

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARTA DE OLIVEIRA PIMENTEL**

**AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

**SÃO PAULO**

**2011**

**MARTA DE OLIVEIRA PIMENTEL**

**AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem  
da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:  
Cuidado em Saúde

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Itsuko Ciosak

**SÃO PAULO**

**2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Pimentel, Marta de Oliveira

As relações interpessoais na equipe de saúde da família  
na perspectiva do construcionismo social / Marta de Oliveira

Pimentel. -- São Paulo, 2011.

130 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de  
São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Suely Itsuko Ciosak

1. Profissionais da saúde 2. Interação interpessoal  
3. Interação social 4. Relações de trabalho I. Título.

Nome: Marta de Oliveira Pimentel

Título: As relações interpessoais na Equipe de Saúde da Família na perspectiva do construcionismo social

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Aos meus mui amados filhos,  
*AUGUSTO PAOLO e BÁRBARA HANNA,*  
a cada dia descubro novos caminhos possíveis  
de expressão do amor, aquele amor que pelo frescor é  
perdurável.

Àqueles que me conceberam, pelo dom da vida,  
meus pais, *SEVERINO MUNIZ PIMENTEL* e  
*MARIÊTA DE OLIVEIRA PIMENTEL*, pelos “atos de amor”  
e sabedoria ao ensinar-me a cultivar aquilo que temos de  
mais nobre: a DIGNIDADE

## AGRADECIMENTOS

A  
DEUS,  
Pelas mãos acolhedoras.

A minha **FAMÍLIA**,  
rede de apoio delicada que estendeu dando sustentação nos  
momentos de fragilidades.

Aos meus Irmãos e Irmãs,  
Marcos, Márcia, Marcelo e Marlise, pelo cuidado  
oportuno dispensado.

A minha orientadora e incentivadora,  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Itsuko Ciosak, pelo  
acolhimento caloroso, minha gratidão!

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Ferreira Takahashi,  
por atitudes humanas e sábias palavras.

A grande amiga,  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloísa Carvalho Torres, pela amizade tecida com  
fios invisíveis e sensíveis.

A todos os profissionais e trabalhadores das **Unidades Básicas de Saúde**, na  
pessoa das enfermeiras, **Regina** e **Suely** pela disponibilidade carinhosa, que  
marcou nossos encontros, eu me senti em casa.

A todas as pessoas da **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte** e do **Distrito Sanitário Leste** que contribuíram para que a pesquisa fosse realizada.

A todos os funcionários da secretaria da **Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** e em especial a **Silvana Maximiano**, pelos abraços calorosos e incentivos

*“Simpatia e respeito dão ânimo na busca de  
ideais mais elevados.”*

Pimentel MO. As relações interpessoais na equipe de saúde da família na perspectiva do construcionismo social [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paul: 2011

## RESUMO

A proposta da pesquisa foi explorar a dimensão relacional existente no trabalho em saúde, tendo como foco as relações interpessoais desenvolvidas na Equipe de Saúde da Família – ESF. Os objetivos do estudo buscaram: Analisar a dinâmica interacional na construção de lugares sociais a partir dos quais os integrantes de ESF e os gerentes buscam sustentação para o trabalho em equipe mapeando o Repertório Interpretativo e identificar os sentidos das práticas sociais – mecanismos e linguagem em uso – que contribuem para as interações sociais/relações interpessoais no trabalho em equipe. Trata-se de um estudo qualitativo de cunho exploratório, com bases teórico-metodológicas no construcionismo social. O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Leste da Secretária Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte, em dois momentos: de outubro de 2009 a fevereiro 2010 e de maio 2010 a agosto de 2010. Os dados foram coletados por meio de observação direta e entrevistas semi-estruturadas. Foram observadas 28 atividades integrativas das quatro ESF que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo. Foram entrevistados 32 colaboradores, sendo: dois gerentes de UBS, quatro enfermeiros, três médicos, cinco Auxiliares de enfermagem e 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A análise dos dados nos deu a conhecer as características gerais dos colaboradores que articulados às entrevistas nos forneceram uma melhor compreensão dos processos relacionais desenvolvidos no contexto do trabalho em equipe das ESF. A análise dos discursos baseada na perspectiva construcionista social possibilitou identificar seis repertórios interpretativos: **(a)** espaço da reunião: o lugar do encontro das diversidades sociais; **(b)** Vivências com os usuários: os momentos de choques de visão de mundos; **(c)** trabalhar em equipe: Falar é fácil, fazer é que são elas...; **(d)** As relações interpessoais e o desencontro entre a organização de trabalho e os trabalhadores; **(e)** os gerentes e os integrantes da ESF: o espaço existente; **(f)** espelho mágico: espelho, espelho meu...O uso dos repertórios permitiu justificar e legitimar as práticas sociais das relações interpessoais nas construções interacionais no contexto do trabalho da ESF, de diferentes maneiras, porém houve um predomínio na responsabilização de caráter individualista abstraída dos contextos sociais e anulada no trabalho, o qual é parcialmente isentado de suas responsabilidades. Os desempenhos sociais para a interação com o outro na construção de projetos comuns no cotidiano do trabalho são vividas de formas particularizadas. Entretanto, acreditamos serem importantes novas construções sobre os fazeres e dizeres das praticas relacionais no contexto do trabalho em saúde e em particular, no contexto do trabalho em equipe.

**PALAVRAS-CHAVE:** Profissionais da saúde; Interação interpessoal; Interação social; Relações de trabalho.

Pimentel MO. Interpersonal Relations in a family health teamwork in a social constructionist approach. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2011

### Abstract

The aims of this study were to investigate the relational dimension within the healthcare work, focusing on interpersonal relations developed in a family health teamwork; to analyze the interactional dynamics in establishing social roles for the participants of the family health and the managers who support teamwork through mapping interpretative repertoire; to identify social practices-mechanisms and language in use - which contribute to social interactions/interpersonal relations in teamwork. It is an explorative qualitative study. Theoretically and methodologically, this research is based on social constructionism. The study was carried out in two Health Units in Belo Horizonte City in two periods: October 2009 to February 2010 and May 2010 to August 2010. Data was collected through observation and semi-structured interviews. Twenty-eight integrative activities of four family health teamworks (who met the criteria of the study) were observed. Thirty-two collaborators were interviewed: two health unit managers, four nurses, three physicians, five nurse technicians and eighteen community health agents. Data showed the general characteristics of the collaborators who provided us a better understanding of the relational processes developed within family health teamwork settings. Speech analysis based on a constructionist approach allowed us to identify six interpretative repertoires: (a) meeting place: the local where social diversity meet ; (b) Users share: a clash of points of view; (c) teamwork: "It ain't so easy to do"; (d) Interpersonal relations and the gap between the Organization ( or Institution) and the workers; (e) The managers and the participants of the family health teamworks: the living space; (f) Magic mirror: "mirror ,mirror on the wall" The use of repertoires allowed us to justify and legitimate interpersonal relation practices within family health teamwork settings. However, there was a predominance in individualist responsibility character traits observed from social contexts and not present in the work settings, which is responsibility-free. The performance of social roles, for the interaction with others in building projects in common on a daily basis in a family health teamwork setting, are individually experienced. Nevertheless, we (strongly) believe them to be important and new relational practices in health-care work, especially teamwork.

**Key words:** Health professionals; interpersonal relations; social relations; work relations.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
CERSAM	Centro de Atenção em Saúde Mental
DISAL	Distrito Sanitário Leste
DS	Desempenhos Sociais
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESP-MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAM	Postos de Assistência Médica
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais
SMSBH	Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade Pronto Atendimento
URSS	Unidade de Referência Secundária

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos colaboradores segundo sexo, faixa etária, estado civil, filhos, nível de escolaridade, cursos de pós-graduação e capacitação no PSF. ....82
- Tabela 2 – Distribuição dos colaboradores em relação ao período de tempo no PSF, na UBS, na ESF, carga horária de serviço e outro vínculo de trabalho. ....84

## SÚMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1. Sensibilização para o tema	12
<b>2 OBJETIVOS</b>	20
<b>3 A DIMENSÃO INTERACIONAL NO CONTEXTO DO TRABALHO</b>	21
3.1 A relação entre trabalho e os sujeitos humanos	21
3.2 A centralidade da dimensão relacional no Programa de Saúde da Família	28
3.3 A dinâmica relacional e a Equipe de Saúde da Família	37
3.4 O Potencial de articulação do trabalho em equipe no contexto da Equipe de Saúde da Família	41
3.5 Habilidades e competências sociais para Relações interpessoais construtivas na formação de equipes	50
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	60
4.1 Construcionismo Social: O Referencial	61
4.2 Cenário do estudo	65
4.3 Sujeitos do estudo	69
4.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados	70
4.5 Aspectos Éticos e Legais	74
4.6 Construção e Análise do <i>Corpus</i> da pesquisa	74
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	79
5.1 Caracterização da População	80
5.2 Repertórios Descritivos Interpretativo	85
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	112
<b>REFERÊNCIAS</b>	118
<b>ANEXOS 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/PBH</b>	130
<b>APÊNDICE 1 Termo de consentimento Livre Esclarecido</b>	131
<b>APÊNDICE 2 Instrumentos de Coleta de Dados: Entrevista</b>	132
<b>APÊNDICE 3 Fichas Observacionais de Atividades Integrativas</b>	133

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1. SENSIBILIZAÇÃO PARA O TEMA

*“A mente que se abre a uma nova idéia  
Jamais volta ao seu tamanho original.”  
Albert Einstein - 1879-1955*

O interesse pelo tema “das relações interpessoais no contexto do trabalho em saúde e, especificamente, nas equipes de Saúde da Família” é fruto de vivências da pesquisadora nas atividades de docência, acompanhando alunos, na disciplina Estágio Curricular I, nas Unidades Básicas de Saúde – (UBS), na região metropolitana de Belo Horizonte. Tendo em vista, a articulação integrativa dos conhecimentos adquiridos pelos discentes, o desenvolvimento de atividades de assistência, administração, pesquisa e educação em saúde, e o processo de trabalho realizado pelos profissionais, emergiram dificuldades para construções dialógicas satisfatórias, voltados para vivências dos profissionais com suas características e singularidades.

Assim, mediados pelo docente para uma atuação prática contextualizada, os alunos, necessitam apreender a organização do processo de trabalho da UBS, sua capacidade instalada e resolutiva e o perfil epidemiológico da população adstrita. Isto requer proximidade com o conjunto de trabalhadores de saúde, os gestores, as equipes, os profissionais de apoio, agentes comunitários de saúde (ACS), usuários e toda uma estrutura comunitária, estabelecendo com eles um relacionamento interpessoal contínuo.

Essas experiências promovem interações entre profissionais da área de ensino e serviço, com culturas e valores distintos. As interações vividas são oportunidades de grande aprendizagem como, também, são mobilizadoras de ansiedades e temores para as pessoas envolvidas, decorrendo dificuldades, defesas e discursos desencontrados. As pessoas reunidas em grupos e em espaços sociais de trabalho, pouco tem suas necessidades legítimas como pessoas atendidas. O que reforça o discurso institucional da existência de cuidadores sem o devido

cuidado, ou seja, de um cuidado pouco humanizado. (Deslandes, 2004; Hennington, 2007).

A realização de atividades no âmbito da saúde e da enfermagem, em particular, oferece experiências desafiadoras e estimulantes para seus profissionais. As práticas da assistência, da docência e de entidades profissionais se mesclaram no meu desempenho profissional e oportunizou experiências diversas, nas esferas profissionais técnicas, políticas e sociais.

Nestas vivências, são mobilizados conhecimentos cognitivos e emocionais, o que gera inquietações para desempenhos sociais nas vivências relacionais de coordenação de grupos e em atividades motivacionais das pessoas.

Algumas dessas experiências levantaram questões para apreender de forma simbólica os incômodos vividos e, uma em especial, foi objeto de estudo no curso de Mestrado, no qual busquei aproximar-me, através das representações dos enfermeiros sobre si e sobre a enfermagem, do desejo que os movem em sua expressão como sujeitos.

O estudo possibilitou a análise do desejo, nos três registros da constituição do sujeito – no real, imaginário e simbólico da teoria psicanalítica na abordagem lacaniana. Os discursos oferecidos pelos enfermeiros e tratados no método das práticas discursivas elaborada por Spink (1994) e analisados na tradição hermenêutica, puseram em evidência um desejo imaginário, alienado no desejo do outro, ainda por constituir-se na vertente simbólica do sujeito como possibilitador de laço social mais gratificante (Pimentel, 2001).

Neste estudo, desvendou-se a fragilidade dos processos relacionais humanos, somados a nossa própria condição humana de incompletude e que nos impõe na busca de sobrevivência, de constituição estrutural psíquica e de autoconhecimento, a jogos de aproximações e afastamento, que nos coloca em condições semelhantes à de todos os seres humanos da busca de equilíbrio e segurança afetiva (Pimentel e Carvalho, 2006).

Nessas interações cotidianas, torna-se evidente, às vezes, o precário repertório social, com atitudes e comportamentos estereotipados, inadequados e disfuncionais nos diversos espaços sociais, seja o familiar, o religioso, o do trabalho ou lazer, geradores de relacionamentos interpessoais pouco gratificantes e saudáveis (Pimentel e Carvalho, 2006).

De acordo com Goleman (2007) *“fomos programados para a sociabilidade”* e as habilidades sociais requeridas para este convívio constituem parte importante para o estabelecimento de diálogos no cotidiano social interativo, em seus contextos diversos, o que sintetiza de forma singela, Yalom e Leszcz (2006, p. 18), *“por trás do ‘eu’ sempre há colaborativos nós, o que nos leva a considerar o ser humano na matriz de seus relacionamentos interpessoais nos diversos ambientes do seu viver”*.

No contexto do trabalho em saúde, ao considerar os processos relacionais, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, (Brasil, 2004), *“preconiza a transversalidade na construção de redes cooperativa, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando a ação de sujeitos e coletivos e sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção à saúde”*, mas apresenta como ponto crítico, justamente a essência motriz dessas ações, ou seja, a inclusão e a valorização dos trabalhadores da saúde para implantação dessas práticas humanizadoras (Hennington, 2007.)

