados advindos do grupo focal, que ocorreu junto à equipe de profissionais da Unidade de Saúde de Família, campo da pesquisa, identificando-se duas categorias para análise.

5.1 Categoria 1 - Concepções sobre o processo de trabalho e o trabalho em equipe

A primeira identificação da concepção de processo de trabalho e trabalho em equipe presentes nas falas dos profissionais, denota o entendimento de que um trabalho tem uma interligação da ação de um profissional com o outro, e que mesmo cada um realizando as suas atividades isoladamente o produto final é a junção do trabalho como um todo, apontando para a fragmentação do processo de trabalho:

E1 - um trabalho de uma forma acaba sendo ligado ao outro, vai fazendo tudo separado mas tem uma hora que junta.

E2- eu acredito que cada um sabe o que fazer, sabe seu papel, então se cada um tentar pelo menos fazer bem a sua parte a coisa já anda bem.

E3- cada um tem uma função aqui.

A fragmentação do processo de trabalho também pode ser percebida quando centrada na figura de um único profissional, que aqui aparece centrado no médico, determinando as ações a serem realizadas. Mas, reconhecem também que embora centrado no médico, este depende das ações dos outros profissionais, para que o atendimento seja alcançado. A fala

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

E5- o médico medica, mas ele precisa que o auxiliar de enfermagem passe a medicação no paciente, e a farmácia entregue o medicamento, e assim por diante. O paciente chega, ele vai passar na recepção, ela precisa acolher ele, separar o prontuário dele direitinho pra gente conseguir achar a pasta dele, ele ser atendido no horário e ficar satisfeito, então tudo acaba sendo interligado.

Neste sentido, percebe-se na equipe estudada que há uma fragilidade para o trabalho em equipe, já que os profissionais embora reconheçam a importância do outro no processo de trabalho, não explicitam a interligação dos saberes, indicando um trabalho em grupo, mas sem reconhecimento da interdisciplinaridade, como eixo importante para a atenção à saúde. Assim, evidencia-se nesta equipe a modalidade de agrupamento, com a justaposição de diferentes profissionais, em um espaço sem que exista a articulação dos mesmos, quer pelos saberes específicos como pela busca de integrá-los na proposição de uma atenção integral à saúde

Segundo Santos et al., (2013) em estudo realizado nas Unidades de Saúde da Família de um município baiano foi possível constatar que o trabalho em saúde acontece de forma fragmentada e não de forma coletiva, pois cada um cuida apenas daquilo que lhe é atribuído.

Na equipe cada integrante possui um saber, uma história de vida, uma formação específica e, com isso, é comum, não considerarmos essas diferenças e trabalhar em um funcionamento mecânico, onde cada um faz um pedaço. Esse modo operacional se estabelece na rotina do trabalho, onde cada membro tem um trabalho específico e próprio a realizar, estas diferenças dificultam o trabalho em equipe (FORTUNA, 2005).

A Teoria do Agir Comunicativo considera duas dimensões: trabalho como ação produtiva e como interação. A primeira corresponde à ação instrumental baseada em regras técnicas e com uma racionalidade dirigida à produção. A segunda refere-se à interação realizada como ação comunicativa visando o entendimento entre sujeitos (PEDUZZI, 2001).

Já o trabalho como ação produtiva está pautado na ação instrumental, baseada em regras técnicas com uma racionalidade dirigida à produção, que se desdobra em interação social, realizando-se como ação comunicativa sobre a qual se apoia o entendimento entre os sujeitos envolvidos em diferentes momentos do processo de trabalho. No trabalho em saúde, as racionalidades instrumental e estratégica necessitam de ação comunicativa no sentido forte, tendo em vista que existe um conjunto de necessidades de saúde, que não são reconhecidas e contempladas na sua atenção pela lógica técnico-científica e pelas intervenções fragmentadas de profissionais que agem isoladamente sem tomar em consideração as ações dos demais colegas. (CARVALHO et al., 2012).

Essa noção de superioridade técnica de uma categoria em relação às demais, no campo da saúde, tem suas raízes no Modelo Médico-Assistencial Privatista. É esse modo de fazer saúde, que se pretende superar mediante a construção do SUS e a efetivação pela Estratégia Saúde da Família. Nesta perspectiva ‘curativista’ todo e qualquer ato técnico em saúde, com exceção das imunizações – somente teria início a partir do adoecimento, o que colocava, evidentemente, o médico em posição central, já que toda ação terapêutica derivava, e ainda deriva, necessariamente, de um diagnóstico clínico, sob a ótica médica. No entanto, a finalidade da Estratégia Saúde da Família consiste em contribuir para a alteração do modelo assistencial, priorizando, juntamente com as ações curativas, as ações de promoção da saúde (UCHIMURA; BOSI, 2012).

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

Desta forma, segundo a autora, é possível observar a existência de tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, com tendência a conflitos e isolamento dos profissionais em suas especialidades e competências. Com isso, a multiprofissionalidade por si não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos, uma vez parcelados, em direção de atenção integral. Como apontam Schraiber et al., (1999), a

eficiência e a eficácia dos serviços, nesta perspectiva, requerem modalidade de trabalho em equipe, que traduza forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais.

Para que de fato possa ocorrer uma mudança neste modelo de atenção vigente faz-se necessário o estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, baseadas na interdisciplinaridade, e não apenas na multidisciplinaridade, a fim de construir novas formas de produção do cuidado, que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico. Reconhecendo que trabalhadores em saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias - que constituem um núcleo comum a ser matriciado pelas especificidades de cada formação, o movimento de mudança dessa relação, da verticalidade para a horizontalidade, poderá, também, aproximar o fazer técnico da lógica dos usuários (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Torna-se imprescindível que a equipe compartilhe objetivos, e não apenas faça um agrupamento de profissionais, pois as intervenções pensadas em conjunto propõem uma descentralização do modelo médico-centrado para um modelo mais integrado de atendimento aos indivíduos inseridos em cada comunidade (CERVINSKI et al., 2012).

Segundo Scherer et al., (2013) a interdisciplinaridade pode ser um caminho para integrar conhecimento e ação e qualificar o agir, na busca pela integralidade da atenção.

As fragilidades para o trabalho em equipe encontram-se presentes quanto à complementaridade dos saberes, sendo o cuidado direcionado para o biológico e muitas vezes centrado na figura de um único profissional. Faz-se necessário a ampliação para o cuidado transdisciplinar com foco além do biológico, expandindo para o social, cultural e espiritual.

