

## EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESPAÇO DE ARTICULAÇÃO TÉCNICA E DE INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS?

Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva\*

**RESUMO:** *O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do Programa de Saúde da Família - PSF, visando uma abordagem mais integral e resolutiva. Isto pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem. Este estudo analisou a experiência de uma equipe de PSF em um município baiano, buscando identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. Os dados foram obtidos através de grupos focais, observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Identificou-se a ocorrência de articulação entre as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais, embora com algumas limitações. Do ponto de vista da interação, com vistas à construção de um projeto comum, foi identificado como aspecto favorável a partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade. Por outro lado, foi observado que o planejamento das ações concentra-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada.*

**Palavras-chave:** Trabalho em equipe; Articulação técnica; Interação entre os profissionais

### INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se constituído em um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. Como regra geral, a descentralização do processo de decisão e a municipalização têm possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades concretas.

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa um exemplo desta busca. Desenhado inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, o PSF vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorientação da atenção primária da saúde, com a pretensão de influir na reestruturação do modelo de atenção em sua totalidade. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo convencional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico e de alto custo (BRASIL, 2002, p.16).

As diretrizes operacionais do PSF ressaltam a adscrição de população/territorialização, descentralização da programação e do planejamento, integralidade da assistência, estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação comunitária/control social e trabalho em equipe multiprofissional. No que diz respeito especificamente ao trabalho em equipe, este é colocado

---

\* Graduada em Serviço Social pela UCSAL, Especialista em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA e Mestra em Saúde Comunitária pelo ISC/UFBA. Endereço eletrônico: [jcarlos@ufba.br](mailto:jcarlos@ufba.br).

como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e como possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001, p.73).

A composição dessas equipes vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Inicialmente eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. No ano 2000, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal acompanhava as famílias cadastradas por duas equipes de PSF. A partir de 2003, uma nova portaria reviu as normas estabelecidas anteriormente e estabeleceu que poderão ser implantadas nos municípios quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família.

A atenção dessas equipes é centrada na família, que deve ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. Dessa forma, a equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2002, p.17). A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas especializações.

De acordo com Schraiber *et al.* (1999, p. 232), o fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões faz com que o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo constituam um intenso processo de especialização e, sendo assim, a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, seja referente a uma mesma área profissional, seja a áreas distintas - multiprofissionais. Segundo os autores, a idéia de recomposição na direção da atenção integral, todavia não se tem mostrado possível por meio da mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho.

Estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais (PEDROSA; TELES, 2001, p.311); que, apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro (BASTOS, 2003, p. 83).

Diante dos dados, podemos considerar que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus "núcleos de competência" (FRANCO; MERHY, 1999, p.8), bem como de as ações serem realizadas de forma isolada e justapostas. Nos termos propostos por Peduzzi e Palma (1996, p. 240), reproduzindo vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho, dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários. Outro risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que "engessam" o trabalho coletivo em saúde.

É possível sugerir, então, que a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral. Segundo Schraiber *et al.* (1999, p. 232), a eficiência e a eficácia dos serviços, nesta perspectiva,

requerem uma modalidade de trabalho em equipe, que traduza uma forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços. Nesse sentido, no estudo do trabalho em equipe, é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Há que se observar, também, como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos.

Sendo assim, questionamos, afinal, como vem se realizando o trabalho em equipe no âmbito do PSF? Tem ocorrido articulação entre as ações e interação entre os profissionais, com vista à construção de um projeto assistencial comum? Visando responder estas questões, examinamos a operação do trabalho, ou seja, os sujeitos em ação e comunicação.

Consideramos que investigar o trabalho em equipe no âmbito do PSF revela-se importante na medida em que esta é uma das diretrizes mais enfatizadas. Existe ainda a possibilidade de estar contribuindo com estudos sobre trabalho em equipe no contexto da saúde. Além disso, como lembra Paim (2002 p.444), a relevância em focalizar os sujeitos em ação e comunicação está no fato de que este tipo de objeto concede visibilidade à interação social e valoriza a intersubjetividade na explicação de conflitos e na busca de entendimento, muito embora os formuladores de políticas públicas e pesquisadores nem sempre dediquem atenção a tais aspectos. De acordo com o autor, o trabalho de equipe é recomendado "como se fora uma panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas das práticas de saúde decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional".

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. Na discussão do trabalho, buscamos também identificar os fatores que vêm facilitando ou dificultando a construção desse projeto.