Muitas são ainda, as questões pouco resolvidas que tem como foco o *“ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde”*, pois as especificidades desse trabalho envolvem a mobilização e utilização intensiva de capacidades físicas, psíquicas, intelectual e emocional, operadas, por meio de competências e habilidades específicas. Incluindo trocas de afetos e de saberes, patrimônio transmitido e partilhado no ato do seu fazer cotidiano, de forma pessoal e relacional (Hennington, 2007).

Alguns autores como Nogueira, Santana (2000), Benevides, Passos (2005), Deslandes (2004) e Ayres (2006), colocam a questão que envolve os

trabalhadores da saúde, como um dos fatores mais importantes na gestão em saúde para a construção do modelo de atenção à saúde, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam necessidade de mudanças no processo de desenvolvimento dos profissionais, inclusão de novas abordagens para fortalecimento das equipes, superação dos modelos tradicionais da administração e da democratização das relações de trabalho.

Mas, a visão mercadológica do sistema capitalista que atua no cotidiano dos profissionais de saúde atravessa as estruturas organizacionais de trabalho em saúde e afetam o seu processo de trabalho (Ribeiro, 2006; Melara, Beccaria, Carta, Contri, 2006; Hennington 2007; Barreto, Santos, Pereira, 2003).

Nessa perspectiva, na qual se cobram resultados descolados da oferta de condições operacionais físicas, materiais e humanas apropriadas, não adequando as condições aos resultados, abre-se, um leque de possibilidades de fugas e de evasões por parte desses profissionais gerando pouco comprometimento. Mecanismos que podem produzir danos tanto aos trabalhadores, como aos usuários desses serviços, capturados nessa trama, que pode desqualificar a assistência prestada (Melara, Beccaria, Carta, Contri, 2006; Hennington, 2007; Ribeiro, 2006).

O exercício de práticas profissionais educativas em instituições de saúde torna possível a observação de estruturas organizacionais de trabalho pelos professores e alunos, pois os mesmos ocupam um espaço de interseção. Estão nos serviços de saúde, mas não são profissionais do serviço, sendo às vezes, catalizadores do mal-estar presente nas relações interpessoais que perpassam a interação dos profissionais no cotidiano do seu trabalho.

Percebe-se o fato da escassez de estudos sobre o tema das relações interpessoais no contexto do trabalho em saúde, considerando sua relevância e contemporaneidade diante da política pública de saúde, que ao adotar a estratégia da Saúde da Família, configurou o trabalho em equipes como um dos

seus pilares estrutural e no modo de operar o modelo de atenção à saúde (Leitão, Fortuna, Freitas, 2006; Ribeiro, Pedrão, 2005; Abreu, Munari, Queiroz, Fernandes, 2005).

Estudos realizados sobre o trabalho em equipe da Saúde da Família têm apontado para as dificuldades existentes nas interações sociais e revelado a importância desse tema (Jesus, 2006; Valentim, Kruehl, 2007; Fortuna, 2005; Peduzzi, Ciampone, 2005; Santos, Reis, 2001; Rolim, Pagliuca, Cardoso, 2005; Matumoto, Fortuna, 2005; Silva, Trad, 2005; Araújo, Rocha, 2007).

A literatura científica apresenta estudos, com enfoque na interação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, tais como: pediatria, unidade de tratamento intensivo (UTI) pediátrico, UTI de adultos, nas áreas de saúde mental e educação, nas relações entre docentes e discentes e entre os próprios estudantes (Teixeira, 2006; Silva, Trad, 2005; Coelho, Paim, 2005; Collet, Rocha, 2004; Correa, 2005; Pinto, Ribeiro, Silva, 2005; Rolim, Pagliuca, Cardoso, 2005; Leite, Vila, 2005; Cechinel, Lopes, Oliveira, 2005).

Alguns autores destacam o tema das relações interpessoais, a ausência de ações sistematizadas voltadas para a interação no trabalho em saúde entre os seus agentes, reflete na qualidade da assistência prestada aos usuários e na resolutividade do serviço (Abreu, Munari, Queiroz, Fernandes, 2005; Gomes, 1998; Vanderlei, Almeida, 2007; Pereira, Fávoro, 2001; Araújo, Rocha, 2007; Pinho, 2006; Mishima, Villa, Silva, Gomes, 1997; Ayres, 2006; Masson, 2007).

Observa-se, apoiado na literatura consultada, que ainda existe a necessidade de conhecer como vem ocorrendo às relações interpessoais entre os profissionais inseridos nas Equipes de Saúde da Família (ESF) no seu fazer cotidiano junto à comunidade sob sua responsabilidade, considerando todo o aporte investido na estruturação e formação das ESF.

No que tange aos investimentos de produção de espaços institucionais, para o crescimento interpessoal da ESF, alguns autores apontam também, a ausência

de mecanismos específicos, além das reuniões semanais da equipe, que contribua para relações mais harmônicas entre os profissionais e destes com seus gestores no contexto da gestão do sistema de saúde nos diversos níveis estruturais e organizativos (Almeida, 2003; Fortuna, 1999; Fortuna, Mishima, Matumoto, 2005; Silva, Trad, 2005; Camelo, 2007).

Verifica-se então, a necessidade de ações institucionalizadas que possam contribuir para a proximidade ao outro de maneira progressiva e segura, que possibilite a aquisição de repertórios sociais, potencializadores da eficácia desses indivíduos e do grupo ao qual se vinculam em torno de objetivos compartilhados. De acordo com Thomas, Grimes (1994), a participação com êxito em interações sociais dentro dos contextos no qual estamos inseridos:

É a principal habilidade da nossa espécie. O ser humano desenvolve grande parte de seu comportamento dentro do ambiente social e, por isso mesmo deverá obter um repertório capaz de gerar interações satisfatórias e compatíveis com o ambiente no qual estar inserido (Thomas, Grimes, 1994, p.38).

Portanto, o indivíduo socialmente habilidoso é visto como autoreforçador, ou seja, com uma boa autoestima<sup>1</sup> e um bom senso de autoeficácia<sup>2</sup>, o que facilita seu convívio com as demais pessoas, com as dificuldades e o enfrentamento a eventos estressantes. As habilidades sociais podem ser consideradas como imprescindíveis para o desenvolvimento sócio emocional do indivíduo e contribui para o seu equilíbrio e do ambiente no qual está inserido (Lucca, 1994; Del Prette, Del Prette, 2005).

Nesta concepção, o efeito potencial (eficácia) dos desempenhos interpessoais do indivíduo em determinadas condições sociais produzem impactos positivos e

---

<sup>1</sup> O termo relaciona-se com os pensamentos e sentimentos elaborados pelo indivíduo a partir de seus comportamentos e das conseqüências deste no seu ambiente e quanto mais seguro a pessoa de estar fazendo o que acredita ser correto, mais positiva será, mesmo que não atinja os objetivos. É a maneira que a pessoa se sente em relação a si mesma. É o juízo geral que faz de si mesmo. O quanto aprecia a si mesma (Del Prette 2002, p.35).

<sup>2</sup> A concepção de autoeficácia que adotamos derivada do termo de Efetividade – onde é possível atribuir competência social aos desempenhos interpessoais que ao atenderem a determinados critérios apresentam resultados positivos reforçadores, com sentimentos e pensamentos de confiança, satisfação e bem estar consigo mesmo. Tem a ver com o impacto positivo do desempenho interpessoal sobre si e sobre o outro (Del Prette 2002, p.36).

satisfatórios (efetividade – efeito real de uma ação em um sistema operacional). Portanto, o desempenho interpessoal atua como reforçador positivo e produz diversas interações gratificantes, o que resulta na elevação da autoestima do indivíduo, conferindo-lhe a condição de socialmente habilidoso, ou seja, com competência social. (Del Prette, Del Prette, 2002).

Assim, a busca de abordagens promovedoras do desenvolvimento humano dentro das organizações de trabalho do sistema de saúde, com vistas à superação da dicotomia indivíduo-organização numa perspectiva de sistemas complementares é relevante, o que nos faz partícipe da indagação posta por Moscovici (2001, p. 47) quando se interroga: *“são as pessoas que devem conter-se e plasmar-se nas organizações, ou são as organizações que devem expandir sua natureza original humana?”*.

E mesmo considerando que os serviços de saúde façam uso da racionalidade da gestão com sua lógica própria, pelo fato de possuir uma dinâmica essencialmente humana, manifestada por comportamentos racionais, desejados e esperados, contém, concomitantemente, comportamentos “não racionais”, que são regidos por racionalidade própria com seus princípios lógicos e sobre os quais a gestão tem pouco ou nenhum poder (Moscovici, 2001; Matos, 2006).

Na análise feita por Deslandes (2004), ao abordar a questão da humanização da assistência em saúde e o discurso oficial produzido, ela nos aponta algumas contradições existentes:

Os baixos investimentos institucionais na qualificação dos trabalhadores em saúde, **em particular no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe**, reduz as condições de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde, verificando-se pouco estímulo à inclusão destes na produção de saúde, assim como o **desrespeito aos seus direitos, o seu saber e as suas necessidades individuais e de trabalho**. Bem como, às condições estruturais de trabalho refletidas em um trabalhador quase sempre mal remunerado, sujeito a uma carga considerável de trabalho e pouco incentivado, **as políticas públicas humanizadoras** ficam comprometidas para produção de uma assistência satisfatória aos usuários (Deslandes 2004, p.9, grifo nosso).

Atualmente, no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, na busca de objetivos multidisciplinar e na proposta interdisciplinar, os gerentes e os componentes da ESF, tem procurado criar condições necessárias ao crescimento individual e do grupo, de maneira tímida e pouco sistematizada no âmbito institucional, pois, a própria concepção do trabalho em equipe requer investimentos além dos que tradicionalmente vem sendo utilizados pela organização do trabalho em saúde (Jesus, 2006; Costa, Carmem, Feliciano, Pinheiro, 2003; Leite, 2001; Scherer, Pires 2007).

Essa inquietude nos levou a aproximação teórico-empírica sobre o trabalho em equipe da Saúde da Família com enfoque nas relações interpessoais com propostas de abordagens para apreender como estas se processam no cotidiano entre os diferentes profissionais que a compõem (Moscovici, 2001, 2003; Yalom, Leszcz, 2006; Goleman, 1995, 2007; Del Prette, Del Prette, 1999, 2002, 2003, 2005).

A necessidade de compreensão sobre esse tema nos leva a interrogar também, sobre as práticas sociais dos gerentes: quais as práticas interativas que são utilizadas para assegurar a coesão da equipe? Que dispositivos favorecem as relações interpessoais das equipes de trabalho da Saúde da Família? Como podemos contribuir para o desenvolvimento de habilidades sociais que assegurem interações humanas mais colaborativas no contexto do trabalho em saúde e ao viver ético? Como capacitar os seus dirigentes e os integrantes da ESF em competências sociais promovedoras de interações humanas efetivas e saudáveis?

O estudo se propõe conhecer como ocorrem às práticas interativas no interior das ESF, com enfoque nas relações interpessoais nos espaços cotidianos de trabalho. Conhecer os repertórios interpretativos utilizado pelos integrantes da ESF e de seus gerentes sobre o trabalho em equipe, ou seja, compreender os vários modos que possibilitam a criação de determinada realidade relacional através de linguagem com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do

campo de estudos sobre o tema e fornecer subsídios para a formação efetiva das equipes multiprofissionais de trabalho na UBS/ESF.

Considerando os serviços de saúde, como espaços sociais, nos quais existe uma dinâmica de interação humana, pretendem-se conhecer a percepção da ESF a respeito do relacionamento interpessoal cotidiano de seus integrantes e elencar algumas propostas de mobilização da área temática das habilidades sociais e dos relacionamentos interpessoais na organização do processo de trabalho em saúde que inclua o ser humano de forma integral, sem negar a emoção e nem exacerbar a razão, contribuindo para o seu bem-estar e do outro.

## **2 OBJETIVOS**

- Analisar a dinâmica interacional na construção de lugares sociais a partir dos quais os integrantes da ESF e os gerentes buscam sustentação para o trabalho em equipe mapeando o Repertório Interpretativo.
- Identificar os sentidos das práticas sociais – mecanismos e linguagem em uso – que contribuem para as interações sociais/relações interpessoais no trabalho em equipe.

### 3 A DIMENSÃO INTERACIONAL NO CONTEXTO DO TRABALHO

*“Não existe ação sem uma emoção que a estabeleça como tal e a torne possível em ato.”  
Maturana - Emoções e linguagem na educação e na política. 2001*

#### 3.1 A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E OS SUJEITOS HUMANOS

Por considerar o trabalho, uma atividade humana que sempre tem ocupado um lugar privilegiado na vida de diferentes comunidades, devido às contingências impostas pela própria natureza humana e limitadas pelas condições socialmente estabelecidas, os estudos sobre o tema, o colocaram em evidência como um dos pilares do processo de auto-realização dos indivíduos e o meio pelo qual, os homens se posicionam na rede social e dão vazão à parte de seus sonhos e desejos.

O trabalho tem um destaque fundamental na construção e no reforço da identidade individual e coletiva. O trabalho e os trabalhadores apresentam-se como fator relevante na constituição da vida coletiva. Neste sentido, ele é elemento chave na formação de coletividades humanas comportando duas características fundamentais, a socialidade e a historicidade (Mishima, Villa, Silva, Gomes, Anselmi, Pinto, 1997).

Portanto, é essencialmente, uma ação humanizada exercida num contexto social, que sofre influências oriundas de diversas fontes, o que resulta numa ação recíproca entre o trabalhador e os meios utilizados para a produção do seu trabalho e entre os próprios trabalhadores (Kanaane, 1994; Paro, 1988).

Ao adotarmos a premissa do trabalho como uma das formas de realização do homem apreende-se o sentido real que o trabalho enseja em si mesmo e o seu sentido social agregador. Consequentemente, ao assumimos o homem como construtor e constituído pela sociedade na qual está inserido, detectam-se relações contraditórias entre os múltiplos sistemas existentes nessa mesma

sociedade. Nesta perspectiva, segundo Offe (1991, p.86), *“a forma como o trabalho veio se instituindo e organizando-se, gerou relações que, no mais das vezes, se revelaram distorcidas e pouco saudáveis aos próprios indivíduos envolvidos no ato de trabalhar.”*

Essa situação produziu novas formas e modalidades de se organizar e operar o processo de trabalho, com o intuito não apenas de buscar entender, apreender e se possível minimizar as situações constrangedoras para os sujeitos humanos no ambiente de trabalho, mas, sobretudo como ajustes para manter o trabalhador motivado, assegurando níveis de produtividade esperados pelo sistema de produção (Offe, 1989, 1991; Bulgacov, 2000; Matos, Pires, 2006; Martins, Dal Poz, 1998).