Segundo Iribarry (2002), uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congrega diversas especialidades com a finalidade de uma cooperação entre elas, sem que uma coordenação se estabeleça a partir de um lugar fixo. Para que não ocorra a centralização e verticalização, a transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto, como um modelo aplicável, e como um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipe estejam atentos às eventuais cristalizações e centralizações do poder.

A Transdisciplinaridade é complementar a abordagem disciplinar, por possibilitar a emergência do confronto de disciplinas a novos dados, que as articulam entre si e abertura

para tudo aquilo, que as ultrapassa e atravessa o que enriquece a leitura da natureza e da realidade. É multirreferencial e multidimensional. Reconhece a existência de vários níveis da realidade. Tenta conciliar a visão das várias ciências, filosofia, arte, literatura e poesia. Leva atitude aberta em relação aos mitos e religião. Baseia-se no diálogo e discussão, seja de origem ideológica, religiosa, política ou filosófica (JAPIASSU, 2006).

A fragmentação da equipe aparece constantemente nas falas dos profissionais, refletindo um modo operacional engessado, na modalidade de agrupamento, não vislumbrando a subjetividade do sujeito, bem como a da equipe. Frente a este fluxo de trabalho os profissionais encontram dificuldade em se lançar no desconhecido e avançar para o cuidado interdisciplinar, reforçando nas falas, que cada um já tem seu papel estabelecido, dentro da equipe, sendo necessário respeitar essas “barreiras”.

E2- Eu acho que todo mundo sabe, eu acredito que cada um sabe o que fazer, sabe seu papel (...) então eu acho que se cada um tentar pelo menos fazer bem a sua parte a coisa já anda bem. De vez em quando é claro que a gente vai precisar dar uma mãozinha pra um colega, e uma mãozinha pro outro. Mas fazendo a sua parte já está bem.

A atuação em equipe, visando à interdisciplinaridade necessita aproximar-se da prática do trabalho desenvolvido em uma “equipe integração” na qual se produzem relações com base na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres. A interação é entendida como uma prática comunicativa, que se caracteriza pela busca de consensos entre os envolvidos no processo de trabalho em saúde, em busca da construção de um projeto comum. A articulação entre os profissionais representaria as conexões entre os diferentes saberes e fazeres envolvidos no cuidado à saúde, conexões que se dão de modo ativo e consciente, sendo evidenciadas pelo agir dos profissionais (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

A articulação e a interação na equipe interdisciplinar acontecem considerando a assimetria das relações sejam elas entre os trabalhadores ou com os usuários. No âmbito profissional estão envolvidos conhecimentos e práticas distintas, reconhecidas e valorizadas diferentemente no conjunto do trabalho em saúde. Nesta perspectiva, ouvir o outro, considerar cada contribuição na definição do trabalho a ser realizado, é parte da constituição de um trabalho de natureza interdisciplinar (Id.Ibid.).

No processo de trabalho há a necessidade de que exista algo mais além de profissionais reunidos, sendo assim importante o reconhecimento das limitações da sua área

de conhecimento, familiarização dos profissionais com a área diferente da sua, legibilidade e compartilhamento dos discursos, tomada de decisão horizontal e compromisso com a mudança do modelo de atenção à saúde (SAUPE et al., 2005).

As falas ainda desvelam que cada profissional entende sua competência técnica dentro da equipe, e o respeitar esta individualidade da profissão revela o trabalho em equipe. Existe a colaboração e cooperação entre os profissionais e papéis e responsabilidades individuais definidos e entendidos.

E6- Eu acho que cada um tem uma função aqui, eu posso querer ajudar as meninas da enfermagem com alguma coisa, mas eu não posso invadir o espaço delas e querer mudar a forma como elas trabalham, porque eu não tenho a formação que elas têm, elas têm mais experiência que eu naquele trabalho, então eu posso ajudar mas nunca querer mudar as ideias delas, entendeu? Todo mundo se respeitando e dividindo o espaço.

No processo de trabalho desta equipe é notória a modalidade de equipe agrupamento conforme proposto pela autora Peduzzi (1998), com base nos estudos sobre trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas. Ocorrendo a justaposição das ações dos profissionais, que atendem as necessidades de saúde do usuário, onde não ocorre a conexão dos trabalhos, com a predominância da razão instrumental, ou seja, existe o uso da comunicação essencialmente, como recurso de instrumentalização da técnica.

As dificuldades quanto à definição sobre trabalho em equipe estão presentes, porém a equipe demonstra em alguns momentos o desejo do fazer em conjunto, a busca de um objetivo único, com vistas à integralidade do cuidado avançando, para o olhar além do modelo engessado estabelecido.

E4- A equipe toda trabalhando em um objetivo comum e quando a gente consegue alcançar os objetivos, quando estamos com um caso mais complexo, de uma família, de uma pessoa que exige um esforço, e toda a equipe está tentando resolver da melhor maneira, conseguimos alcançar os objetivos que a gente se propôs. Acredito que isso é gratificante da equipe como um todo, independente da profissão.

E6- A equipe tem que estar unida e todo mundo tem que trabalhar junto, sentando, discutindo, um ajudando o outro, porque se não o processo de trabalho não funciona. Todo mundo tem que saber discutir as ideias.

E7- trabalhando junto fica melhor.

Nota-se que a equipe percebe a necessidade do compartilhamento e troca de ideias, porém apresentam dificuldades em trazer para a prática do trabalho. Segundo Cervinski et al., (2012) as equipes se constituem como multiprofissionais, porém desarticuladas, em decorrência da falta de troca de experiências entre os profissionais de cada equipe. Portanto, é imprescindível que a equipe compartilhe objetivos, e não apenas um agrupamento de profissionais, pois as intervenções pensadas em conjunto propõem uma descentralização do modelo médico-centrado para um modelo mais integrado de atendimento aos indivíduos inseridos em cada comunidade.

A equipe ao mesmo tempo em que demonstra um processo de trabalho fragmentado e sem perspectiva de mudanças, aparece nas falas de alguns membros o olhar para além do agir instrumental, com a articulação das ações e a interação dos profissionais por meio de uma prática comunicativa, conforme proposto pela autora Peduzzi (1998) na modalidade de equipe interação, em que há elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas. Assim como, a autonomia técnica, a tomada de decisão se apresenta de forma interdependente entre os profissionais.