Esta investigação consistiu em um estudo de caso, realizado em um município baiano de grande porte. Foi selecionada para estudo uma equipe de PSF identificada pela coordenação municipal como sendo aquela que trabalha de forma mais integrada. Como fontes de evidências desta investigação, foram utilizadas três técnicas de coleta de dados: observação participante, grupo focal e entrevista semi-estruturada.

Na análise do material etnográfico coletado, buscamos articular as evidências obtidas com as proposições teóricas que deram suporte à operacionalização dessa investigação. Com base na literatura sobre trabalho em equipe, mais especificamente nas contribuições de Peduzzi (1998, p. 123) e Schraiber *et al.* (1999, p. 233), elegemos as seguintes categorias de análise:

- *Articulação entre as ações* - conexões entre as diferentes atividades que são ativas e conscientemente colocadas em evidência pelos agentes que as realizam;

- *Interação entre os profissionais* - prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, através da qual os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum.

Além das categorias centrais acima referidas, consideramos o *poder* como categoria transversal. O poder será aqui entendido à luz de Santos (2002, p. 266), que o define como "qualquer relação social regulada por uma troca desigual."

O ordenamento do material coletado das entrevistas semi-estruturadas e também do grupo focal permitiu a identificação de convergências e divergências no interior dos discursos dos informantes, que foram comparadas às notas de observação participante. Esse procedimento visou a triangulação das evidências, cujo propósito é, segundo Minayo (1992, p. 241), "combinar e cruzar os múltiplos pontos de vista através dos múltiplos informantes e das múltiplas técnicas de coleta de dados".



## ARTICULAÇÃO TÉCNICA: UMA POSSIBILIDADE NO PSF

Quando a equipe é multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos, portanto a consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p.144). As conexões entre as diferentes ações ou atividades são ativas e conscientemente colocadas em evidências pelos agentes que as realizam. Dessa forma, a articulação ocorre no trabalho com o outro e por meio da comunicação, da mediação simbólica da linguagem, que pressupõe sujeitos em inter-relações (PEDUZZI, 1998, p. 230).

Segundo Schraiber *et al.* (1999, p. 233), a articulação das ações ou dos trabalhos requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Requer também uma certa modalidade de relação entre os agentes, onde ao menos algumas informações sejam trocadas.

Na pesquisa empírica, foi possível constatar a existência de articulação entre as ações executadas pela maioria dos profissionais. De modo geral, os profissionais expressaram que em algum momento do seu trabalho buscam os demais membros da equipe para trocar informações, visando, principalmente, o esclarecimento de dúvidas. Observamos que, no que se refere aos profissionais de nível superior, estas trocas se dão, na maioria das vezes, durante o próprio atendimento.

Enquanto a médica procura a enfermeira para esclarecer dúvidas sobre vacina, notificação e encaminhamentos para a rede de referência do SUS, esta busca sempre soluções para os problemas apresentados nas consultas que realiza com gestantes ou crianças menores de 5 anos.

Observamos ainda uma certa articulação entre as ações desenvolvidas pela médica e enfermeira com aquelas realizadas pela dentista. Esta articulação se dá, principalmente, durante o encaminhamento de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças. Nestes casos, foi possível perceber um esforço, por parte destes profissionais, em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções técnicas que executam.

No que diz respeito à articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de nível superior e aquelas desenvolvidas pelos demais membros da equipe, observamos que esta é mais freqüente entre a médica e enfermeira com os agentes comunitários. A médica e a enfermeira estão constantemente trocando informações com os agentes comunitários, ainda que com objetivos diferenciados. Enquanto a enfermeira utiliza as informações dos agentes comunitários para planejar (visita domiciliar, intensificação vacinal, etc), a médica está sempre buscando informações sobre os pacientes que acompanha. Já os agentes comunitários, por sua vez, buscam orientações com as duas profissionais, visando o encaminhamento das diversas situações encontradas na área.

As auxiliares de enfermagem informaram que, quando surge alguma dúvida durante o desenvolvimento de suas ações, procuram a enfermeira ou a médica, a depender do caso. Algumas vezes, além da articulação, existe também uma demanda de cooperação no trabalho por parte das auxiliares de enfermagem.

Em síntese, percebemos que alguns profissionais trocam mais informações entre si com uma regularidade maior que outros, a exemplo da enfermeira, médica e agentes comunitários. Por outro lado, observamos uma conexão ainda tênue entre as ações desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem e dentista com aquelas realizadas pelos agentes comunitários. No caso das auxiliares de enfermagem e dentista, ocorre mais freqüentemente uma emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação.