A construção do pensamento científico sobre as relações humanas no contexto do trabalho pode ser traçada a partir da Escola de Relações Humanas que instaura uma visão humanista nas estruturas organizacionais. Tendo como principais teóricos Elton Mayo e o grupo de Hawthorne (1927), Maslow e Argyris, o trabalho humano passa a ser recurso valioso e contributivo para as atividades da organização, com forte incremento de incentivos sociais. Chegou-se a conclusão que a integração social, o apoio do grupo e os elementos emocionais deveriam receber mais atenção. São introduzidos conteúdos relacionais e comportamentais aos treinamentos de caráter técnico com ênfase na motivação.

Para Martins, Dal Poz (1998), essa Escola surgiu, como alternativa para minimizar os efeitos do Taylorismo Clássico, que se localiza na desumanização do trabalho, no conflito de interesses e na desmotivação. O enfoque foi dado à valorização do grupo e dos indivíduos no grupo cujo objetivo era facilitar a adesão dos trabalhadores às demandas da organização e adequá-lo a empresa, transferindo para a realização da empresa a possibilidade de realização individual. O que sugere a forte manipulação dos trabalhadores para manutenção dos níveis de produtividade das empresas.

Entretanto, com todas as ressalvas políticas sócio ideológicas, que acompanham a abordagem da Escola das Relações Humanas em análises feitas por não oferecer contraponto ao Taylorismo, esse movimento foi o marco no campo científico para estudos sobre a questão do humano envolvido nas organizações de trabalho, pois inclui novas variáveis ao estudo da administração, tais como liderança, motivação, grupos informais e a importância dos fatores pertencentes à organização social da empresa, dentre eles, a comunicação, o que passou a ser visualizado nas abordagens subseqüentes do desenvolvimento organizacional (Martins, Dal Poz 1998, Matos, Pires, 2006).

Assim, consideramos que na era contemporânea, cada vez mais, a manipulação simbólica é exigida do trabalhador, ou seja, a mobilização do seu aparato mental na construção de estruturas mais sofisticadas de respostas com implicações subjetivas para demandas externas reguladas e pouco controláveis pelo indivíduo, o que requer dispositivos outros, aos quais não estavam “programados” (Offe, 1989, 1991; Clot, 2006; Deslandes, 2004).

Surgem novas tendências em relação ao trabalho, pois o mesmo vai se tornando mais complexo, autônomo, coletivo, intelectualizado e interdependente, solicitando deste trabalhador: capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, de tomadas de decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e enfrentar situações em constantes mudanças (Deluiz, 1997, Deslandes, 2004; Bulgacov, 2000; Castilho Sá, 2001; Azevedo, 2002).

Atividades essas que se traduz em competências, que se por um lado, demandam repertórios refinados de habilidades sociais, pautadas em atitudes e comportamentos mais autônomos, assertivos e autoconfiantes. Por outro, requerem ambientes de trabalho construtivos e promovedores desse agir social solidário, honesto com credibilidade e confiabilidade para manutenção de relações humanas respeitadas e construtivas.

Tais aspectos, segundo Coelho, Paim (2005), Hennington (2007) e Lacaz et al (2007), são de responsabilidades em primeira instância do alto staff do governo em seus diversos níveis organizativos, no que diz respeito, às decisões executivas necessárias para visibilidade e concretude das posições políticas publicas assumidas, em segunda instância de todos os que ocupam posições decisórias sobre grupos de trabalhadores e em última instância, daqueles que convivem em situação de pares para a realização das atividades laborais.

Embora o trabalho tenha um valor significativo para o homem, não se devem desconsiderar os limites que o próprio sistema no qual ele veio se organizando ao longo de um processo histórico, impõe ao trabalhador.

Melvezzi (1999) e Bulgacov (2000) apontam que as influências sócio culturais, nos valores, no comportamento humano e nas interações sociais na organização, como as próprias mudanças sócio culturais que são refletidas nos sistemas organizacionais, têm evidenciado no seu percurso histórico, as alianças estabelecidas entre as cúpulas organizacionais e as instituições sociais, nas tentativas de desconsiderar o trabalhador, como sujeito capaz de *“assumir sua condição ontológica e gozar da liberdade ética humana”* (Malvezzi 1999, p. 43).

Os modelos organizativos dessa dimensão institucional - o trabalho, construídos pelos teóricos da administração para sistematizar os fazeres humanos dentro de contexto que, às vezes, o negam, tem suas lógicas próprias, tempos, espaços e movimentos controlados, mas, nem sempre tem conseguido os resultados esperados, pois para manutenção da produtividade se mascaram os mesmos discursos com poucas concessões reais, e, se isso, se sustenta pelos resultados pífijs, é a um custo desmedido de sofrimento e danos aos trabalhadores (Clot, 2006; Bulgacov, 2000; Ribeiro, Blank, 2004).

Afinal, as pessoas inseridas nas organizações de trabalho estão ao longo de uma série de teorias organizacionais, sendo tratadas como pessoal indiferenciado, recursos e capital, num enquadre sustentado pela lógica do ideário capitalista e

ao serem assim objetivadas, se regeriam pelas mesmas leis dos recursos materiais, tecnológicos e financeiros – matérias, previsíveis, controladas com técnicas infalíveis de condicionamento ou manipulação que as fazem assumir quaisquer comportamentos desejados, evitando-se a punição, ou seja, o sofrimento social (Pires, 2000; Matos, Pires, 2006; Martins, Dal Poz, 1998).

Por conseguinte, os trabalhadores cientes das conseqüências a que estariam expostos voltam-se, silenciosamente, a punirem a si mesmo, física e psicologicamente e a punirem uns aos outros, e aos usuários de forma simbólica (ou concretamente) com os aparatos sociais que detêm, como possíveis saídas aos desajustes vividos cotidianamente no trabalho (Clot, 1997, 2006).

De acordo com Clot (2006), o taylorismo não desapareceu no início do século vinte um, mas teve que procurar contornar a vitalidade das oposições que suscitou. Para o autor

Haverá a transformação do gesto, tornado maquinal pelas concepções da Administração Científica, em operação da máquina. Todavia, o gesto, separado do homem, transporta consigo, para o automatismo, sua complexidade negada. Assim, aí onde era proibida a iniciativa, ela é obrigatória sob a forma de uma solicitação sistemática da mobilização pessoal e coletiva. A prescrição da atividade se transforma em prescrição da subjetividade (Clot 2006, p. 38).

Deste modo, as transformações que vem ocorrendo na sociedade e que perpassam todas as instituições sociais têm apresentado movimentos e desequilíbrios entre o conhecido e o por conhecer, o que gera um investimento intelectual e emocional, para apropriação desse saber de forma reflexiva, positiva e saudável para os seres humanos que delas são sujeitos e assujeitados (Clot, 1997).

Portanto, as atividades de trabalho, modificadas pelas transformações tecnológicas e pelo processo técnico científico, implica em mudanças significativas nas atitudes, condutas, ações dos indivíduos e dos grupos que os compõem, ocorre com isso, necessidades de rever concepções sobre o trabalho

e a relação deste com os indivíduos com vistas a delinear novas perspectivas de sua organização (DeLuiz, 1997; Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

Para Clot (2006, p. 28), *“o trabalho ativa e mobiliza mecanismos psicológicos que se por um lado, estimula produtividade e adequação ao seu sistema, introduzindo mecanismos gestado em sua maioria pelas organizações de trabalho”*, visando eliminar obstáculos e otimizar resultados, por outro lado, orna o sistema com condutas para que o indivíduo se implique como co-produtor das atividades realizadas, dotando-as de sentido, que no mais das vezes, encontra-se fora do sujeito.

Como conseqüências psicológicas, temos as mudanças da noção de tempo, questões técnicas, flutuante e dormente, introduzidas pela noção de velocidade e rendimento. Nos trabalhos humanos, pressupõem-se aspectos humanos, que devem ser considerados em um contexto com estruturas que contem múltiplas visões e que podem provocar desajustes aos diversos elementos que estão contidos nesse universo, gerando tensões e relações intra e interpessoais destorcidas e conflituosas (Clot, 2006).

Ainda que o grande motor das organizações de trabalho seja a obtenção de ganho de produtividade, o que vinha sendo imposto com a não aceitação implícita do trabalhador - mesmo que explicitado verbal e presencial - vai se revestindo de uma flexibilidade, de um discurso de amorosidade. Os trabalhadores são denominados colaboradores, chamados a colaborarem. Mas, colaborar com o que? Com quem? Com o mesmo ideário anterior que recusa mudanças nos paradigmas com que conceituam, percebe e trata os sujeitos humanos em seus contextos de trabalhos que se interrelacionam com outros contextos sociais afetando e sendo afetado por eles (Bulgacov, 2000).

Esses paradoxos existentes nas diversas organizações de trabalho que compõe a sociedade, também estão presentes nas organizações de saúde, seja no sistema como um todo, seja na rede de atenção básica, na Saúde da Família e

nas diversas modalidades que são ofertados os serviços de saúde à população em geral (Franco, Merhy, 1999, 2008).

Ao abordar o tema trabalho em saúde, Pires (1998, p.23) descreve que,

Ele possui especificidade própria por não possuir um modelo fixo, não ser tangível e mensurável, se consumir no ato da produção, demonstrando assim sua complexidade e que tem adquirido mudanças nas últimas décadas, sob forte influência do intenso processo de reestruturação do modelo de produção.

Desse modo, a organização de processo de trabalho em saúde apresenta incorporações rápidas de tecnologias que requerem maior qualificação dos trabalhadores para manutenção da produtividade dos serviços. Serviços, esses que tem na medida da sua necessidade de sobrevivência, o adequem-se as mudanças externas e internas, reconhecendo a evolução social política e econômica, mesmo que de forma lenta e, às vezes, inadequadas que acarretam desgastes aos seus trabalhadores (Deluiz 1997; Pires, 1998, 2000; Matos, Pires, 2006; Senna, 2007).

A organização desse processo de trabalho, ainda com forte componente gerencial taylorista-fordista – baseado em postos de trabalho separados, intensa divisão técnica do trabalho, grande contingente de trabalhadores com possibilidades pífias de intervenção autônoma no processo de trabalho, com regras processuais explícitas, mas com procedimentos que as ignoram – aberta ou veladamente – dependendo dos profissionais que as devam executar, e, por conseguinte, apresenta baixa capacidade para operar norteadas por relações humanas dignificantes (Matos, Pires, 2006). O que nos coloca em acordo com Pires (2000), quando afirma,

é possível afirmar que o trabalho em saúde continua prioritariamente compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debates das diversas avaliações profissionais”, com algumas exceções de grupos de atividades, que “indicam a possibilidade de trabalho do tipo cooperativo no âmbito da saúde (Pires 2000, p. 85).

Assim, pela própria natureza do objeto de trabalho a ser transformado no contexto do trabalho em saúde destaca-se sua essência relacional. A matriz operativa das ações em saúde se apóia na relação entre os indivíduos. Os fazeres em saúde se dá na interação colocada em ação por duas pessoas, mediada pelos saberes e subjetividades postas na interrelação. Desta forma, o trabalho em saúde *“configura-se, simultaneamente, como ação produtiva e interação social”* (Schraiber, Peduzzi, Sala, Nemes, Castanhera, Kon, 1999). Essa ação produtiva,

Envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo e reabilitação (Pires 1999, p.23).

E como a forma processual de organizá-lo, também se decompõe e se diversifica em relação às áreas de conhecimentos, aos grupos de profissionais, à população a quem é dirigida as ações de saúde e em que espaço, pode ocorrer à coexistência de vários processos num único espaço de trabalho que vão se interconectando. O que apresenta a necessidade de interações sociais múltiplas e complexas.

Essa dinâmica impõe a construção de um coletivo sofisticado de ações interdependentes para corresponder as necessidades de saúde de um único ser humano no seu contexto social, bem como, de um grupo de pessoas. Portanto, a questão relacional no trabalho em saúde é estruturante, e não apenas conjuntural.

O nosso sistema de saúde, o SUS, cujas diretrizes de descentralização e princípios de integralidade, equidade e resolutividade, põe em destaque a complexidade das contradições sociais e gera demanda de novas formas de organizar o processo de trabalho, cujo eixo central se estrutura nas interações humanas e no estabelecimento de relações sociais respeitadas no assistir em saúde e no viver cotidiano (Matos, Pires, 2006; Campos, 1997).

### 3.2 A CENTRALIDADE DA DIMENSÃO RELACIONAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*“Nós nos achamos todos “entretrecidos” na grande trama da humanidade, e o que quer que possamos fazer para beneficiar e apoiar a outrem refletirá em benefício a nós mesmos.” Ellen G. White*

Desde a década de 80, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, e ações de movimentos sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária no setor saúde, gerou-se mudanças estruturais e um novo sistema de saúde - o SUS, trazendo no seu construto uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (Mendes-Gonçalves, 1994).

A saúde passou a fazer parte dos direitos sociais e políticos de cidadania. Com introdução de princípios conceituais políticos, ideológicos, administrativos, organizativos e tecnológicos distintos dos quais as instituições sociais - saúde, educação, trabalho – e a sociedade de um modo geral, não estavam, até então, familiarizados em seus modos operatórios de proceder (Fracolli, Egry, 2001).

Nesse percurso, o modelo do SUS tem inscrito na sociedade de modo mais abrangente, uma profunda reforma democrática do Estado, introduzindo formas de participação e co-gestão social, mecanismos eficientes de pactuação em um modelo descentralizado e mais democrático do federalismo. Encontramo-nos, no momento, plenamente imerso em um período de construção, portanto de transição, de concomitância de práticas de saúde de concepções e formas distintas e, às vezes, contraditórias (Viana, Heimann, Oliveira, Rodrigues, 2002).