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

E1- A gente fica mais tempo aqui do que em nossa própria casa, e com isso temos que tentar entender e aceitar o jeito do outro, que as pessoas são diferentes, então se nos dermos bem, vamos trabalhar com muito mais prazer.

Os vínculos podem se apresentar como estritamente pessoais, sem articulação com a forma como estes serviços estão organizados, e podem carecer de atualização. Quando são cristalizados percebemos o outro de maneira estática como se as pessoas já estivessem dadas a priori (não estando em situação e em relação), com isso, por exemplo, uns para os outros são “legais” (e sempre legais) ou “chatos” (sempre chatos) (FORTUNA,1999).

Segundo esse apontamento, os vínculos são construídos nas relações e estes têm estreita ligação com os processos vividos anteriormente. O compartilhar de um espaço em um período de tempo e até eventualmente de um objetivo, não é condição para o estabelecimento de vínculos, ou seja, entre trabalhadores não temos necessariamente vínculos.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho. Portanto, a boa interação entre os profissionais possibilita um compartilhar de afetividade e cuidados mútuos, facilitando a resolução de conflitos internos.

Para os profissionais, a amizade está presente como facilitadora das relações no processo de trabalho, favorecendo os vínculos profissionais e pessoais, viabilizando o trabalho em equipe.

E6- A gente tem um convívio umas com as outras, então eu acho que ajuda bastante, porque além de colega de trabalho a gente se torna amigo.

Segundo Duarte et al., (2012), o trabalho em equipe se constitui a partir das relações produzidas pelos trabalhadores no seu cotidiano, podendo ser uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais.

Existem diferentes graus de familiaridade, entre os trabalhadores de saúde, quanto às competências e habilidades profissionais. Nessa perspectiva, os domínios cognitivo (do saber), procedimental (do saber fazer) e atitudinal (querer fazer) se destacam, com maior ou menor expressividade, em cada uma das categorias profissionais. Reforçando o lugar ocupado por cada uma delas e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais (UCHIMURA; BOSI, 2012).

O respeito é apontado como importante para uma relação de amizade e para o bom convívio entre os membros da equipe. Também entendem que deve se sobressair mesmo quando as afinidades pessoais não estão presentes, considerando os pontos positivos e negativos nas relações. Porém apontam certa barreira no relacionamento interpessoal, quando as afinidades não estão presentes.

E9- Acho que respeito é o principal. Se não tiver respeito acho que não tem amizade, a não sei, acho que é isso.

E6- a gente tem um convívio umas com as outras, então eu acho que ajuda bastante, porque além de colega de trabalho a gente se torna amigo.

E4- eu acho que se a gente tentar se der bem com as pessoas, ficamos mais motivados em qualquer lugar. E respeitar porque nem sempre vai ter todo mundo que amamos, porque pode ser que eu não gosto que aquela pessoa faça isso, mas ela tem um lado bom.

E6- É a gente não vai tentar trocar receita com ela de bordado, de assuntos pessoais, mas eu vou trabalhar com ela, vou respeitar ela como profissional.

E4- Se a gente se der bem com as pessoas, ficamos mais motivados em qualquer lugar.

E9- Porque se tiver respeito, ganhamos a confiança do outro.

A constituição de uma equipe de saúde integrada depende muito mais das interações estabelecidas entre os profissionais do que das estruturas físicas e organizacionais do serviço. Com isso, se forma uma intensa rede de conversações, isto porque as pessoas envolvidas se comprometem intersubjetivamente através da linguagem. Por este motivo, é possível perceber as consequências negativas no serviço de saúde devido falhas na comunicação e que as competências comunicativas de uma equipe vão influenciar no alcance ou não das metas e objetivos estabelecidos coletivamente (PEREIRA, 2011).

Desvelam a importância em perceber a potencialidade do outro, já que alguns já se encontram estimulados para sentir prazer no que realizam e, outros ainda não. No entanto, ressaltam a importância do respeito ao outro e do seu espaço, considerando que há diferenças entre os vários sujeitos, que dividem um mesmo espaço de trabalho.

E7 A gente vai conseguir respeitar quando a gente enxergar o potencial em uma pessoa que faz bem aquilo e pode ajudar a motivar os outros no trabalho.

As relações positivas são determinantes do processo de trabalho da equipe, sendo fundamental para o bom desempenho da mesma. Sendo prejudicial ao seu desenvolvimento, pois estão fortemente ligadas às relações interpessoais, revelando assim a fragilidade e a imaturidade do processo de trabalho. O trabalho requer um triplo engajamento: com o mundo, com os outros e consigo mesmo (SCHERER, et al., 2013).

Para Moscovici (2012), as relações interpessoais se desenvolvem em decorrência do processo de interação, que forma um ciclo de atividades de interações físicas e sentimentos,

não relacionados diretamente à competência técnica de cada pessoa. Com isso é necessário que os profissionais desenvolvam a competência interpessoal, que é a habilidade de lidar eficazmente com as relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências das diversas situações.

Segundo a autora supracitada o trabalho interdisciplinar compreende dois tipos de competência: a **competência profissional**, ligada ao desempenho embasado nos conhecimentos técnicos de cada membro da equipe, e a **competência interpessoal**, entendida como a habilidade de se relacionar com outras pessoas. Com isso faz-se necessário aprender a lidar com as diferenças, tanto no campo do conhecimento científico, quanto ao de cunho pessoal, como o estilo de personalidade, a forma de interagir com os outros e com as mais variadas situações.

Uma mesma experiência irá mobilizar cada membro da equipe de uma forma diferente, de acordo com sua história de vida e sentimentos despertados. A habilidade interpessoal não tem nada a ver com a competência profissional, mas sim com a perspectiva interacional. Uma pessoa que tenha dificuldade em lidar com perspectivas diferentes na sua vida particular, certamente experimentará alguma tensão diante da diversidade de opiniões e estilos inerentes ao trabalho em grupo. Se há uma hierarquia de poder, a situação pode se complicar ainda mais (CARDOSO, 2004).

No aspecto de reconhecer quais as potencialidades para o trabalho em equipe, fica evidente a ideia de que conhecer as pessoas, ter amizade por elas e também o companheirismo, parece favorecer as relações para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Revelam que estas relações perpassam o campo profissional em sentido à vida pessoal, com envolvimento afetivo. Estas relações são fundamentais para o convívio no cotidiano de trabalho.

E6- o que é bom aqui é a amizade que a gente faz que levamos para fora daqui, não fica só aqui a amizade, no nosso dia a dia, mesmo fora da unidade temos amizade com as pessoas.