## A INTERAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS: O DESAFIO DE CONSTRUIR UM PROJETO ASSISTENCIAL COMUM

A interação é aqui entendida como construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais. Por meio dessa prática comunicativa caracterizada pela busca de consenso, os profissionais constroem e executam um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários (SCHRAIBER *et al.*, 1999, p.233).

Para Peduzzi (2001, p. 105), a construção do projeto comum pressupõe participação de todos os membros nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho. A seguir analisaremos esses aspectos no âmbito da equipe investigada.

Inicialmente buscamos apreender o nível de participação dos sujeitos no planejamento do trabalho. Nesse sentido, recuperamos um pouco a trajetória da equipe. De acordo com os entrevistados, o primeiro ano foi o período em que a equipe conseguiu realizar o planejamento de forma mais integrada, onde se tentou uma maior participação dos diversos profissionais. Contudo a necessidade de responder às demandas da secretaria impediu, muitas vezes, de serem colocadas em prática as ações programadas.

O grande número de atividades que cada profissional foi absorvendo, até mesmo em decorrência da quantidade de famílias cadastradas na área (1.830 famílias), bem como a mudança de alguns membros da equipe, fizeram com que, ao longo do tempo, a concepção do trabalho como um todo fosse se fragmentando. Atualmente, o planejamento é realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades, socializado-as na reunião semanal, da qual todos os membros da equipe participam. Foi possível observar que na equipe investigada os profissionais de nível superior trabalham com um amplo espectro de independência no planejamento de suas intervenções privativas.

No que diz respeito à reflexão conjunta do trabalho, apesar de a reunião semanal de equipe ser colocada como espaço destinado a este fim, percebemos que a mesma dá conta apenas parcialmente deste propósito. A referida reunião vem constituindo uma instância na qual se articulam mais as soluções dos problemas de natureza administrativa. Normalmente é coordenada pela enfermeira, que inicialmente apresenta uma pauta, contemplando alguns problemas relativos à organização interna do trabalho, que foram surgindo durante a semana, como também socializa a programação da semana seguinte: divisão de tarefas para a realização de ações demandadas pela coordenação municipal, escalas dos agentes nos grupos, escalas das auxiliares de enfermagem, atendimento na unidade, etc. Esta pauta é aberta à inclusão de outros pontos.

A reunião em questão é bastante valorizada pelos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, que a consideram como um momento de "tirar dúvidas", de colocar um pouco as angústias que foram surgindo no decorrer do trabalho. Além disso, estes profissionais também avaliaram como positivo o fato de o espaço da reunião estar sendo aproveitado para repasse de algumas informações técnicas. Cada profissional faz exposição referente a sua área, compartilhando, assim, o seu fazer e saber específicos. Assim, a reunião tem desempenhado uma função importante como possibilidade de os diversos membros da equipe conhecerem o trabalho do outro.

Percebemos que a reunião de equipe não vem sendo um espaço de elaboração coletiva do planejamento e avaliação do impacto das ações, mas apenas de socialização do que foi programado individualmente pelos profissionais de nível superior. Percebemos que os demais membros, especialmente os agentes comunitários, não se sentem à vontade para opinar com relação ao que é apresentado na referida reunião. Nesse sentido, podemos sugerir que as decisões não têm sido partilhadas no momento de concepção do trabalho, o que acaba

comprometendo a construção do plano comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho.

## ENTRAVES NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO ASSISTENCIAL COMUM

Com base nas observações anteriores, foi possível identificar que a construção de um projeto comum ainda se constitui um desafio para a equipe investigada. Embora haja alguns aspectos favoráveis como a flexibilização da divisão do trabalho, partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade, reflexão conjunta acerca de aspectos do trabalho, convém analisar as possíveis condições que estão restringindo a interação comunicativa entre os profissionais e dificultando que os demais pressupostos básicos requeridos à construção de um projeto comum sejam postos em prática.

Verificamos que algumas condições objetivas de trabalho, como o fato de a equipe ter sob a sua responsabilidade quase o dobro do número de famílias preconizado pelo Ministério de Saúde, vem afetando a dinâmica da mesma, uma vez que acaba sobrecarregando excessivamente todos os membros. Com relação aos profissionais de nível superior, essa sobrecarga refere-se, principalmente, às ações assistenciais. No caso da dentista, esta situação se agrava ainda mais, tendo em vista que esta atende todas as famílias cadastradas na área da unidade.