Por conseguinte, grandes desafios tem se apresentado para os pesquisadores, educadores, gestores, trabalhadores e usuários na busca de caminhos teórico-metodológicos inovadores e consistentes que dê conta de uma nova forma de olhar o sujeito humano, portador de necessidades de saúde sem, contudo

abstraí-lo de suas relações com o ambiente em que vive, trabalha e das pessoas com quem convivem, construindo um *modus convivendi*<sup>3</sup> social de ser historicamente determinado (Bauman, 2004).

Assim, os questionamentos, as mudanças, as tensões, as crises, os avanços, as permanências que são criações humanas anunciam a magnitude e dimensão da transformação proposta, bem como ainda, a não suficiência dos tempos vividos para se estruturar e introjetar práticas diferentes que assegurem novos modos de organizar o processo de trabalho em saúde, com interações profissionais e sociais condizentes com a proposta de mudança do modelo de atenção.

A produção de conhecimento científico na área da saúde decorrente das mudanças nesse setor vem para Pires (2000, p. 85), impactando a construção teórica de modelos novos, tanto na vertente assistencial como na gerencial, mas ainda, carece de absorção significativa nos fazeres práticos dos dirigentes/gestores da saúde, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores deste setor, porquanto a democratização e a descentralização implicam em relações negociadas desses parceiros para o alcance dos objetivos (Cyrino, 1993; Mendes-Gonçalves, 1994; Merhy e Onocko, 1997).

De acordo com Ferreira (2004, p.72), o SUS comporta dois grandes grupos de funções gerenciais: *“uma desenvolvida nas unidades de produção de serviços e outra nas instâncias de comando e coordenação de âmbito institucional, em cada esfera de governo”*.

O processo de descentralização político-administrativa da saúde e as reformas administrativas têm buscado criar formas de implantar um novo modelo de gestão de caráter participativo, e associado à diretriz de gestão única, o que gera subsistemas que devem funcionar de forma integralizada. O processo admite

---

3

Na era contemporânea, segundo Bauman (2004, p.4), o modo de convivência dos seres humanos encontra-se esvaziado dos valores que nos faz humano – a interação. As atenções humanas tendem a se concentrar nas satisfações imediatas que se espera obter das relações porque, estas não têm sido consideradas plenas e verdadeiramente boas. Priorizamos a quantidade em detrimento da qualidade.

múltiplo partícipes por meio de acordo políticos e instrumentos técnico-operacionais para manter a integração e a unicidade do sistema. Para tanto, foram feitas algumas pactuações importantes, como: O Pacto Pela Saúde que compreende três dimensões - o Pacto pela vida, o Pacto pela defesa do SUS e o Pacto da gestão (Brasil, 2006).

Por isso, a identificação e implantação de diretrizes que caracterizam mudanças no modelo assistencial, não apenas em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visem à alteração do modo de produção de saúde torna-se questão central desse processo (Ferreira, 2004; Witt, Almeida, Araújo, 2006).

As mudanças necessárias para a consolidação desse modelo vêm se efetivando ao longo dessas duas últimas décadas num esforço conjunto e coletivo dos gestores, trabalhadores, usuários e educadores da área da saúde, bem como da sociedade organizada, por meio dos Conselhos de Saúde. O que caracteriza um investimento substantivo nas relações doravante processadas, com aprendizagem dialógica, que são formas de se pensar com o outro, o que para Sardi (2008, p. 8), é uma maneira de *“construir pontes semânticas e cognitivas nas relações humanas, pois, a nossa interação com o outro ainda é deficitária apesar das diversas possibilidades e tecnologias que permitem essa interação”*.

A realidade contemporânea requer dos profissionais um investimento e uma formação para além da capacidade técnica, ou seja, a competência interpessoal, capacidade de reflexão, de relações construtivas, de posicionamentos assertivos, de análise crítica e criativa. É necessário o desenvolvimento de sua capacidade emancipatória, adquirida através de crescimento humano com aquisição de habilidades cognitivas, afetivas e sociais (Ribeiro e Pedrão, 2005).

As estratégias que vem sendo utilizadas para a implantação do modelo de gestão SUS, tais como: Gestão plena, semiplena, participativa, planejamento estratégico, Co-gestão com criação de Conselhos de Saúde e a Saúde da

Família, requerem dispositivos que habilitem os envolvidos às práticas dialógicas. Caso contrário, ainda se fará usos dessas estratégias como instrumentos prescritos dentro de processos relacionais incrustados de atitudes democráticas ritualísticas e pouco contributivas para ação emancipatória (Viana 1997; Viana, Heimann, Oliveira, Rodrigues, 2002).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 1984), por meio do documento - Carta de Liubliana - define que a Atenção Primária em Saúde, deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade, e sustentabilidade.

Considerando o contexto histórico-político, o PSF, instituído como política pública em 1994, resulta de complexas influências sociais, políticas e culturais, incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais, tendo, como substrato de sua formação e formulação, contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, como técnicos e políticos (Goulart, 1996, 2002).

Alguns componentes essenciais unem os conceitos de Atenção Primária à Saúde aos de Saúde da Família, quais sejam: as práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; os processos de trabalho caracterizados pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; a atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; o desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais, éticos entre os usuários e os prestadores de serviços. O Ministério da Saúde (MS) conceitua atenção básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um **conjunto de ações** de saúde, **no âmbito individual e coletivo**, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do **exercício de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe**,

dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. **O contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde**, orienta-se pelos **princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social**” (Brasil 2006, p. 20 – grifo nosso).

Essas características em destaque são definidoras na proposta e nos aponta para a instância estrutural no sistema das interações humanas, de uma matriz relacional interpessoal, de habilidades e competências sociais, colocando a necessidade do exercício diário de interlocução, de utilização de estratégias facilitadoras de escuta e de fala, de aquisição de um repertório social instrumental que *“nos permita entender que existe uma discrepância enorme entre a intenção e o seu impacto verdadeiro sobre os outros”* (Yalom, Leszcz, 2006, p.134).

O setor saúde e toda a sua rede estruturada de serviços, e em especial a rede de atenção básica com o PSF, que tem como missão o “zelo pela vida” deve incluir o próprio contingente de profissionais que o compõe. Portanto, Não pode se furtar de assegurar sua responsabilidade social e ética de zelar pelos seus integrantes, seja trabalhadores e/ou usuários, e buscar se envolver com as pessoas reveladas e não apenas com o dado informacional. Pois, ao assim proceder, implica em observância de princípios e/ou valores dúbios que comprometem a capacidade de julgamento ético dos seus gestores.

No que concerne, ao PSF, em documentos oficiais do Ministério da Saúde, pode-se identificar vários aspectos que foram estabelecidos e que contribuem para a sua definição, como: 1. Ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; 2. Ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; 3. Ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; 4. Intervir sobre os fatores de risco que a comunidade está exposta; 5. Prestar assistência integral, permanente e de qualidade; 6. Realizar atividades de educação e de promoção da saúde; 7.

Estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população; 8. Estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; 9. Utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões (Brasil, 2002).

É importante ressaltar que o programa se propõe a atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, em seu ambiente físico e social, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1997a). O PSF pode ser conceituado como:

um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que concerne a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizado (Levcovitz, Garrido 1996, p.4).

Cordeiro (1996), afirma que o PSF, através da proposta de organização das práticas de saúde implica no reconhecimento da saúde como um direito universal, vinculado à qualidade de vida. Para Goulart (2002), a escolha da família e de seu espaço social como alvo de abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o estabelecimento de parcerias, são aspectos de avanços que o programa vem oferecendo e revela a questão relacional e dialógica como matriz do sistema.

Segundo Viana (2000), o programa tem um caráter de propagador de práticas não convencionais de assistência, com grande peso dado à prevenção e promoção e traz uma proposta de reorganização dos serviços de assistência à atenção primária com antecipação das demandas dos mesmos. Para Mendes (1998, 2000), o PSF tem o mérito de ter envolvido as Universidades do País na capacitação de suas equipes, bem como, permitem a sua inclusão nas novas tendências da “*gestão da atenção à saúde*”, dados seus elementos de gestão de riscos populacionais e da oferta através da atenção primária.

O Ministério da Saúde (MS), em documento intitulado, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1997b), explicita os objetivos e diretrizes operacionais do PSF, que prioriza o *“estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”*, como ponto central. A proposta de mudanças *“no objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços”* busca uma compreensão ampliada do processo saúde/doença com ênfase em intervenções *“de maior impacto e significação social”* (Brasil 1997b, p. 12).

Em suas diretrizes operacionais de caráter conceitual e prescritivo, o programa, introduz aspectos de: adscrição de clientela e cadastramento; instalação das unidades do PSF; a composição e atribuições das equipes e de seus integrantes - médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, reorganização das práticas de trabalho; processo de diagnóstico da saúde da comunidade; abordagem multiprofissional; introdução de mecanismos de referência; educação continuada, além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social (Brasil, 1997b).

Em conformidade com os princípios do SUS contribui para a reorientação do modelo assistencial e busca uma outra dinâmica de atuação nas UBS centrada na humanização da assistência, nos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade, o que confere ao projeto uma grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (Brasil, 1997b). Em referência ao modelo de atenção na saúde, Campos (1999), diz que é:

um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Com uma concretização de diretrizes de política em diálogo com um saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável (Campos 1999, p. 395),

Tendo em vista um contexto e um clima favorável ao desenvolvimento do processo de implantação do PSF, Goulart (2002), em seus estudos, cunha a

partir do conceito de “bom governo” (Tendler, 1998) o termo “boas práticas em saúde”, ou seja, um conjunto de fatores de influência concreta afirmativa que forma uma rede de relações articulando-se em círculos virtuosos, com alcance mais amplo de “boas práticas de governo”. Assim, para Goulart (2002):

As práticas de “**bom governo**” e o correspondente **ciclo virtuoso** estabelecido **contribuiu para um processo de visibilidade externa** muito acentuada para as experiências estudadas. Trata-se de um campo de interesse para estudo, para a construção de novos conceitos e práticas de cooperação técnicas, dadas às práticas descentralizadas e orientadas “a partir” da periferia que delas se originam. Este é um panorama que se enquadra naquilo que organismos internacionais, como a OPAS, denominam de **liderança setorial em saúde**, caracterizada pela **capacidade de transformação da saúde em referência para a formulação de outras políticas públicas, envolvendo um conjunto de ações coletivas, sociais e políticas e também a capacidade de irradiar valores, gerar conhecimento e promover compromissos**, seja por parte da comunidade ou de outras organizações. Segundo a OPAS, uma **instituição líder** se reconhece não só pela qualidade de suas ações, mas principalmente **pelo compromisso que gera nos setores, instituições ou atores que lidera** (OPAS, 1994). A articulação deste fenômeno de liderança setorial com o que denomina de **rede institucional agregadora de valor**, envolvendo serviços de saúde e academia, destaca o seu efeito **de espaço transdisciplinar** no qual se desenvolveriam processos sistemáticos de formação e capacitação, de natureza criativa e inovadora (Goulart 2002, p. 327, grifo nosso).

Algumas ações a respeito do que se denominou “boas práticas” a partir do seu estudo são relevantes e norteadoras para abordar a necessidade de competências sociais nas relações interpessoais das ESF, dentre elas, temos:

- ✓ Capacidade de tomada de decisões, dada por liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, qualificação técnica e qualificação das equipes técnicas, traduzida por acesso a conhecimentos, tradição de discussões com vistas a uma coesão, base ideológica e empreendedorismo associado ao cooperativismo;
- ✓ Boas práticas sociais que se traduzem por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública e a prática de um cosmopolitismo político e sanitário;

- ✓ Investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas; desenvolvimento de inovações gerenciais ou assistenciais;
- ✓ Sustentabilidade em termos financeiros, de estrutura e de processos, mas também nos planos culturais, simbólicos e políticos;
- ✓ Efeito espelho: difusão entre pares e outros interlocutores externos, mediante uma pedagogia do exemplo (Goulart 2002, p. 379).

No entanto, para que essas ações se tornem efetivas, é necessário políticas que contemplem investimentos no âmbito dos trabalhadores que possibilite intervenções para aquisição de competências e atitudes sociais mais sofisticadas, com comportamentos assertivos e com repertórios interpessoais mais consistentes e seguros, que possa burilar os adquiridos em contextos familiares e escolares, os quais são contextos estruturantes, mas não definidores únicos para a formação dos sujeitos humanos.

Esta aprendizagem social não pode ser realizada de forma assistemática e indireta, de responsabilidade única dos profissionais e trabalhadores do setor saúde. Deve ser abordada de maneira institucional, sistemática e explícita, com criações de mecanismos de intervenções para promoção de interações humanas em ambientes de trabalho (Caballo, 2002; Yalom e Leszcz, 2006).

### 3.3 A DINÂMICA RELACIONAL NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*"A conduta humana se parece muito com o desenho.  
A perspectiva se altera quando o olho muda de posição.  
Não depende do objeto e sim de quem está olhando."  
Vicent Van Gogh*

Decorrente da complexidade do objeto de trabalho em saúde e de suas peculiaridades, as ações de saúde oferecidas e que propiciam o sanear das necessidades em saúde, o é de forma coletiva, ou seja, realizadas em conjunto com outros trabalhos executados por distintos agentes da equipe multiprofissional da saúde. O resultado dessas ações, a assistência em saúde e o cuidado, é sempre produto de múltiplas intervenções realizadas por múltiplos agentes (Felli e Peduzzi, 2005). O caráter coletivo do trabalho se introduz no campo da saúde por que:

nenhuma disciplina por si só, dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o biológico que, em última instância, traduzem, através da saúde e das doenças, as condições sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos (Minayo 1990, p. 84).

A expressão desse caráter na atualidade ocorre na forma de cooperação, por meio de ações pouco articuladas de modo geral e fragmentadas, onde cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade.

Para realização das atividades que, não necessariamente, acontece na “equipe prescrita”, existe uma colaboração espontânea entre os trabalhadores e dependendo dos objetivos a atingir, esse coletivo se recompõe permanentemente. *“Esse coletivo tem contornos indefinidos que se forma no cotidiano do trabalho, que reconfigura as normas prescritas em normas interindividuais e de grupos, em função da especificidade desses grupos”* (Scherer, Pires, 2007, p.5).