E6- a gente tem um convívio umas com as outras, então eu acho que ajuda bastante, porque além de colega de trabalho a gente se torna amigo.

E1- você não vai querer trabalhar em um lugar aonde você não se dá bem com as pessoas, que não tem um assunto legal para conversar, então se a gente se dá bem com os colegas, já ajuda a trabalhar com mais vontade.

E2- então se a gente se der bem com todo mundo vai trabalhar com muito mais prazer.

Retomando Moscovici (2012) o trabalho interdisciplinar não requer somente a competência profissional baseada nos conhecimentos técnicos científicos de cada profissional, mas também a habilidade de se relacionar com outras pessoas. A subjetividade de cada um, a história de vida, problemas de comunicação, visão de mundo e por fim interesses próprios, são fatores importantes que interferem e exercem forte influencia nas relações interpessoais, visto estarem presente no atuar de cada individuo.

O grupo entende que para viabilizar o trabalho em equipe, os profissionais precisam estar mais do que unidos, mas articulados com um processo de comunicação, que contextualize as várias situações presentes no cotidiano profissional.

E2- A equipe tem que estar unida e todos tem que trabalhar juntos, sentando, discutindo, um ajudando o outro, porque se não o processo de trabalho não funciona.

E8- O companheirismo, uma ajudando a outra.

E3- A equipe toda tem que estar falando a mesma língua, passando as mesmas informações.

Pereira (2011) aborda a importância da capacidade de autoconhecimento, autogestão e habilidades sociais. Não só para a eficácia da equipe com base na qualidade da assistência prestada aos usuários, mas também para a satisfação no trabalho e a retenção de profissionais. Isso pode ser atrelado à conquista de confiança pela qualidade da relação entre os membros da equipe, que se sentem seguros para compartilhar o poder na resolução de problemas e na tomada de decisões.

O processo de comunicação representa um fator determinante no trabalho em equipe e na humanização da assistência, este se estabelece através da articulação das ações multiprofissionais. Para que aconteça faz-se necessário que ocorra a comunicação adequada entre os membros da equipe multiprofissional, ressaltando a importância da franqueza, autenticidade, respeito mútuo e confiança (ARAUJO; ROCHA, 2009).

A complexidade da atenção à saúde exige, ainda, o engajamento do profissional, a capacidade de escuta, o compromisso ético e a visão integral do sujeito do cuidado. O trabalho aparece como articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos, mudança de atitude, e as vezes se confunde entre relações profissionais e pessoais.

Na interação dos profissionais em equipe os sentimentos como: respeito e confiança aparecem novamente como fator fundamental para um bom relacionamento. E como disparador para motivação no trabalho.

E7- a gente vai conseguir respeitar quando a gente enxergar o potencial em uma pessoa que faz bem aquilo e pode ajudar a motivar os outros no trabalho.

A confiança manifesta-se na equipe para além das habilidades técnicas, sendo fortemente associada ao relacionamento interpessoal e na capacidade de envolvimento com o outro, aparecendo como um entrave no processo de trabalho da equipe.

E8- falta de confiança no trabalho dos outros, se eu acho que você não vai poder fazer nada, porque eu vou falar para você?

Para um grupo caracterizar-se como equipe não basta que tenha eficiência técnica, mas também que apresente boas relações interpessoais. O bom relacionamento, a amizade, o respeito, a união e o envolvimento no grupo, são aspectos imprescindíveis para o trabalho em equipe (KREUTZ, 1993).

Segundo Duarte et al., (2012), o valor de um indivíduo reflete no valor do outro em uma trama que considera permanentemente a necessidade de construção de diálogos e é balizada pelo contexto em que o cuidado acontece.

As relações profissionais modificam-se a cada momento, definindo a maior ou menor abertura para a interação entre os profissionais. Os problemas que surgem na realização do trabalho afetam as relações entre os integrantes das equipes bem como as relações com os usuários (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

A confiança é considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações. Na vida em sociedade, a confiança no poder público, no sistema monetário, e nas instituições de uma maneira geral, se mostra necessária, inclusive, para a manutenção da ordem. . A confiança e a cooperação estão

ligadas, em parte, com o prazer no trabalho e, sem a primeira, não pode existir nem cooperação nem coletividade no trabalho (DEJOURS; JAYET, 1994).

A confiança entre os colegas de trabalho traz impactos significativos para o resultado do mesmo. Quando o trabalho realizado envolve aspectos de importância extrema, como a saúde dos cidadãos, a responsabilidade do resultado aumenta ainda mais, exigindo a maior dedicação possível por parte dos envolvidos. Neste caso, a cooperação entre os indivíduos em prol de um objetivo comum ganha destaque (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Ao mesmo tempo em que os profissionais colocam a facilidade do trabalho em equipe pelo respeito e apontam a importância do diálogo dentro do grupo, aparece em uma fala a falta do mesmo dentro da equipe quanto a discussão de casos de usuários, evidenciando o provável ocultamento dos conflitos e decisões. Refletindo a fragmentação do processo de trabalho.

E3- O ideal é que a pessoa passasse para o restante da equipe, para eles ajudarem em alguma coisa. Falta de diálogo dentro da equipe.

Para Schraiber et al., (1999), se faz necessário que todos os profissionais entendam que a comunicação representa um fator determinante no trabalho em equipe e na humanização da assistência, facilitando as ações multiprofissionais.

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

Segundo Peduzzi (2011), as reuniões de equipe têm a potencialidade para se constituir em um espaço democrático de discussão entre os trabalhadores, que favorece a colaboração e articulação entre eles.

O planejamento do processo de trabalho precisa ser bem conduzido para que possibilite responder as questões sugeridas por Barbosa e Fraacoli (2005), quando da elaboração do fluxograma de trabalho, que deve ser pensado levando em conta o contexto de cada unidade. Este planejamento deve ser realizado através de reuniões com todos os membros, objetivando ações coletivas descentradas da ultrapassada lógica medicocêntrica, bem como possibilitando o agir sobre os possíveis conflitos entre os profissionais de saúde. Momentos adequados também para troca de experiências, expectativas e unir esforços no

sentido de restabelecer e fortalecer o convívio em equipe e conseqüentemente melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários.