Além da grande demanda interna, a equipe fez referência também às freqüentes solicitações da coordenação municipal, as quais contribuem para aumentar a já mencionada sobrecarga de trabalho. Segundo os profissionais, quase sempre é preciso colocar de lado o que tinha sido programado para poder responder, em tempo hábil, ao que foi solicitado.

Um outro fator restritivo diz respeito ao tamanho da equipe. O grande número de famílias cadastradas exigiu a contratação de mais agentes comunitários, ampliando a equipe de 12 para 16 integrantes. De acordo com Starfield (2002, p. 1667), o tamanho da equipe interfere no mais evidente dos problemas dessa modalidade de trabalho: a transferência das informações necessárias à coordenação da atenção. Para Sttot, a tomada de decisão em equipe fica otimizada com seis membros e altamente improvável com mais de doze (STTOT *apud* STARFIELD, 2002, 168). Concordamos com o fato de que a equipe ser composta por dezesseis profissionais dificulta o acesso destes às informações que subsidiam discussões pertinentes ao processo de trabalho. Contudo, no caso da equipe investigada, nos pareceu que o problema com relação à distribuição das informações vai além dessa questão. Ao abordar as diferenças individuais na equipe, a enfermeira fez a seguinte colocação:

[...] A gente sabe que aqui na equipe cada um é diferente, um é mais melindroso, o outro é mais tímido, um fala mais, um é mais extrovertido, um pergunta mais, o outro pergunta menos, um quer saber até demais e aí é preciso podar um pouquinho (GF.E.).

De acordo com essa fala, é possível sugerir que nem toda busca por informações é vista pela enfermeira como algo positivo. Isto é preocupante se consideramos que esta profissional é o membro da equipe que mais congrega informações.

Durante a realização do grupo focal, foi referido que a enfermeira assume o papel de coordenadora, não só da reunião semanal, conforme já referido anteriormente, mas da equipe como um todo. No fragmento abaixo, fica claro a influência que a enfermeira tem sobre os demais integrantes da equipe.

Eu faço questão que todos os membros da equipe estejam presentes na reunião. É um dia que eu não dou folga para ninguém! Só se for morte ou doença! Não

vão achando que dia de reunião é dia de folga. Isso foi uma coisa imposta por mim, eu falei da importância da reunião e que eu não abriria mão. Eu não tiraria folga nesse dia, ninguém tiraria folga nesse dia e isso é uma coisa que a gente tem mantido. (GF.E)

Durante a observação, verificamos que a enfermeira acaba mediando as relações não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal. Esta, por sua vez, reforça essa posição: as correspondências e as ligações telefônicas são quase sempre direcionadas à enfermeira, mesmo quando o assunto diz respeito a outro profissional da equipe.

Podemos sugerir que a posição de coordenadora foi conferida à enfermeira porque historicamente é este profissional que tem assumido, nos serviços de saúde, as atividades de ensino, supervisão e administração. Outro motivo diz respeito a sua trajetória profissional antes do PSF (foi gerente em uma unidade básica de saúde, enfermeira instrutora supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e cursou uma especialização em saúde coletiva), mas também devido ao fato de estar participando dessa equipe desde a sua implantação e ser diretamente responsável por supervisionar o trabalho dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem.

A liderança foi algo espontâneo, partiu da equipe. Talvez por eu ser um dos poucos membros que nunca foi trocado, que sempre esteve aqui, que conhecia toda a rotina. No começo do trabalho, a médica não tinha uma visão de como era o PSF, os agentes eram novos e eu tinha vindo do curso de especialização. Então eu tinha, de certa forma, um entendimento maior do que era o programa. (E.E.)

Ao falar sobre a liderança, a enfermeira coloca que esta surgiu naturalmente e associa a liderança a um dom que alguns têm e outros não. Segundo esta profissional: "Na outra equipe era o médico quem assumia o papel de líder. É por isso que eu digo que a liderança está relacionada com a pessoa e não com a função que ela assume" (E.E.).

Alguns autores destacaram a importância da existência de um líder na equipe para a coesão da mesma (SCHERER; CAMPOS, 1997, p.280). Já Oliveira (2000, p.70) argumenta que a permanência prolongada de uma pessoa no poder também pode contribuir para suscitar comportamentos e atitudes passivas dos demais membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. Para o autor, é importante o exercício flexível de liderança, evitando, assim, cristalizações de posições.

Pelo que podemos observar, na equipe investigada, não houve um grande investimento em mudar elementos relativos à relação de poder, por exemplo, ainda percebemos na fala da agente comunitária uma tendência, por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação.