Pelo caráter coletivo do trabalho em saúde, a modalidade de trabalho em equipe emerge como ideal prescrito e se configura na relação atravessada por distribuições de poderes legitimados pelos saberes médicos e os “complementares” entre as intervenções técnicas e as interações dos agentes (Quitana, Roschke, Ribeiro, 1994; Peduzzi, 1998).

O trabalho de equipe, assim constituído como uma modalidade do trabalho coletivo e como forma de organizar o trabalho em saúde frente à fragmentação, seja de saberes e ou de fazeres, busca operar as diversidades e especificidades do trabalho em saúde, com uma visão integrativa dos sujeitos que necessitam de ações resolutivas de saúde (Araújo, Rocha, 2007; Peduzzi, 2001).

As equipes constituem-se como espaços formais instituídos dentro da organização do trabalho em saúde que podem ser potencializados para criação de instrumentos que possibilite interações humanas mais gratificantes para os seus integrantes. Para Campos (1992), justifica-se a estruturação de equipes multiprofissionais pelo PSF, em dois sentidos:

- a. quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde, segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais.
- b. Responsabilizar cada equipe por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação da equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos (Campos 1992, p. 95).

As mudanças propostas, portanto, são de grande magnitude, pois exige construção de novas formas de organizar o trabalho, de novo modelo de relações entre os profissionais, novos recortes sobre o que se nomeia “problemas de saúde”, novos olhares sobre como as pessoas se tornam vulneráveis aos processos de adoecimentos e criação de novos mecanismos e instrumentos para debelar os problemas identificados, ou seja, implica em mudança cultural de todos os envolvidos (Merhy, 1994).

Campos (1999, p.397), introduz a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as *“equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade”*. Pois, além da resolutividade devem estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade com a população, com

atitude de acolhimento e atendimento domiciliar (Ribeiro, Pires, Blank, 2004; Rosa, Labate, 2005).

Para Clot (2006), com as transformações política, econômicas, tecnológicas e sociais, as tarefas tornam-se fluídas e indeterminadas, e a tomada de decisão depende de uma multiplicidade de informações obtidas através de redes informacionais e informatizadas. Passa-se a conviver com o imprevisível, a arbitrar sobre atividades e para isso, é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir sobre uma dada situação concreta de trabalho, onde, fazer escolhas e opções é atos que ocorrem a todo instante. Isto pede mobilização de operações mentais e cognitivas ampliadas o que significa também, em ampliar custos subjetivos.

No PSF, a família é entendida a partir do espaço em que vive, é objeto de atenção, torna-se, como agente sujeito do seu processo de viver, receptora de cuidado profissional configurando-se em um campo de saber e para Almeida (2003),

esse novo campo de saber, não deve ser dotado apenas de identificação de padrões, sinais e sintomas, dentro de uma visão meramente curativa, mas também de habilidades de perceber as vulnerabilidades dos indivíduos, dos cenários da família e da sociedade. Por conseguinte, esta assistência exige uma ação interdisciplinar e relacional para a qual a enfermagem traz a sua contribuição (Almeida 2003, p, 230).

Rosa, Labate (2005) relatam que o PSF, em algumas localidades em que foi implantado, tem significado apenas mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção, acréscimo na remuneração da equipe e pouca aproximação com as famílias e, portanto, com pouco impacto no cotidiano dessas famílias.

De acordo com Vasconcelos, (1999), Franco, Merhy, (1999, 2008), as visitas domiciliares “compulsórias” podem acarretar alguns problemas, como: visitas feitas sem que haja uma indicação clara para elas e, sem que, a equipe tenha planejado o que vai fazer em determinado domicílio, além do fato de que essas

visitas podem significar excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade ou estimulando a manutenção da acomodação e não a busca da co-responsabilização.

Algumas considerações sobre o processo de trabalho das equipes puderam ser obtidas nas visitas e entrevistas no estudo realizado por Goulart (2002), tais como:

1. **O relacionamento entre o médico e a enfermeira da equipe, “modulava” o comportamento do restante da equipe em relação à proposta de trabalho e mesmo quanto ao relacionamento interpessoal;**
2. **A delimitação de competências profissionais**, particularmente entre médicos e enfermeiras, ainda era algo em que se devia avançar, pois as dificuldades se mostravam marcantes;
3. **Fatores subjetivos e ligados a um certo voluntarismo** de cunho individual eram muito importantes na definição das adesões ao programa;
4. **Equipes que se entrosam mal**, pelos fatores relacionados acima, também **tendem a ter dificuldades em se relacionar com a comunidade de usuários;**
5. O convívio próximo com as equipes permitiu apreender o que chamaram de **“perfil do problemático”, caracterizado por tendências defensivas, insegurança, não-afirmação profissional**, além de frouxa adesão ideológica à proposta (Goulart 2002, p. 284 grifo nosso).

Como modelo centrado na família (usuária do sistema de saúde) e na equipe, ao não se ter clara a distinção de abordagem no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, segundo Rosa, Labate (2005, p. 1029), passa-se a denominar Saúde da Família: *“práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar”*.

Para esses autores, isso ocorre porque *“o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública, planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde”* (Rosa, Labate 2005, p.1030), com repercussão no conjunto das ações que são desenvolvidas no interior do processo de trabalho das equipes, o que compromete a percepção e

interação dos profissionais, bem como, a intervenção destes, tende a ficar restrita.

A atividade gerencial está implicada nos mesmos pressupostos do programa, como uma atividade social e relacional, seja tanto pela complexidade de atividades envolvidas em processos de trabalhos que se entrelaçam, como pela essencialidade de que essas atividades são desenvolvidas pelo esforço coletivo de um conjunto de trabalhadores. Paro (1988, p.25) afirma que:

coordenar os esforços coletivos tem a ver com as relações dos homens entre si no interior do processo de trabalho, as relações que os homens são levados a estabelecer entre si para que o processo se realize dentro de um contexto historicamente dado.

O desenvolvimento de equipes diz respeito aos gestores, que tem importante papel de estimular o desenvolvimento dos seus integrantes, criando o suporte organizacional necessário para que as equipes se mantenham atualizadas e coesas em torno de objetivos compartilhados (Xavier Neto, Sampaio, 2007).

Ao considerarmos os investimentos que vem sendo feitos neste sentido, com uma política indutora de mudanças, realizada de forma sistemática, articulada e cada vez mais ampliada, com adoção de vários projetos e programas de governo, nos interrogamos: por que ainda, as relações humanas cotidianas continuam fortemente, sustentadas por crenças e valores distorcidos, restringindo a visibilidade das mudanças propostas? Por que assistimos ao outro de forma tão pouco cuidadosa e na mesma medida nos autocuidamos?

### 3.4. O POTENCIAL DE ARTICULAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*“Alguns consideram a expressão do amor como fraqueza, e mantêm uma reserva que repele aos outros. Esta atitude detém a corrente de simpatia. Sendo reprimidos, os generosos impulsos sociais, mirram, e o coração torna-se desolado e frio.”  
Ellen G. White*

As referências ao trabalho em saúde como um trabalho em equipe introduz em seu âmbito a natureza coletiva do mesmo, considerando a interrelação entre as áreas do conhecimento e a necessidades de práticas diversas, o que amplia a capacidade de entendimento da complexidade e diversidade do objeto do trabalho em saúde.

O atendimento às demandas de saúde pressupõe o reconhecimento da necessidade de conexões que existem entre as diversas atividades executadas e que, tendo em vista, um atendimento com qualidade resolutiva revela a articulação das ações e sua dimensão integrativa. Entretanto, a proposta de trabalho em equipe no âmbito da saúde, surgiu nos seus primórdios, no interior de um processo contraditório,

representado pela tensão entre a tendência crescente de especialização e a necessidade de integração dos trabalhos produzidos pelas diferentes áreas da saúde. Assim, o serviço de saúde tendendo a fragmentação do cuidado prestado ao usuário, configura uma teia de ações executadas por diferentes agentes, que necessitam de articulação (Peduzzi, Ciampone 2005, p.109).

Conformam uma heterogeneidade que é revelada pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem no setor saúde, que funcionam ainda de forma pouco articulada. Com uma fragmentação do processo de trabalho que se decompõe em várias dimensões; *a conceitual* – entre o pensar e o fazer, e *a técnica* – com a presença de profissionais especializados e *a social* – com relações rígidas de hierarquia e subordinação (divisão social do trabalho) no seu interior e entre as diversas categorias profissionais (divisão técnica do trabalho) (Quitana, Roschke, 1994; Peduzzi, 1998).

Assim, o processo de trabalho em saúde solicita uma coordenação altamente capacitada e habilidosa para o seu funcionamento de forma sistêmica.

Neste sentido, foi constatado em estudo realizado com profissionais de saúde em unidades de internação hospitalar, que uma das grandes problemáticas do

trabalho na saúde, é que embora seja na maioria das vezes coletivo, nem sempre é um trabalho em equipe e nem multidisciplinar (Collet, Rocha, 2004).

De acordo com Collet, Rocha (2004), a equipe subestima os instrumentos de trabalho coletivo, como o prontuário, para fazer a integração da assistência. Não realiza planejamento coletivo da assistência ou discussão das situações assistenciais e da unidade. O dia a dia do trabalho da equipe de enfermagem apresenta-se repleto de tensões e sofre influências (internas e externas) provenientes, na grande maioria, de questões referentes à organização do processo de trabalho e de outros setores que a assessoram.

A diversidade de profissionais existentes no setor e o modelo de produção de cuidados que se orienta, principalmente, para o desenvolvimento de cuidados de maior complexidade, a lógica social que o organiza, mantém como princípio dominante da divisão do trabalho a oposição entre comando (e/ou trabalho intelectual) e execução (e/ou trabalho manual) (Collet, Rocha, 2004).

Na decomposição da assistência a saúde global em atividades diversificadas e isoladas, reserva-se ao ato médico, propriamente dito, posição nuclear, pois a elaboração do diagnóstico e a escolha da terapêutica são resultados de um trabalho intelectual de síntese.

Assim, o processo de trabalho apresenta-se repleto de conflitos e tensões entre a equipe multiprofissional, e isso decorre da especialização profissional, da divisão técnica e pela disputa de poder, configurando o modelo hegemônico biomédico, ainda pouco poroso às mudanças (Collet, Rocha, 2004).

É de vital importância o entendimento de que o trabalho em ESF se revela articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos, mudança de atitude, revisão de valores e crenças pessoais culturalmente introjetados. Exige também, a busca de relações interpessoais cotidianas construtivas, além de discernimento para não confundir os limites profissionais com muros intransponíveis, assegurando a

linha divisória das especificidades valorizada como terra de parceria e de cumplicidade positiva (Costa, Carmo, Feliciano, Pinheiro, Souza, 2003).

Construir territórios de flexibilidades, terra de complementaridade no processo de trabalho em saúde é criar possibilidades de interatividade, de enlace sem ameaças ao conhecimento específico das diversas disciplinas que compõem o campo do saber (Costa, Carmo, Feliciano, Souza, 2003; Scherer, Pires 2007).

Para Peduzzi (1998), a noção de equipe, etimologicamente, está associada à realização de uma atividade, de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, mirando o alcance de um objetivo comum. Envolve uma atuação individual numa integração conjunta. Apoiando-se em análise de distinção entre grupo e equipe feita por Mucchielli (2004), coloca a diferença classificatória em termos de: grupo primário e secundário, incluindo no nível secundário a equipe.

De acordo com a autora equipe não configura como um grupo primário, pois as pessoas não se vinculam a ela por afetos, mas por efeito de algo a ser realizado. Caracteriza a equipe como grupo secundário, pois sua liga se dá por meio de funções, atividades, intervenções.

O que se verifica aqui é a lógica interna dos elementos que conforma esse processo. O processo de formação e desenvolvimento de grupo e seus desdobramentos (equipe) em instâncias integrativas coesas em torno de objetivos comuns, buscado de forma compartilhada ou não, comporta e ressalta no processo, a existência das emoções, dos afetos, do cognitivo, na objetividade e subjetividade dos indivíduos integrantes desse grupo, o que os mobiliza para as ações em conjunto.

Assim, *“Grupos existem em todas as organizações, equipes são raras, embora muitos grupos ostentem essa denominação com freqüência”* (Moscovici 2003, p. 39).

Para Moscovici, (2003, p. 45) a distinção entre grupos e equipes não é fácil de estabelecer por parâmetros precisos, pois a equipe é um grupo com funcionamento qualificado e considera que: *“um grupo chegará a ser uma equipe de forma natural ou precisará de recursos para provocar essa metamorfose, após o que, um grupo pode ser considerado equipe”!*

Pode-se considerar equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. Os níveis de tarefa e sócio-emocional tendem à harmonização de procedimentos, isto é, os desempenhos dos integrantes são orientados para as atividades técnicas atento ao ambiente social e coletivo, com ações de reciprocidade e respeito às diferenças individuais (Moscovici, 2003).

Assim, equacionar a diversidade entre o que se realiza, onde se realiza e quem são os realizadores, harmoniza o como se realiza, os procedimentos. Esse processo visa eliminar distorções entre ênfase excessiva seja nas tarefas ou nos indivíduos e/ou contexto social. O que a aquisição de habilidades sociais com vistas a um relacionamento interpessoal positivo favorece, pois implica em abertura de si para o outro e a do outro (Moscovici, 2003).

Neste sentido, para Medeiros (1997, p.277), o trabalho em saúde *“não é um trabalho em equipe, ainda onde todas as categorias profissionais apoiado nas interações buscam um planejamento de atividades conjuntas para elaborarem um projeto de cuidado”.*

Ressaltamos que, tanto o grupo quanto a equipe traz implícito um para que, um motivo, que o mobiliza para um objetivo, em torno do qual as pessoas se agregam. No entanto, a explicitação desse objetivo, seu entendimento e o comprometimento que assegura a ação conjunta para o alcance das metas compartilhadas, podem ocorrer num período de tempo ou nunca vir a se realizar a contento em alguns grupos.