Para efetivação do trabalho em equipe, é preciso que se estabeleça a comunicação entre seus componentes, visando a construção de consensos e acordos, mesmo que provisórios. É preciso também reconhecer os conflitos como inerentes ao processo de trabalho e apresentar disponibilidade para gerenciá-los (SANTOS et al., 2013).

As falas dos profissionais percorrem caminhos distintos, desde a interligação da equipe com integração de múltiplos saberes à hierarquização do processo de trabalho com a figura de um líder, que irá direcionar o processo de trabalho e ditar as regras dentro da equipe. Fortalecendo, portanto, a visão de um processo de trabalho fragmentado e confuso quanto ao caminho a seguir, ora a equipe trabalha de forma conjunta, compartilhando os saberes, ora necessita de concentrar o poder em uma pessoa estabelecendo a segregação entre quem dita as regras e quem as executa.

Nas falas abaixo aparece a importância do coordenador dentro da equipe, que vai ser a pessoa que vai organizar a equipe e mostrar como a mesma deve andar.

E1- tem que ter alguém olhando, supervisionando entre aspas, porque cada um já sabe o que tem que fazer, mas tem que ter alguém pra dar um suporte, pra falar assim não, vamos centrar, vamos fazer isso que é mais importante, vamos deixar isso pra depois que não é tão importante, porque se não cada um faz uma coisa, cada um pensa por si e vira uma bagunça.

E2- a pessoa que coordena é importante, porque se não cada um tem uma opinião, cada um quer fazer uma coisa, e se todo mundo se dá bem a gente respeita quem manda, e quem manda respeita seus subordinados.

E1- quem coordena tem que saber colocar bem as coisas e quem obedece tem que entender e tem que fazer né, cumprir com suas obrigações, pra não criar problemas e respeito de ambos os lados né, isso é importante. Se todo mundo se dá bem a gente respeita quem manda, e quem manda respeita seus colaboradores.

E2- tem que ter um respeito. O coordenador se ele vai falar, ele tem que respeitar o outro que está lá, tem que ter respeito, e quem também é coordenado tem que ter respeito pelo seu trabalho, das suas obrigações. Então se existir isso em cada ser humano já é muito.

As características do trabalho de saúde em equipe fundamentam-se nas relações interpessoais e, como tal, geram relações de poder. Acrescida a estas características, a organização coletiva do trabalho institucionalizada promove relações de desejos, interesses e conflitos decorrentes. Em ambas as perspectivas, existem pessoas que “podem mais” e as que “podem menos” (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Segundo Fortuna (2005) trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direção em que vai o trabalho: no caso da ESF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos.

Este modelo centrado na figura do líder, detentor do poder, das tomadas de decisões, são contraditórios aos princípios do trabalho multiprofissional efetivo. São características imprescindíveis deste: a interdisciplinaridade e visão crítico-social, o conhecimento técnico articulado com relações intersubjetivas dialógicas e respeitadas para com o outro, em que um profissional de saúde deve tanto se articular com os demais como promover articulação intersetorial. Trata-se de um padrão enraizado no processo de trabalho das equipes, podendo estar implicado no silêncio/resistência destes profissionais em discutir o trabalho pela lógica da ESF (MORETTI-PIRES, 2009).

A subjetividade dos trabalhadores das equipes também é influenciada pela estrutura organizacional e organização dos processos de trabalho. Contudo, a ordem tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional, produz fragmentação e dificulta o trabalho em equipe, pois nela os profissionais, pares ou de diferentes áreas, somam procedimentos, lado a lado, supondo que cumprindo sua parte garantirão a qualidade do todo da atenção à saúde (Peduzzi et al., 2011).

De acordo com a afirmação acima os profissionais e equipes podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como buscar criar espaços de mudança para novas perspectivas de necessidades e correspondentes modos de organizar os serviços de saúde, o trabalho e as interações, na perspectiva da integralidade e da prática interprofissional.

5.2 Categoria 2 - Potencialidades e desafios para o trabalho em equipe

A Estratégia de Saúde da Família direciona o olhar para o cuidado interdisciplinar respeitando a subjetividade dos sujeitos envolvidos, entendendo que os profissionais devem ampliar seu olhar para além da doença em sentido a história de vida dos sujeitos, da sua comunidade. Com isso torna-se fundamental que os profissionais consigam ter uma visão ampliada em busca da empatia. Este modelo de atenção à saúde deve estar intrínseco nos profissionais e quando presente, culmina em satisfação e motivação para o trabalho como pode ser percebido nas falas abaixo:

E2- o que me motiva a estar na estratégia de saúde da família é que eu acho bonito esse cuidar da família, é diferente, porque a saúde da família vê o contexto da família, tudo o que a pessoa já passou, como que a pessoa vive, não vê só a doença, vê como ela vive, como é a família dela, a casa dela.

E10- a gente consegue resolver as coisas com uma simples escuta, uma simples atenção, um simples carinho.

O cuidado é uma atitude, uma maneira como a pessoa funda e constrói sua relação com as coisas, com o mundo e consigo mesma. Deve-se considerar que os valores morais são inerentes ao processo de cuidado, no qual as responsabilidades e obrigações referentes ao cuidado derivam das relações e não das regras externas (DUARTE et al., 2012).

Segundo os autores citados acima, se tomarmos o espaço dos serviços de saúde como o lugar onde muitos podem lançar mão de sua própria perspectiva e entendimento sobre as coisas, de si e dos outros, podemos considerar que o trabalho e, conseqüentemente, o cuidado em saúde, se fundam no encontro entre os sujeitos, e que “abrir-se para o outro”, aumenta o espaço para as ações de cuidado, as quais podem produzir efeitos na vida dos trabalhadores e dos usuários.

Os serviços de saúde são produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato. A produção do cuidado em saúde acontece em intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato, o que significa ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, o que mantém relações éticas e solidárias. Cabe aos profissionais de saúde, portanto, construir

o processo de inclusão das pessoas, famílias e comunidade no processo de atenção à saúde (MERHY, 2002).

Ouvir é acolher sem julgar, é construir junto com o outro, o sentido daquilo que está sendo vivido (GOMES et al., 2005).

O movimento de formação de parcerias para a transformação só acontece em um espaço onde os sujeitos envolvidos estão engajados numa forma de relação dialética, na qual, pelo próprio caráter de troca e movimento, produz mudança e favorece a produção de novas subjetividades” (OLIVEIRA et al.,2005).