Eu acho que para nossa equipe trabalhar como equipe seria necessário que alguns descessem do salto, fossem mais simples. Têm muitos que quando questionamos alguma coisa ou fazemos alguma sugestão, tratam a gente assim como se dissessem "ponha-se no seu lugar". Na verdade, tem profissionais aqui que só nos procuram quando precisam do nosso trabalho, quando querem saber de alguma informação. (E.ACS1)

No depoimento acima, é sugerido que há uma disposição para a manutenção de relações verticalizadas, uma vez que nem todos têm a mesma autoridade para falar e ser escutado. Além disso, através da fala da agente comunitária, nos pareceu que os interesses dos diversos profissionais são tratados de forma desigual. Segundo Santos (2002, p.267), numa determinada

situação de exercício de poder, pode dar-se uma convergência entre elos da cadeia de desigualdade. No caso da equipe investigada, as relações verticais, em última instância, podem também estar refletindo os diferentes lugares ocupados pelos distintos profissionais na hierarquia social.

De acordo com Peduzzi (2001, p.107), as relações de subordinação podem ser transformadas através da prática comunicativa, onde a argüição dos valores implícitos nos atos da fala permite discriminar e manter as diferenças técnicas de trabalhos executados por sujeitos sociais iguais. O trabalho em equipe, nesse sentido, refere-se à relação entre trabalho e interação de agentes técnicos distintos, mas sujeitos iguais. Nesse sentido, Peduzzi e Palma (1996, p.242) destacam a supervisão como meio que pode auxiliar a interação entre os profissionais de saúde no trabalho em equipe, seja pelo seu caráter gerencial, educativo ou de articulação política.

No município investigado, as equipes de PSF se encontram diretamente ligadas à coordenação da atenção básica, sendo atribuição desta a realização da supervisão de equipe. De acordo com o depoimento a seguir, a supervisão vem assumindo diferentes configurações ao longo do tempo:

No início, quando o PSF foi implantado, a gente tinha reuniões mensais das equipes e era interessante porque cada um ia colocando seus problemas e como superou e tal. Na medida que foi crescendo o número de equipes o pessoal da coordenação não teve pernas para acompanhar. Passou a ter reuniões com representantes de cada equipe. Depois acabaram com a reunião de equipe e colocaram um supervisor, mas nessa equipe o supervisor era ausente, só veio aqui quatro vezes, ele também não tem tempo. Hoje, quando tem alguma reunião, é por categoria, de acordo com a necessidade e não existe uma periodicidade. É mais para os médicos e enfermeiras. (E.D.)

Conforme o depoimento anterior, o trabalho da equipe está carecendo de integração, de atividades que a ele confira unidade, de espaços de controle do processo de trabalho com vistas ao cumprimento de sua finalidade, tal como recomenda Peduzzi e Palma (1996, p. 243).

De modo geral, os entrevistados foram enfáticos em informar do compromisso da coordenação municipal e da dificuldade que esta vem enfrentando, uma vez que continua com a mesma estrutura e composição da época de implantação do PSF. Diante dessa situação, a coordenação tem acompanhado mais de perto as equipes onde é freqüente o conflito interno, em detrimento daquelas consideradas comprometidas com o trabalho (as que cumprem horários, tarefas, etc), como é o caso da equipe em questão.

Alguns entrevistados também colocaram como dificuldade o fato de o trabalho em equipe ser discutido apenas no treinamento introdutório. Apesar de considerarem que o treinamento introdutório tenha cumprido sua função, os profissionais problematizam que a discussão sobre o trabalho em equipe não pode ser estática e apenas ocorrer nesse momento.

Consideramos que o treinamento não necessariamente implica uma apropriação e transformação efetiva das práticas, já que outros elementos interferem também nesse processo. Talvez a função principal do treinamento seja propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, ao socializar um saber. Este certamente poderá ser um elemento facilitador na construção do projeto comum.

## CONCLUSÃO

Este estudo visou conhecer como vem se dando o trabalho em equipe no âmbito do PSF. Nesse sentido, buscamos identificar evidências de articulação entre as ações e interação entre os profissionais, com vistas à construção de um projeto assistencial comum.



Na equipe investigada, os profissionais fizeram referência a situações de trabalho em que colocam em evidência a articulação entre as ações, o que consideramos um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação. Podemos sugerir que a articulação vem acontecendo porque os profissionais estão buscando conhecer o trabalho do outro. Este conhecimento pode estar se tornando possível pelo trabalho conjunto há mais de um ano, mas também pela participação de todos os componentes nas reuniões semanais de equipe, onde cada profissional participa seu saber e fazer específico. Um outro fator facilitador pode ser a convivência diária de oito horas.