Um grupo transforma-se em equipe, de acordo com Moscovici (2003, p. 46), *“quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam seu funcionamento”*. Esse processo de autoexame e avaliação são contínuos, em ciclos recorrentes de percepção dos fatos, diagnose, planejamento de ação, prática-implantação, resolução de problemas e avaliação, é o que mobiliza os grupos a um funcionamento cada vez mais coeso e eficaz.

Para Ribeiro (2006, p.58): *“A equipe é a reunião de um grupo de indivíduos, de uma organização, com diferentes potenciais, necessários à realização de um determinado trabalho, para atingir um fim único”*. Há necessidade do reconhecimento do outro em sua diferença que é o reconhecimento mesmo da diferença, como algo que potencializa a construção e o alcance de objetivos comuns. Esse reconhecimento do outro, pressupõe conhecimento de nós mesmos, requer que aprendamos a interagir com nossas próprias potencialidades.

As equipes, para Katzenbach e Smith (1993, p. 53), não são apenas grupos de atividades, elas são *“um pequeno numero de pessoas comprometidas com um propósito comum, metas de desempenho e uma abordagem pela qual eles são mutuamente responsáveis, se comprometendo profissional e pessoalmente”*. Um conjunto de pessoas tem qualidades coletivas que elas, separadamente, não manifestam. As equipes realizam um trabalho de uma maneira que seria impossível para profissionais isolados fazerem, os quais estão limitados por seus conhecimentos, habilidades e bases de recursos.

Equipes com alto desempenho exigem dos seus integrantes um senso profundo de propósito e metas, uma perfeita intercambialidade e complementaridade de conhecimento e habilidades, nelas as pessoas se sentem competentes e valorizadas pelo que fazem e isso funciona como disparador de energias (sinergia) para produção de resultados, age como um todo e atuam de forma integrada, mas conserva as características individuais de cada um.

Segundo Wilson (1995), as equipes se diferem em três variáveis, que ele chama de “os 3Ps”:

**Propósito ou missão** – Tem a ver com a finalidade sustentada por alguns pressupostos que motiva a agregação dos seus membros. São equipes que trabalham juntas para produzir um serviço (que pode ser tantos quantos demandam as necessidades sociais) ou produzir um bem, equipes de desenvolvimento de novos produtos ou melhoria de qualidade de atendimento aos clientes.

**Permanência** – implica em tempo e modulações do tempo. Equipes de trabalho que tendem a trabalhar junta em uma base diária, por um período indefinido de tempo ou equipes formadas para realização de atividades com período pré-definido e com encontros semanais.

**Poder** – o grau de autonomia e decisão que exercem nas estruturas organizacionais, ter maior ou menor grau de liberdade de ação, pode gerenciar suas próprias funções de liderança, como avaliação de resultados e desempenho de cada um da equipe (Wilson, 1995, p.57, grifo nosso).

Piancastelli et. al (2000) considera a integração da equipe como uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho e a elevação do grau de satisfação do trabalhador.

Porém, para Moscovici (2003), o desenvolvimento intrínseco de uma equipe não ocorre “naturalmente”, ele é operado no próprio interior do grupo com ajuda de recursos interno e externo ao próprio grupo.

Para mudanças e crescimento é necessário algum tipo de intervenção técnica para provocar e operar alterações no *modus operandi* dos mesmos. A autora acrescenta, “*um grupo deve investir constantemente em seu próprio crescimento incorporando em sua dinâmica as habilidades de diagnose e de resolução de problemas*” (Moscovici 2003, p.45), até que alcance a sua qualificação como equipe.

Nesse sentido, Katzenbach e Smith (1993, p. 59) classificam, em cinco posições, os grupos de acordo com seu modo de funcionamento e propõem a “Curva de desempenho de Equipe”:

1. Pseudo-equipe: São grupos que definem o trabalho a ser feito, mas não demonstra preocupação com o desempenho coletivo, nem tenta consegui-lo. As interações dos membros não são produtivas e inibem o desempenho individual. Não produz nenhum ganho coletivo apreciável.
2. Grupo de trabalho: Os integrantes desse grupo não vêem nenhum ganho ou motivo para se transformarem em equipe. Partilham informações entre si, porém responsabilidades, objetivos e produtos pertencem a cada indivíduo. As relações interpessoais são frágeis e pouco confiáveis. O GT pode ser eficiente e efetivo, porém não costuma produzir desempenho coletivo ou de “equipe”.
3. Equipe potencial: O grupo quer verdadeiramente produzir um trabalho conjunto. Contudo, os membros precisam de esclarecimento sobre sua finalidade, objetivos, e abordagem da tarefa. Buscar construir relações seguras e confiáveis. E devem ainda, assumir um compromisso efetivo em relação ao resultado grupal.
4. Equipe real: Compõem-se de pessoas com competências e habilidades complementares e comprometidas umas com as outras através de missão comum, objetivos comuns e abordagem de trabalho bem definida. Os membros aprenderam a confiar uns nos outros e assumem plena responsabilidade por seu desempenho. A mudança de equipe potencial para real é a que traz maior incremento de desempenho.
5. Equipe de elevado desempenho: Os seus integrantes estão profundamente comprometidos com o crescimento pessoal de cada um e o sucesso deles mesmos e dos outros. Supera significativamente o desempenho de outros tipos de equipes e consegue resultados muito além das expectativas. Serve também, como excelente modelo para equipes potenciais e reais, pois atende todos os requisitos das anteriores num grau maior de excelência. No entanto, é raro o alcance deste estágio superior.

Para Peduzzi (1998, 2001, 2005, destaque nosso), classifica o trabalho em equipe em duas modalidades: **a equipe agrupamento** – na qual ocorre a justaposição das ações e agrupamento dos profissionais, com certo estranhamento e distanciamento uns dos outros; e **a equipe integração** – com busca de articulação das ações e interação dos profissionais com vistas a um objetivo comum.

O que caracteriza o trabalho em equipe integrado e a própria integração no trabalho em equipe é a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais que compõe a equipe, e a comunicação entre eles orientada para o entendimento, o que demanda um tempo de conviver e de confiabilidade. A interação dos agentes se pauta pela busca de reconhecimento e entendimento mútuo, com estabelecimento de acordos em seus planos de ação (Peduzzi, 1998, 2005).

Mas, o desafio consiste em promover a equipe agrupamento para o status de equipe integração, o que compartilha com as preocupações das ciências administrativa e organizacional no que diz respeito à articulação dos indivíduos para a consecução dos objetivos da organização (Peduzzi, 1998, 2005).

A equipe deve adquirir capacidade de ser protagonista dos próprios problemas, das necessidades, das demandas, compreendendo-as, enunciando-as, organizando-se e buscando recursos para melhorar a própria vida, ou seja, autogerenciável, utilizando o recurso da auto-análise (Baremlitt, 1986). Condições essas, que também são apontadas por alguns autores, tais como: Wilson (1995), Katzenbach e Smith (1993), Moscovici, (2003), quando descrevem processos de formações de equipe para um desempenho operacional qualificado.

É importante considerar que nos grupos existe um potencial sinérgico<sup>4</sup> que pode ou não ser utilizado para sua harmonização como também, existe um conflito potencial<sup>5</sup> entre os integrantes do grupo. Assim, em uma organização humana, existe um conflito potencial entre os integrantes dos grupos sempre que houver interesses disputando um mesmo objetivo, tais como: prestígio, recompensas, oportunidades, e outros ganhos. (Muchinsky, 2004; Moscovici, 2001, 2003)

Fato que pelo processo histórico do modelo econômico, propiciou uma permissividade e acirramento às disputas dos indivíduos no mundo do trabalho, com ações refratárias a vivências coletivas. E, portanto, pode acarretar um prejuízo no sentido do uso do potencial positivo de harmonização para organização e ação conjuntas (Moscovici, 2003).

Para Ferreira (2004), o maior desafio das práticas em saúde é a questão da integralidade, não como uma questão institucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem as ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

Por conseguinte, o reconhecimento de novas potencialidades e possibilidade para a circularidade de poderes e saberes decorre da equipe de saúde ser entendida como uma rede de relações tecida no cotidiano entre agentes os quais possuem conhecimento e habilidades distintas, dotados de disponibilidade para reconhecer e respeitar suas especificidades no trabalho com tendência à harmonização das diferenças (Lima, Smeke, 2007).

Para o alcance do atendimento de qualidade às necessidades em saúde devemos continuar a promover mudanças na formação e na qualificação dos

---

4 Faz referência a somatória de um quantum de energia existente por meio dos integrantes do grupo que pode vir a ser mobilizada e ser usada para um esforço simultâneo na realização de uma ação.

5 Indica a possibilidade de ocorrência de situações conflituosas nas negociações cotidianas das apropriações dos símbolos de poder e prestígios, bem como questões competências sociais.

profissionais da área de saúde, com foco para o cuidado integral, balizado pelo acolhimento, pela resolutividade, pelo estabelecimento de vínculos, pela interação e pela interdisciplinaridade (Costa, Carmo, Feliciano, 2003).

### 3.5 HABILIDADES SOCIAIS E AS COMPETÊNCIAS PARA AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS CONSTRUTIVAS NA FORMAÇÃO DE EQUIPE DE SAÚDE

*“Há três modos gerais para conduzir as relações interpessoais. O primeiro é considerar somente a si mesmo, desconsiderando os outros... O segundo é sempre colocar os outros antes de você... E o terceiro é a regra áurea: considerar a si mesmo e também o outro” (Joseph Wolpe).*

Embasado na premissa do homem como um ser essencialmente social, o desenvolvimento das suas potencialidades ocorre por meio das interações sociais, portanto não se pode pensá-lo fora desta perspectiva. A socialização do ser humano não é expressa da mesma forma nos diferentes estágios do seu desenvolvimento, utiliza-se como critério a qualidade das trocas intelectuais, emocionais e afetivas nesse percurso (Codó, 2006).

As pessoas são afetadas e se deixam afetar pelos outros por se encontrar em presença de outras pessoas nos diversos contextos de vidas. Esses afetos são constituídos durante o desenvolvimento humano e se expressam racional e emocionalmente.

Essa reciprocidade, pela alteridade na presença de um outro ser humano, sempre nos mobiliza nas relações sociais, produz aproximações e afastamentos, enquanto produtores de subjetividades e construtores de identidades sejam elas pessoais ou profissionais (Laurenti, Barros, 2000).

Assim, as relações interpessoais é parte integrante da dimensão do trabalho. Em qualquer atuação profissional ocorrem interações com outras pessoas, onde são requeridas variadas habilidades sociais, componentes de competência técnica e interpessoal.

Mesmo as profissões em que a maior parte das atividades é realizada isoladamente, em algum momento no processo de trabalho dependem da interação social. Podendo-se *“afirmar que praticamente nenhum trabalho ocorre em um total isolamento social.”* (Del Prette, Del Prette, 2002, p.57).

Por outro lado, temos ocupações profissionais em que as atividades são realizadas praticamente na relação com o outro, isto é, são mediadas por interações sociais, como: as da área da educação e da saúde (Del Prette, Del Prette, 2002; Leitão, Fortunato, Freitas, 2006).

Na área da saúde, estudos sobre o relacionamento interpessoal, eram escassos e centrados na relação terapêutica, mas, a partir de 2000 após a implantação do Programa Nacional de Humanização - PNH, alguns estudos estão sendo feitos no enfoque da relação entre os profissionais das equipes de saúde e de enfermagem, com os usuários desses serviços, sendo fator avaliador da satisfação dos usuários e humanização da assistência, conforme relata diversos autores, tais como: Gaiva, Schochi (2002), Hoga, Félix (2002), Collet, Rocha (2004), Correa (2005), Pereira, Fávero (2001), Oliveira et al, (2006), Oliveira, Collet (1999), Pinto et al (2005), Santos, Reis (2001), Rolim et al (2005), Ribeiro, Pedrão (2005).

A questão dos “relacionamentos interpessoais”, e de sua inerente dimensão emocional e afetiva é crucial para a vida social e coletiva, pois são seus processos interativos que formam o conjunto de sistema que a organizam. As condições em que eles ocorrem definem como a vida social é construída no seu cotidiano e balizam estados emocionais e os sentimentos. A deterioração nas relações interpessoais resulta em relações sociais e relações inter e intraorganizacionais disfuncionais (Moscovici, 2003; Leitão, Fortunato, Freitas, 2006).

No entanto, como uma teoria geral, as relações humanas, foram tratadas como uma justificativa ideológica da estrutura institucional vigente, voltadas para os

problemas de ajustamento dos indivíduos e esquivando-se do trato dos conflitos, com um carácter extremamente técnico e instrumental, esvaziada da sua dimensão emocional e humana, o que gerou um estado de aversão e falsificação dentro das estruturas organizacionais (Moscovici, 2001).

No entanto, a partir dos anos 1980, os estudos organizacionais e psicológicos, começaram a se deslocar para o enfoque da interação entre indivíduos e seus contextos, ou seja, uma visão relacional e dinâmica, dentro de contextos éticos, preocupados com a dignidade humana e implicações socioambientais. Para Leitão et al (2006), o processo histórico econômico contemporâneo,

foi de deterioração das relações humanas, especialmente, no contexto do trabalho e a razão que tornou hegemônico o capital, sufocou a dimensão emocional e tornou a perversão à forma privilegiada dos relacionamentos humanos em uma sociedade que instrumentaliza seus indivíduos (Leitão et al 2006, p.32 ).

O trato dos relacionamentos interpessoais de maneira instrumental como forma de dominação sobre o trabalho, gera resultados limitados e perversos, tanto ao bem estar dos indivíduos no trabalho, quanto à produtividade. É de vital importância buscar elevar o nível de qualidade nos relacionamentos entre todos que trabalham nos serviços e nas organizações.

Em estudo sobre a motivação no trabalho em uma instituição hospitalar, Pereira, Fávaro (2001), apontam o próprio trabalho em si, como o mais motivador para os profissionais, e a organização do trabalho e o relacionamento interpessoal pouco satisfatório como os aspectos mais desmotivadores, o que potencializa o desgaste dos profissionais. A gratificação dos profissionais, em grande medida, apóia-se no seu próprio desempenho, inseridos em ambientes de trabalhos que exige além de sua capacidade física e emocional, o compartilhar relações humanas precárias.