Faz-se necessário que no processo de trabalho exista espaço para o desenvolvimento do trabalho, compartilhado nas equipes de saúde, que as relações favoreçam a construção de novas possibilidades, que os diferentes saberes e práticas sejam respeitados e que cada ator desse processo seja o centro das atenções (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, autonomia desses sujeitos, aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde, estabelecer vínculos, participação coletiva no processo de gestão, mudanças nos modelos de atenção, foco nas necessidades do cidadão, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Os profissionais trazem como potencialidade o entendimento que o trabalho da equipe flui de maneira satisfatória, pelo fato do grupo apresentar poucas situações conflitantes, e conseguem correlacionar esta ausência de conflitos pelo respeito estabelecido entre eles. Apontam também que os problemas apresentados pela equipe já são de conhecimento de todos, o que torna mais fácil seu manejo.

E1 - aqui tem poucos conflitos, a gente tenta, um respeitar o outro, e respeitar o espaço do outro também.

E6- pelo menos os problemas daqui você já conhece.

Mesmo com as falas revelando que a equipe apresenta poucos conflitos, devido ao relacionamento interpessoal fluir de maneira satisfatória é necessário ampliar o olhar para que não ocorra o ocultamento e negação das dificuldades e diferenças, conforme apontado pela autora Fortuna (1999), estes comportamentos não permitem que os profissionais resignifiquem sobre a forma de atuar e articulem com os processos de trabalho e com as suas

próprias relações. Até porque a própria eliminação dos conflitos encontra-se num nível imaginário, já que depois de estabelecidos, eles se materializam quer nas defesas, quer nas fugas ou nas estereotípias.

Por vezes as equipas tendem a ter uma visão romântica, que, muitas vezes, tenta esconder suas dificuldades através de uma falsa imagem de equipa ideal, que a leva a lidar melhor com os problemas encontrados diariamente (CERVINSKI, et al., 2012).

Os conflitos sempre estiveram presentes nas organizações, em especial nas instituições que são mediadas pela interação social, como é o caso da saúde. Apresentam-se como algo que escapa, incomoda. Na verdade lidar com conflitos é uma constante em toda e qualquer organização (CECILIO, 2005).

O conflito é sempre consciente e sua eclosão e desenvolvimento ocorrem quando dois ou mais atores fazem uma apreciação situacional divergente. Defende ainda que nas organizações há uma conveniência de conflitos decorrentes de interesses de classes ou de lugares diferenciados na estrutura social do trabalho. Sendo a disputa de interesses entre pequenos grupos e mesmo conflitos interpessoais (Id.Ibid.).

O conflito é considerado um fenómeno inerente às relações interpessoais e apresenta significados positivos ou negativos, dependendo da experiência da experiência vivenciada anteriormente, mas também da estratégia utilizada para seu enfrentamento (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Faz-se necessário que as capacitações para as equipas da ESF não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas sejam abordados temas referentes ao relacionamento interpessoal e o trabalho em equipa (COLOMÉ, 2005).

A consolidação de espaço para que a equipa possa pensar e refletir possibilita que a mesma aprimore suas relações, desenvolvendo um trabalho mais efetivo para com o usuário e um ambiente de trabalho mais prazeroso. O espaço para compartilhamento de experiências e saberes contribui para a qualificação do trabalho, onde as dúvidas de uma pessoa podem ser solucionadas ao pensar coletivamente no problema de outro profissional (CERVINSKI, et al., 2012).

No campo dos desafios, o grupo aponta desde a falta de tempo para agregar as pessoas, o que torna difícil discutir as questões, perpassando pela falta de confiança ainda

existente em relação ao trabalho do outro, até estar motivada ou não para o trabalho e a influência negativa dos problemas de origem pessoal no processo de trabalho.

E9- a falta de tempo de poder juntar as duas equipes para uma reunião, pois agora como mudou as reuniões das equipes, que são separadas, é difícil a gente discutir as coisas juntos. Temos que decidir aqui e depois passar pra lá, nunca temos a oportunidade de juntar, e isso faz muita falta, pois prejudicou a comunicação.

E6- desmotivação das pessoas, elas não estão motivadas com o trabalho, ou tem pessoas também que trazem os problemas de casa para o trabalho e acaba influenciando.

De acordo com Piancastelli, Faria e Silveira (2000) é importante que esses profissionais entendam o trabalho em equipe como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade das ações e elevar o grau de satisfação do trabalhador, sensibilidade e percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos, bem como o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

Mesmo nos serviços de saúde, onde há espaços formais de escuta, eles não se limitam a estes, onde a escuta se dá também no cotidiano do serviço, em momentos de encontro entre profissionais, gestores e usuários, tanto nos espaços de gestão, como no de assistência. O diálogo dá visibilidade aos sujeitos, estabelecendo relações nas quais os profissionais se comprometem e não se limitam a apreender as necessidades de saúde dos usuários, mas também buscam construir formas de atendê-las. A manutenção do diálogo constante entre os diferentes agentes são instrumentos importantes para compartilhar os valores institucionais e para orientar a construção da assistência, possibilitando assim uma assistência mais integral e humanizada (DUARTE et al., 2012).

Segundo Peduzzi et al., (2011), não basta fazer reuniões, é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço.

A frustração e o desânimo no trabalho também estão presentes frente aos problemas que não foram solucionados, onde entendem que muitas das ações dependem da gestão municipal, não estando ao alcance da equipe e gerando empecilhos no seu trabalho.

E10- nem tudo esta ao nosso alcance e que isso gera uma frustração e desanimo na equipe, quando não conseguimos atingir os objetivos que nos propomos.

E6- a dificuldade que faz o trabalho desandar é a falta de material para trabalhar, e o que mais desanima a gente é o computador, que não funciona quase sempre, mais é que muito trabalho a gente depende do computador e muitas vezes não esta funcionando. Às vezes precisamos de certo tipo de material e não tem, isso é bastante difícil.

Estas dificuldades dizem respeito às ações de produção de serviços, onde as necessidades são levantadas nos serviços de referência, mas o planejamento e a decisão acontecem no nível central, na Secretaria Municipal de Saúde. Cabe ressaltar que o município muitas vezes acaba sendo órgão executor das políticas de saúde traçadas pelo Ministério da Saúde.

Para Luchese (2004), as políticas públicas são definidas como conjuntos de disposição, medidas e procedimentos, que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como as ações do governo, divididas em atividades diretas de produção de serviço pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a sua melhoria das na população e dos ambientes: natural, social e do trabalho. Sua tarefa especifica em relação às outras políticas públicas da área social, consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção, e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Saúde é, portanto, entre outros aspectos, objeto de políticas públicas.