De modo geral, a articulação ocorre durante o próprio atendimento do usuário e tem como objetivo produzir o melhor resultado das intervenções técnicas, o que é relevante e desejável. Entretanto, quando se trata de trabalho em equipe, é necessário também considerar a interação, ou seja, a dimensão comunicativa que permeia a ação.

É através da prática comunicativa caracterizada pela busca de consenso que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano, construir e executar um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários. Sendo assim, buscamos conhecer como a equipe vem definindo o seu plano de ação. Identificamos que o planejamento e avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. Observamos que estes profissionais estão atuando com um amplo espectro de independência no que diz respeito ao planejamento das ações que realizam e uma interdependência no que se refere à execução das mesmas.

O fato de os demais profissionais não participarem da concepção do trabalho acaba por comprometer a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho. Mesmo que a programação realizada individualmente pelos profissionais de nível superior seja socializada na reunião semanal de equipe, verificamos que, em algumas situações, os agentes comunitários e profissionais de nível médio não se sentem à vontade para opinar com relação ao que está sendo apresentado. Nesse sentido, podemos inferir que as decisões relacionadas à concepção do trabalho não têm sido partilhadas por todos.

Tendo em vista que no primeiro ano de atuação da equipe, o planejamento das ações era realizado de forma integrada, podemos levantar a hipótese de que a atual fragmentação na concepção do trabalho se deve aos seguintes fatores: pressão interna decorrente do número de famílias cadastradas ser quase o dobro do preconizado pelo Ministério da Saúde; pressão externa por parte da coordenação municipal; grande número de atividades que foram sendo absorvidas por cada profissional; mudança de alguns integrantes da equipe, como agentes comunitários e médico (apenas um agente comunitário trabalha na equipe desde a sua implantação) e falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal.

Por outro lado, identificamos a existência de alguns aspectos favoráveis à construção do projeto comum na equipe investigada, quais sejam: flexibilização da divisão do trabalho, uma vez que, além das ações específicas, os profissionais também participam de ações comuns a outros membros da equipe e partilham de decisões de problemas relacionados à dinâmica da unidade. Quanto a estes problemas, a reunião de equipe tem se constituído em um espaço de reflexão conjunta.

Entretanto, apesar dos aspectos favoráveis acima apontados, é possível afirmar que a construção de um projeto comum ainda é um desafio para a equipe investigada, uma vez que, de modo geral, ainda há uma sobreposição da razão instrumental e estratégica nas situações em que deveria predominar a razão comunicativa. Podemos formular hipótese de que a dificuldade em se estabelecer uma prática comunicativa esteja associada aos seguintes aspectos: desigualdade entre os membros da equipe quanto à oportunidade para propor, julgar e decidir no trabalho; tendência, por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação e a cristalização de posições. Com relação a este último aspecto, é possível inferir que a permanência prolongada da enfermeira no papel de coordenadora da equipe pode estar contribuindo para



suscitar comportamentos e atitudes passivas dos demais membros da equipe nos processos decisórios.

A análise do cotidiano revelou, portanto, que a construção de um projeto comum no PSF dependeria não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe.

Lembramos, todavia, que esta investigação se refere a um estudo de caso e que é necessário ser cauteloso nas suas generalizações. Além disso, temos clareza de que o conhecimento construído, a partir do recorte realizado nesse estudo, significa um determinado ponto de acumulação de evidências, mas que certamente poderá ser reconstruído a cada aproximação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Editora MS. Brasília, 2002. 222P.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003, 97f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

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

FRANCO, T.; MEHRY, E. E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.>>. Acesso em: 25 de março de 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC,1992.

OLIVEIRA, V. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

PAIM, J.S. A investigação em sistemas e Serviços de Saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 435-444.

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

PEDUZZI, M.; PALMA, J .J. L. A equipe de saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M. I. B; SCHRAIBER, L. B. (Orgs.), **Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade de saúde**. São Paulo: Hucitec. 1996. p. 234-250.



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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 103-109, 2001.

SANTOS, B.S. Os modos de produção do poder, do direito e do senso comum. In: SANTOS, B.S. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.261-325.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M.A. O trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: MATURANO, E. M.; LOUREIRO, R. (org.) **Estudos em Saúde Mental.** Ribeirão Preto: FMRP - USP, 1997. p. 264-285.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B. ; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO/Ministério da Saúde/Governo Federal. Brasil, 2002