Como sugestão para um ambiente de trabalho mais gratificantes os entrevistados apontaram: diminuição da sobrecarga de trabalho, socialização dos funcionários, aumento do número de funcionários, autonomia, valorização pessoal (respeitar,

valorizar, elogiar, ressaltar as características positivas do indivíduo), melhoria na comunicação, relações informais, apoio às idéias e implantação de métodos de trabalho desenvolvidos pela equipe, supervisão democrática e desenvolvimento de relações interpessoais (Gaíva, Scochi, 2002; Pereira, Fávoro, 2001).

O ambiente do trabalho e o estado de saúde dos trabalhadores são importantes indicadores para a qualidade das relações que nele se estabelece e influencia a saúde do trabalhador e a recuperação do paciente.

Um ambiente estimulante e que desperte a motivação interior das pessoas deve, além de satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência digna, estar baseado em algumas premissas, tais como: confiança, respeito à opinião dos trabalhadores, reconhecimento, desafios e oportunidade de aprendizado e valorização do trabalho. Essas premissas atendem assim as outras categorias de necessidades: sociais, estima e auto-realização (Pereira, Favaro, 2001; Oliveira, Spiri, 2006).

Nos estudos de Santos, Reis (2001), Ribeiro, Pedrão (2005) Caldero et al. (2008), Pereira, Favaro (2001), para minimizar as fontes de estresse, intensificar a motivação, a satisfação e a eficácia no trabalho são necessárias à promoção de um ambiente apoiador e estimulador. Para criar uma atmosfera estimulante no ambiente de trabalho deve-se investir: na comunicação, na participação de todos na tomada de decisões, na integração das necessidades e desejos dos funcionários aos interesses e propósitos da organização, na melhoria das condições de trabalho, nas experiências que permitam oportunidades para crescimento, reconhecimento do trabalho da equipe e de comportamentos desejáveis.

Em estudo, com objetivo de conhecer a avaliação das mulheres e seus acompanhantes em relação à assistência ao parto recebida, a partir da perspectiva individual e subjetiva deles, o fator mais relevante dessa assistência, feita pelas puérperas e seus familiares, foi o relacionamento interpessoal positivo

desenvolvido entre eles e os profissionais do serviço (Hoga, Félix, Baldini, Gonçalves, Silva, 2002).

A apropriação do conhecimento dos processos que em conjunto nos dão uma visibilidade do enquadre relacionado às interações sociais é imprescindível. E é no campo da psicologia social que vamos encontrar alguns conceitos que nos norteie.

Quando enunciamos a questão de “relacionamentos interpessoais”, o primeiro impacto que nos vem, é a expressão comportamental das pessoas envolvidas em uma interação social, ou seja, os desempenhos sociais dessas pessoas.

Assim, o desempenho social (DS) refere-se à emissão de um comportamento na relação com outras pessoas ou a sequencia de comportamentos em uma situação social. Inclui tanto os desempenhos que favorecem como os que interferem na qualidade dos relacionamentos.

O desempenho social tem um caráter situacional, portanto não é decorrência da personalidade, isto é das características pessoais estáveis do indivíduo. Ele depende das condições do ambiente e das experiências formais e informais de aprendizagem que nele ocorrem (Del Prette, Del Prette, 2002, 2005).

Os desempenhos sociais que se caracterizam como habilidades sociais são aquelas atitudes e comportamentos considerados como desejáveis, que capacitassem as pessoas a interagir com o outro de modo que as necessidades sejam satisfeitas e satisfaçam as expectativas dos demais. Estes comportamentos incluem não só a verbalização, como também, a expressão facial, a postura, o contato visual, gestos, aparência física, entonação da voz e outras formas de comunicação não-verbal (Lucca, 1994; Del Prette, Del Prette, 1999, 2002; Cabalo 2002)

Maher, Zins (1987) entende por habilidades sociais o conjunto de comportamentos apreendidos verbais e não-verbais, que requerem iniciativa e respostas e que afetam a relação interpessoal.

Para Del Prette, Del Prette (2005, p.32, 2002, p.31), a expressão habilidades sociais (HS), “*geralmente utilizado no plural, aplica-se as diferentes classes de comportamentos sociais do repertorio de um individuo, que contribuem para a competência social,*” favorecendo um relacionamento positivo e produtivo com as demais pessoas.

O conceito da competência social (CS) coloca em destaque a capacidade do indivíduo de expressar-se honestamente, defender direitos, atingir objetivos próprios e de outrem, maximizando as conseqüências positivas e com perdas mínimas para si e para aqueles com quem interagem (Del Prette, Del Prette, 1999, p.48, 2002, 31).

Esta autora assegura que de um modo geral as definições de competência social negligenciam as posições do (interlocutor) na relação social. CS é o comportamento que produz o melhor efeito no sentido de equilibrar as trocas de ganhos e perdas dos integrantes da relação, reforçando a auto-estima e que assegure direitos humanos básicos (Del Prette, Del Prette 1999, p.48.)

As características específicas de um desempenho sociais que o torna indicativo de uma habilidade social depende de fatores **da situação, da pessoa e da cultura**. Esses fatores podem influenciar a *topografia* (forma), a funcionalidade (efetividade) e a *decisão* pelo enfrentamento ou pela fuga - esquiva da situação interpessoal, em relação ao desempenho social (Cabalo, 2002; Del Prette, Del Prette, 2005, grifo nosso).

Como **fatores da situação** são apontados: o contexto físico onde a pessoa se comporta, o evento antecedente e conseqüente, as regras explícitas e implícitas (comportamentos aceitos, valorizados ou proibidos), a questão hierárquica e de poder; **Fatores pessoais**: são motivos, objetivos, sentimentos, a avaliação sobre

o próprio repertório, a relação com o outro, e as demandas da situação; **Fatores da cultura:** são as normas, regras e valores que influencia os relacionamentos quando definem os padrões de comportamentos valorizados ou reprovados, os valores são utilizados como conseqüências reforçadoras ou punitivas para certos comportamentos e as normas ou regras sinalizam os comportamentos esperado em determinada situação (Cabalo, 2002; Del Prette, Del Prette, 2005, grifo nosso).

Para que se possa apreender um conjunto de habilidades sociais para as diferentes situações sociais há necessidade de articular e harmonizar os fatores pessoais, da situação e da cultura com coerência entre sentimentos, pensamentos e ações, com o objetivo de obter um desempenho social competente.

O desempenho social depende da combinação harmoniosa, ou seja, expressão coerente das três dimensões: sentimentos, pensamentos e ações, que se interpenetram e que está sempre presente nas interações sociais, articulados aos fatores pessoais, situacionais e culturais (Cabalo, 2002; Del Prette, Del Prette, 2005).

A coerência entre cognição, emoção e comportamento é comumente designada como autenticidade, sinceridade e honestidade, no seu oposto têm a incoerência, falsidade, palavras dissimuladas, mentiras. Duas pessoas, coerentes no pensar, sentir e agir tende a pautar-se pela honestidade nas relações garantindo confiança mútua e troca de estimulação positiva, fortalecendo os compromissos. Del Prette, Del Prette, (2005), conceitua a competência social como a

capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demanda da situação e da cultura, geradora de conseqüências positivas para a pessoa e para a sua relação com as demais pessoas” (Del Prette, Del Prette, 2005, p.33 ).

A competência social tem um caráter avaliativo, pois remete aos efeitos dos desempenhos interpessoais nas situações vividas pelo individuo. Qualifica a proficiência de um desempenho e se refere à capacidade de um individuo de

organizar pensamento sentimento e ações. Pode ser classificada em termos de efetividade: o atribuir competência social aos desempenhos interpessoais atendem aos seguintes critérios de:

- Consecução dos objetivos da interação.
- Manutenção ou melhora da autoestima com manutenção e/ou melhora da relação,
- Maior equilíbrio de ganhos e perdas entre os parceiros da interação (considerando que na tentativa de equilíbrio o fator poder na relação pode comprometer a positividade da interação).
- Respeito e ampliação dos direitos humanos básicos.

(Del Prette, Del Prette, 2002, p. 33 2005, p.38)

Entretanto, deve-se atentar de que nem sempre uma pessoa socialmente competente atinge seus objetivos nas interações com as outras pessoas. Pois os critérios são considerados no conjunto, e não isoladamente. Assim, uma pessoa pode não atingir os objetivos pretendidos na interação, isto é, em um desempenho social, e mesmo assim, ser considerada como competente socialmente, por exemplo: quando ocorre à custa de autodepreciação, humilhação ou intimidação.

Por outro lado, ela pode atingir os objetivos de uma forma que não seria considerada competente socialmente, pois sob o conjunto dos critérios deixaria de atender um deles, como: o respeito aos direitos humanos básicos (Cabalo, 2002; Del Prette, Del Prette , 2002, 2005).

No intuito de identificar as características que definem os desempenhos socialmente competentes Del Prette, Del Prette (2005), propõe o **esquema das reações**, que são os comportamentos apresentados pela pessoa para lidar com as demandas interativas do seu ambiente:

**Reações habilidosas:** Contribuem para a competência social por sua coerência entre comportamentos abertos e encobertos, adequação às demandas e conseqüências obtidas;

**Reações não-habilidosas passivas** – se expressam predominantemente na forma encoberta de incomodo, mágoa, ressentimento, ansiedade e ou por meio de esquiva ou fuga das demandas interpessoais;

**Reações não-habilidosas agressivas:** se expressam predominantemente na forma aberta de agressividade física ou verbal, negativismo, ironia, irritação, autoritarismo e coerção (Del Prette, Del Prette 2005, p.40 grifo nosso),

O esquema das reações é correlato ao **modelo da assertividade** – considerando-se o mesmo princípio, ou seja, a conduta baseada na coerência entre sentimento, pensamento e ação - sinceridade, honestidade e respeito a si e ao outro que se situa num continuo de **não-assertivo, manipulativo, assertivo e agressivo** configurando “*estilos*” quando ocorre predominância de desempenhos sociais nos comportamentos apresentados pela pessoa nos seus relacionamentos interpessoais (Cabalo 2002, p. 67; Del Prette, Del Prette 2005 p. 39 grifo nosso).

As habilidades sociais – HS, organizadas por Del Prette, Del Prette, (2002), para orientar a avaliação e a promoção da competência social para relações interpessoais positivas. São elas: a comunicação, a civilidade, as assertivas, direito e cidadania, as empáticas, do trabalho e a expressão de sentimento positivo.

Realçamos que as habilidades sociais são apreendidas de forma não sistemática nas relações interpessoais com as outras pessoas. Ela é situacional e esta sujeita aos valores e normas da cultura, ou seja, as HS são culturalmente determinadas. As pessoas próximas de convivência são importantes agentes de promoção ou restrição do repertório das habilidades sociais.

Algumas posturas, de acordo com Bom Sucesso (2002, p. 48, grifo nosso), são **dificultadoras** das relações interpessoais, tais como: resistências, agressividade, competitividade, inveja, ciúmes, hostilidade, fofoca e delação, espalhar boatos, omitir e mentir, disputas por prestígios e estima, desconfiança e falsidade,

postura defensiva, reativa, derrotista, ironia e crítica excessiva, dificuldade em ouvir e priorizar, e falta de objetivos pessoais; outra são **facilitadoras**: postura otimista, solidariedade, cooperação, foco no comportamento da pessoa não na personalidade, assertividade, “as cinco palavras mágicas” – obrigado, por favor, licença, desculpa, cumprimentar - olá/oi, responsabilidade, abertura ao outro, apoio, ética e honestidade.

Os direitos interpessoais correspondem à aplicação na interação social, dos direitos humano básicos, entendendo-se que eles são válidos para todos e que cada direito corresponde um dever (fala - ouvir: o direito de falar – dever de ouvir respeitando o outro; pedir - recusa ou aceitação: direito de pedir e dever de respeitar a recusa, ou de ficar agradecido quando acatado o pedido).

As pessoas socialmente competentes apresentam relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras, além de melhor saúde física e mental, por outro lado, os déficits e comprometimentos de habilidades sociais estão geralmente associados a **dificuldades e conflitos nas relações interpessoais**, a uma pior qualidade de vida e a diversos tipos de transtornos psicológicos, como a timidez, o isolamento social, a problemas conjugais, ao pânico social, distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade e depressão (Capelo, 2002; Del Prette, Del Prette, 2001).

Segundo Rolim et al (2005), um relacionamento baseado em atitudes humanas, demonstração de respeito, comunhão com os sentimentos e com a dor do paciente é esperado de todos os profissionais responsáveis pelo cuidar, não apenas aos em unidades especiais de internação, mas a todos os pacientes.

Nesta perspectiva tomar como objeto de pesquisa as práticas interativas do trabalho em equipe de Saúde da Família com foco no relacionamento interpessoal dos seus integrantes buscando construir repertórios interpretativos é um desafio considerando as implicações relacionais no contexto do trabalho em saúde que ainda causam estranheza.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

*“Para entender-se a si mesmo, o homem precisa ser entendido por um outro. Para ser entendido por um outro, ele precisa entender o outro.”*

*Thomas Hora*

Nesta investigação, buscou-se por meio de uma metodologia de abordagem qualitativa de cunho exploratório, conhecer como ocorrem às relações interpessoais entre os profissionais integrantes da ESF, e entre esta equipe e a gerência da UBS.

A pesquisa com uma metodologia de abordagem qualitativa segundo Minayo (2002, p.45) *“trabalha com o universo de significados, motivações aspirações, crenças, valores e atitudes, presentes nas relações e ações humanas,”* que corresponde a um espaço das relações, dos processos e dos fenômenos, por conseguinte, nesta metodologia têm-se a orientação filosófica dialética, que insiste na relação dinâmica entre sujeito e objeto. O pesquisador é um ativo descobridor dos sentidos das ações e das relações que se mostram/ocultam nas estruturas sociais.

O estudo foi realizado no sentido de apreender os vários modos que possibilitam a criação de determinada realidade relacional através de linguagem vivida como prática social nas UBS, que é o lócus dos processos das relações interpessoais desenvolvidos pelos integrantes das ESF.