No Brasil desde 1988, conforme estabelecido na Constituição Federal as políticas públicas passaram a ser orientadas pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e guiadas pelas diretrizes de descentralização e integralidade referente à organização do Sistema Único de Saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, as ações abrangem a promoção, proteção e a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações são desenvolvidas por meio de planejamento e desenvolvimento, voltado para o trabalho em equipe direcionado a população. (BRASIL, 2006)

Para Carvalho et al., (2012), os trabalhadores de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como

buscar criar espaços de mudança em que se possam conceber novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar.

Nas falas, aparece a fragmentação da equipe quanto à troca de informações sobre seus usuários, onde os profissionais percebem esta fragilidade e apontam a necessidade da discussão em equipe dos problemas apresentados na sua área de abrangência.

E3- O ideal é que a pessoa passasse para o restante da equipe, para eles ajudarem em alguma coisa.

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

Para trabalho em equipe é necessário que todos estejam envolvidos no processo de produção, a partir de uma visão interdisciplinar e um objetivo comum, bem como que todos compartilhem as decisões e as metas a atingir (CERVINSKI et al., 2012).

Os valores institucionais contribuem para a não fragmentação da assistência e para a diminuição das assimetrias na relação entre os profissionais e, desses, com os usuários. Isso se dá mediante o reconhecimento de que existe um espaço comum, baseado na flexibilização dos saberes e das práticas de saúde. Os arranjos institucionais e modos de operar a gestão da micropolítica do trabalho necessitam de uma atuação mais solidária e concreta dos trabalhadores envolvidos no cuidado (DUARTE et al., 2012).

Os profissionais são capazes de refletirem sobre suas ações, produzindo conhecimento e experimentando novas formas de fazer. No entanto faz-se necessário a articulação ensino-serviço, para que os profissionais ampliam seu olhar sobre seu fazer, aumentando assim o comprometimento com a construção cotidiana do cuidado, contribuindo com a formação dos demais. Fica evidenciada a importância da articulação entre o ensino e o trabalho tendo os serviços de saúde como um espaço intercessor dessa articulação e, portanto, essencial para a formação dos profissionais. A produção de conhecimento a partir do que é vivenciado por

usuários e trabalhadores pode se configurar como um espaço profícuo para a consolidação de práticas orientadas pelos valores que sustentam o SUS (DUARTE et al., 2012).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

As concepções apresentadas sobre processo de trabalho revelam que no cotidiano profissional desenvolvido na Unidade de Saúde da Família, embora haja a diversidade na formação por área de conhecimento destes profissionais, o processo de trabalho em si exige que todos tenham um objetivo comum.

Apesar dos profissionais terem ressaltado a importância do caráter multidisciplinar, suas representações indicam que os mesmos desenvolvem trabalhos isolados, ações fragmentadas e valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe, no entanto suas representações não revelam a interação entre seus saberes.

As diferentes formações profissionais presentes na equipe são determinadas por suas competências específicas. No entanto, pelo processo de trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família é possível observar que estes diferentes olhares devem se articular de tal forma que, os profissionais desenvolvam ações a partir de sua especificidade profissional, mas agregando seus conhecimentos aos dos demais membros da equipe.

Também foi constatado que, em nenhum momento do estudo foram feitas referências ao saber da comunidade, demonstrando assim, a falta de integração com a mesma no sentido de planejar ações em conjunto, excluindo os usuários como sujeitos ativos e participantes do seu próprio processo de saúde-doença, sendo mais destacado e valorizado o conhecimento formal/acadêmico.

Apesar da formação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família estar voltada para a atuação coletiva, considerando o usuário na sua integralidade, no seu contexto familiar, nas condições de saneamento, na sua história de vida, etc., os profissionais que atuam no cotidiano da ESF investigados, atuam dentro de uma concepção, na qual se prioriza a abordagem individual e curativa, com olhar limitado às atividades de promoção e prevenção como preconizado pela Estratégia.

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

Frente ao exposto, as discussões acerca da interdisciplinaridade no contexto da Estratégia de Saúde da Família são de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos no processo, uma vez que o trabalho em equipe implica numa atividade coletiva, onde cada membro coloca seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo comum. É necessário redefinir no cotidiano das ESFs, as responsabilidades e as competências dos integrantes da equipe de saúde.

O relacionamento interpessoal é fator determinante no processo de trabalho do grupo, através das relações de amizade e respeito, que determinam as boas relações destes profissionais no cotidiano de trabalho.

É importante que na equipe ocorram momentos de reflexões sobre a capacidade de lidar com as diferenças, respeito à singularidade de cada membro da equipe, cooperação, habilidade para trabalhar em grupo, humildade diante dos limites do próprio conhecimento, complementaridade e escuta.

Contudo, apesar das dificuldades apontadas, acredito que o trabalho compartilhado na Estratégia de Saúde da Família pode ser formador, contribuindo para novas práticas em saúde, tendo como eixos fundamentais o trabalho em equipe e as relações interpessoais, os quais, num caráter de interdependência, possibilitam aos profissionais construir um conhecimento contínuo sobre o “seu fazer” de forma mais solidária e humanizada.

7. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 1439-1452, 2009.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.02, p. 455-464, 2007.
- ARAÚJO, M. F. S. et al. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **CAOS: Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. João Pessoa, n. 14, p. 03- 14, set. 2009. Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/caos>. Acesso em 20 de junho 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.p 229.
- BARBOSA, T. A. V.; FRAACOLLI. L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 04, p.1038, 2005.
- BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo?. **Interface, comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/agos, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em: 15 abril 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HUMANIZA SUS – Gestão e Formação nos Processos de Trabalho**. Brasília, 2004, 15p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Vida, vol. 4).
- CARVALHO, B.G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

CARDOSO, C.L. Relações interpessoais na equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária Saúde**. Juiz de Fora, v. 07, n. 01, p. 47-50, 2004.

CARVALHO, B.G; PEDUZZI, M; MANDÚ, E.N.T; AYRES, J.RC.M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 01, jan-fev, 2012.

CECILIO, L.C.O. É Possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? . **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 02, p. 508-516, 2005.

CERVINSKI, L.F; NEUMANN, A.P; CARDOSO, C; BIASUS, F. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**. Erechim, v.36, n.136, p. 111-122, dez, 2012.

CIAMPONE, M.H.T; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P coord. **Gerenciamento em enfermagem**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 51-62

COLOMÉ, I.C.S. **Trabalho em equipe no programa saúde da família na concepção de enfermeiras**. 2005. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**. Marília, v. 11, n.01, p. 31-46, jan-jun, 2010.

DEJOURS, C; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo. In:_____. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, E.D.; DITZ, E.S.; MADEIRA, LM; BRAGA, P.P.; LOPES, T.C. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Revista eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 14, n. 01, p. 86-94, jan-mar, 2012.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O Trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCANT, P. (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.pg. 01-12.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.262-68, 2005.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. 1999. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOMES, R.S; GUIZARDI, F.L; PINHEIRO, R.A. Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005. pg. 105-160.

GOMES, R.S et.al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005. pg. 35-43.

HARADA, E; CONTE, T. Metodologia Científica na Ciência da Computação. Bacharelado em Ciência da Computação DCC/UFAM. Disponível em: <www.angrad.org.br/cientifica/arquivos/relatório>. Acesso em 29/06/2014.

IRIBARRY, I. N. O Diagnóstico Transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. In: Batista, C.R; Bosa, C. (orgs). **Autismo e educação: Reflexões e proposta de intervenção**. Porto Alegre: Artmed; 2002. pg. 73-91.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. 240 pg.

KREUTZ, I. **O trabalho em equipe na enfermagem**. 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2º ed. Florianópolis: Pallotti, 2002.

LUCHESE, PT.R. **Políticas Públicas em Saúde**. 2004. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf>. Acesso em 30/05/2014.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 14ªed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

MATOS, E; PIRES, D.E.P; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n.06, p. 863-869, nov-dez, 2009.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992. (Cadernos Cefor, 1- Série textos).

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as conferências de saúde. **CEBES, Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus-Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v.6, n. 2, p. 151-63, 2012.

MERHY, E.E; et.al. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002, p.189.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In:_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29º.ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.9-29.

MINAYO, M. C. S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ªed. São Paulo: 2008, 408p.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.

MOSCOVICI, F. Relações Interpessoais. In:_____. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 21ªed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2012, p. 69-79.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.59-60.

OLIVEIRA, H.M; MORETTI-PIRES, R.O; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 15, n. 37, p. 539-550, 2011.

OLIVEIRA, GS; KOIFMAN, L; PONTES, AM. As Agendas Públicas para as Reformas e sua Releitura no Cotidiano das Práticas da Formação: O Caso da Disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005. 304p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 01, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI M, SCHARAIBER, L. Processo de trabalho em saúde. In: LIMA, J.C.F; PEREIRA, I.B (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 199.

PEDUZZI M, *et al*. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 21, n. 02, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.419-426.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe de Saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E; MATTOS, R. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. pg.161-177.

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

PEDUZZI, M. CARVALHO, B.G; MANDU, E.N.T; SOUZA, G.C; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da

prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 02, p. 629-646, 2011.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia de saúde da família: estudo sobre modalidades de equipe. **Interface- comunicação saúde e educação**. Botucatu, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

PEREIRA, R.C.A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho na saúde. In: LEOPARDI; M. T. (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros; 1999. p. 25-48.

PIANCASTELLI, C.H; FARIA, H.P; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J.P. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS; 2000. p. 45-50.

PREFEITURA SÃO CARLOS. Administrações regionais de saúde. São Carlos. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.02, p. 438-446, 2004.

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

SAUPE, R; CUTOLO, L.R.A; WENDHAUSEN, A.L.P; BENITO, G.AV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 09, n. 18, p. 521-536, 2005.

SANTOS, S.S.B.S; SILVA, L.S; CARNEIRO, E.K.N; SABACK, M.A.M.C; CARVALHO, E.S.S. Processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de Saúde da Família em município baiano. **Revista baiana de enfermagem**. Salvador, v. 27, n. 02, p. 101-107, mai-agos, 2013.

SILVA, I.Z.Q.J; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Interface comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v.9,n.16,p.25-38,set/fev.2005.

SOUZA, A . S. A intedisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v.1, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999.

SCHERER,M.D.A; PIRES, D.E.P; JEAN,R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 04, n. 02, p. 221-242, 1999.

UCHIMURA, K Y; BOSI, MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface- comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v.16, n. 40, p. 149-160, jan-mar, 2012.

VALENTIM, I.V.L; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 03, p. 777-788, 2007.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M; FARIA, M.M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit. Panam**. v. 120, n. 06, p. 472-481, 1996.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Trabalho em Equipe: a concepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família**” a qual pretende: identificar elementos que facilitam e/ou dificultam o trabalho em equipe na realidade profissional destes e propor estratégias que possam potencializar o trabalho em equipe no processo de trabalho deste contexto profissional.

Sua seleção ocorreu por pertencer a uma unidade de Saúde da Família, como profissional, que vivencia o cotidiano do processo de trabalho na equipe.

Assim gostaríamos de contar com sua participação para a entrevista que será gravada e posteriormente transcrita pela própria pesquisadora, que ao final do trabalho destruirá as gravações, garantindo o sigilo dos participantes envolvidos com este estudo. Sua participação é voluntária, não remunerada.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste estudo. As informações/opiniões emitidas não causarão dano nenhum, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento. As entrevistas serão identificadas por códigos sendo no conjunto da análise sua entrevista não será identificada nominalmente.

A pesquisadora é a Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica Daiane Aparecida Dias orientada pelas Prof^{as}. Sueli Fatima Sampaio e Prof^a Mariza Borges Brito de Souza da Universidade Federal de São Carlos que podem ser encontradas nos endereços Rodovia Washington Luís, Km 235, CEP: 13565-905, São Carlos-SP, Brasil ou Rua Jose Alvarez Maciel, nº90, Parque Arnold Schimith, São Carlos-SP Brasil, fone: (14) 91331383. Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Carlos, localizada no mesmo endereço, e-mail: cephumanos@ufscar.br

Você receberá uma copia deste termo onde conta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Enfa. Daiane Ap. Dias

daianenani_2@hotmail.comfone: (14) 91331383

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa “O Trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família no município de São Carlos – SP”, e estou ciente de que a entrevista terá seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira participar da investigação, tenho liberdade para a retirada deste consentimento.

São Carlos, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO B

Questões Norteadoras

- Como é o trabalho nesta unidade?
- Quais os desafios e limites no trabalho vivenciado por esta equipe?
- O que potencializa esta vivência do trabalho?