Buscando entender de que maneira as pessoas descrevem a si mesmas e são descritas por outras em suas conversações e como as práticas discursivas se organizam e são definidas a cada momento de uma interação existente entre as pessoas. Esta pesquisa considera como Minayo (2002, p.23), que *“toda vida*

*humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica”.*

Assim, na busca de uma vertente epistemológica que sustente a prática da pesquisa qualitativa para a construção do conhecimento, com enfoque na descrição de processos, no entendimento da constituição dos fenômenos é que adotamos a concepção teórica do construcionismo social.

Na possibilidade de compreender como ocorre a dinâmica relacional no trabalho em equipe da ESF é que empreendemos, por meio dos discursos oferecidos por seus integrantes, buscar entender o processo de produção de sentidos e identificar repertórios interpretativos sobre o trabalho relacional desenvolvido nas UBS/ESF, o que poderá servir de guia para elaboração de propostas futuras com vistas ao desenvolvimento das habilidades sociais possibilitando coesão e interações efetivas e saudáveis nas ESF.

#### 4.1 CONSTRUCIONISMO SOCIAL: O REFERENCIAL

O caminho escolhido para apreensão empírica dos dados se fundamenta no referencial teórico-metodológico do construcionismo social, que marca uma determinada estratégia de pensamento ao surgir como uma *“alternativa às formas empiricistas de se conceber a ciência e os processos de produção de conhecimento, abrindo novas reflexões no campo das ciências humanas e sociais”* (Guanaes, Japur, 2003).

Pensado dentro do seio da psicologia social, a perspectiva construcionista, é uma crítica reflexiva sobre o processo social de produção de sentido e sobre a função dos mesmos na construção de práticas sociais. Ela desponta como uma meta teoria, uma teoria sobre a teoria, sobre o modo como construímos explicações sobre o mundo em que vivemos e de nossas relações com ele. É *“ferramenta crítica que aponta para o modo como, socialmente, construímos sentidos sobre o*

*mundo e sobre nós mesmos e como estes organizam nossas práticas sociais e nossas vidas”* (Guanaes, Japur 2003, p. 136).

O Construcionismo social se coloca como um referencial teórico que se articula com um arcabouço metodológico que se insere na abordagem qualitativa de pesquisa, pois busca identificar os processos por meio dos quais as pessoas “*descrevem*”, *explicam e compreendem o mundo em que vivem incluindo elas próprias* (Spink, Medrado, 2000, p.47).

Para Íñiguez (2001, 2003) é impossível dar uma definição de construcionismo social, pois uma característica que norteia o movimento é a sua postura crítica de constante questionamento sobre aquilo que é considerado como óbvio ou natural, afirma que: “os acontecimentos são construídos sócio historicamente, circulando sobre inúmeras versões” (Íñiguez, 2001 p. 129).

Segundo este autor, pode-se apontar alguns postulados, tais como:

1. o contínuo questionar das verdades acatadas como tal, por em dúvida a maneira como nos ensinaram a ver o mundo e a nós mesmos, se interrogar sobre o que habitualmente se pressupõe;
2. deve-se considerar a especificidade e a particularidade histórica e cultural do conhecimento (concepções distintas de mundo);
3. o conhecimento sempre é resultado de uma construção coletiva, os processos sociais são o que dão sustentação ou fundações do conhecimento, as ações cotidianas, todos os intercâmbios do dia-a-dia constroem nossa concepção de mundo. Para o Construcionismo social todas as formas de interação são importantes, com destaque para a linguagem;
4. a inseparabilidade do conhecimento e ação social. Todas as condições do mundo são resultados da ação e da negociação social. E toda construção social é determinante de certo tipo de ação humana (Íñiguez 2001, p. 127 -155; 2003).

Os pressupostos do construcionismo social, segundo Japur (2004 p.147), se estruturam por considerar que a experiência do mundo não impõe por si mesma os termos pelo qual o compreendemos; que a compreensão do mundo é produto

de trocas históricas situadas entre as pessoas; e que a forma de compreensão do mundo que prevalece e é sustentada, depende dos processos sociais por meio do qual essa forma de compreensão é negociada nos relacionamentos, utiliza o conceito de *“dialogismo interacional de Bakhtin – no qual o sujeito é constituído por diferentes vozes assim, somos alteridades permanentes”*.

Um dos principais autores contemporâneo desse movimento que vem contribuindo na construção e difusão do Construcionismo social é o psicólogo Kenneth Gergen (1997, 1998, 1999) que se refere a esta proposta como uma *“forma de investigação social”* que se ocupa principalmente, com a explicação dos processos, por meio do qual as pessoas descrevem o mundo em que vivem e a si mesmo (Rasera, Japur 2001, p. 201).

A perspectiva construcionista social investiga o contínuo fluxo da atividade comunicativa e relacional promovedoras de produção de conhecimento sobre o *self* e sobre o mundo em que vivemos. O conceito de *self*, segundo Gergen (1997), abandona a definição universal de um *self* nuclear, organizado e estável para a descrição do *self* como um discurso, povoado por múltiplas e contraditórias possibilidades de ser.

Assim, nos tornamos consciente que cada verdade sobre nos mesmos é uma construção de momentos, constituída por períodos de tempos e no interior de certos relacionamentos. A conexão social quando se amplia exige do individuo uma multiplicidade de investimento, apresentando uma concepção relacional de *self*, ou seja, expressamos o *self* dentro dos relacionamentos.

As suas premissas levam em conta a especificidade cultural e histórica da forma de conhecermos o mundo; a primazia dos relacionamentos na produção e sustentação do conhecimento; a interligação entre conhecimento e ação e a valorização de uma postura crítica e reflexiva (Rasera, Japur, 2005).

Esta corrente teórico-metodológica tem como foco de compreensão, as relações sociais, parte integrante da historia e do contexto de vida das pessoas no

processo de entendimento da constituição dos fenômenos que no nosso estudo se refere aos sentidos que as ESF constroem para o trabalho em equipe com destaque para as relações interpessoais que ocorrem nesse espaço. Bem como, os sentidos que eles constroem sobre si para as trocas sociais, pois são eles que conformam determinadas práticas sociais de trabalhar em equipe e de relacionar-se (Rey, 2002).

Na proposta contrucionista social do posicionamento de Herré e Van Langenhove (1999), somos construídos e reconstruídos através das várias práticas discursivas em que participamos, delas emergindo não como uma unidade relativamente fixa. Quem as pessoas são é sempre uma questão aberta, cujas respostas *“dependem das posições assumidas por cada um nas conversações e das histórias que dão sentidos a própria vida e a do outro”* (Japur 2004, p. 149), assim, os processos de construção da identidade são sustentados na linguagem e nos relacionamentos (fenômeno sociolingüístico), as formas negociadas de entendimento sobre o mundo são descrições e explicações que tem importância crítica na vida das pessoas – constitui formas de ação social (Rasera, Guanaes, Japur 2004).

A partir do caráter performático da linguagem, dado ênfase por filósofos como Jonh Austin, a linguagem passa a ser concebida como um instrumento para criar acontecimentos e condições de existência para certos estados de coisas. Assim, certos enunciados constituem *“atos de linguagem”* á medida que *“sua enunciação é inseparável da modificação ou da criação de um estado de coisas que não poderiam surgir independentemente dessa enunciação”* (Ibáñez, 2004, p.34).

Assim, os processos de construções das práticas sociais na perspectiva contrucionista ocorrem por meio das formas discursivas que estruturadas enquanto narrativas, argumentação e conversas, são produções discursivas – que organizam o modo como damos sentido aos fenômenos do mundo e se caracteriza como produções de sentidos.

Para o registro dos termos e metáfora utilizados, pelos sujeitos da pesquisa, para caracterizar e avaliar ações e evento são elaborados repertórios descritivos interpretativos que de acordo com Ribeiro, Rasesa (2008, p. 426), é *“o conjunto de termos que demarcam as possibilidades de produção de sentidos e posicionamento nas relações sociais cotidianas, tendo por parâmetro o contexto em que tais práticas são produzidas”*.

É por meio dos “repertórios descritivos interpretativos” que buscamos apreender tanto *“a estabilidade quanto à dinâmica e a variabilidade das produções lingüísticas”*, ou seja, a variabilidade freqüentemente encontrada nas comunicações cotidianas, quando repertórios próprios de diferentes discursos são combinados de maneira pouco usuais obedecendo a uma linha de argumentação, mas gerando também algumas contradições (Ribeiro, Rasesa, 2008, p. 426).

O estudo se propõe a conhecer como ocorrem às práticas interativas no interior das equipes, identificar e analisar o repertório interpretativo utilizado pelos integrantes das ESF e pelos gestores no cotidiano do seu interagir no contexto do trabalho. Entender os vários modos que possibilitam a criação de determinada realidade relacional através de linguagem e contribuir para o desenvolvimento e formação das ESF.

Considerando os serviços de saúde de atenção primária e as UBS como espaços sociais nos quais existe uma dinâmica de interação tanto entre gerentes, profissionais e trabalhadores da saúde, como entre eles e os usuários e as instituições sociais da comunidade, buscamos contribuir para mobilização e reflexão crítica sobre desempenhos sociais e relacionamentos interpessoais que inclua o ser humano de forma integral, sem negar a emoção e nem exacerbar a razão, contribuindo para o bem-estar de si e do outro.

## 4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSBH, com os integrantes de quatro ESF e as gerências das UBS. A cidade de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, situado na região sudeste, uma das cinco regiões do Brasil e a mais desenvolvida sócio-cultural e economicamente. Comporta um pólo industrial, de turismo histórico e de negócios. Possui cerca de dois e meio milhões de habitantes e uma extensão territorial de 335 Km<sup>2</sup>.

O PSF foi implantado em 1999, no âmbito da atenção básica do SUS, no Município de Belo Horizonte. Atualmente apresenta 76% de cobertura da população no programa. Possui um sistema de saúde estruturado em 09 (nove) Distritos Sanitários desde 1989, definidos em áreas da região Metropolitana de Belo Horizonte na conformação com a organização político-geográfica e estrutural dos serviços de saúde municipal. (SMSBH, 2008).

Cada Distrito Sanitário tem em média, de 15 a 20 unidades de saúde, constituídos por UBS/CS, Unidade Secundária como os Postos de Assistência Médica (PAM), Centros de Referência Atenção a Saúde Mental (CERSAM) Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além de rede hospitalar pública e contratada de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e os demais filantrópicos e privados. Contando atualmente com 5.500 leitos hospitalares na capital. (SMSBH, 2008).

A rede de atenção básica conta com 146 UBS, 150 ambulatórios e 517 equipes de Saúde da Família. Cada UBS, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado área de abrangência, que se subdivide para a cobertura pelas ESF. Um dos grandes problemas que atinge o sistema de saúde de Belo Horizonte é a violência em algumas áreas. A cidade é a quarta região metropolitana mais violenta do País. Como algumas UBS estão localizadas nessas regiões violentas, os profissionais têm dificuldade de se fixarem nesses

ambientes de criminalidade, ocorrendo uma alta rotatividade, principalmente dos profissionais médicos (SMSBH, 2008).

Apresenta Indicadores de vulnerabilidade social de forma a caracterizar os níveis de riscos das áreas de abrangências, que estão convencionados em: baixo, médio, elevado e muito elevado. A partir do ano de 2002 as áreas de abrangências das UBS foram fracionadas em áreas de equipes de PSF e classificadas de acordo com o nível de risco (SMSBH, 2008).

Possui um Modelo na atenção básica na estratégia da SF: o BH Vida Saúde Integral, que tem como síntese além do atendimento nos diversos ciclos da vida e de forma integral, uma aproximação maior entre ESF e a realidade da população assistida e os problemas prevalentes da comunidade.

A escolha do Distrito Sanitário Leste (DISAL) como campo para a pesquisa teve como fator favorável ser lócus de atividades de ensino, pesquisa e extensão, desenvolvidas pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, bem como, são unidades de estágios curriculares, em algumas de suas Unidades Básicas de Saúde, no que consideramos pertinentes às atividades pesquisa pelas parcerias desenvolvidas com os serviços de saúde.

O DISAL compreende uma área de 26,9 Km<sup>2</sup> e atende a uma população de 249.094 habitantes distribuídas em 25 bairros. O DISAL limita-se com o município de Sabará, e com os Distritos Sanitários Centro-Sul e Nordeste. Aproximadamente 75% da população é usuária do SUS. Possui 15 UBS (15 áreas de abrangências), um laboratório clínico, duas Unidade de Referência Secundaria (URs), cinco Postos de Assistência Médica (PAM). Quanto ao risco as suas áreas de abrangência estão classificadas como médio risco, elevado e muito elevado risco. A escolha das duas UBS para cenário do estudo foi feita pela gerência da Assistência da atenção básica do Distrito Sanitário Leste. (SMSBH, 2008).

As duas UBS escolhidas estão situadas em áreas de elevado e muito elevado risco e, apresenta alto índice de violência e criminalidade pela relação com o tráfico de drogas. Na região estão localizados dois conglomerados composto por população menos favorecida sócio economicamente que em cerca de 80% utiliza o SUS. A topografia local é formada por morros íngremes, com becos e ruelas mescladas com áreas de ruas mais amplas e moradias mais estruturadas. Possui um pequeno comercio para a população local, com um centro comunitário atuante e Conselho Local de Saúde.

As UBS contam com uma gerente, funcionários de apoio administrativo e cinco ESF cada uma. Possui equipe de apoio com pediatra e ginecologista, psiquiatra e assistente social. Oferecem serviços de saúde mental, odontologia, atendimento ao agudo e zoonose (vigilância a saúde - com grande esforço atual em relação ao combate a dengue), Atua com os programas de diabetes, hipertensão arterial, asma, gestantes, puericultura e desnutridos de acordo com as diretrizes do MS e da SMSBH. Desenvolve atividade de coleta de sangue, vacinação, curativos e retirada de pontos, medicação injetável, micronebulização, aferição de sinais vitais, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados.

Realizam por meio das ESF, visitas domiciliares, acolhimento, busca ativa, consultas de enfermagem e médicas, reunião de equipe semanal e reunião geral mensal. Algumas das ESF realizam grupos operativos com focos em grupos de usuários específicos, tais como: idosos (hipertensos e diabéticos), gestantes e outros, mas, algumas dessas atividades ocorrem de forma descontínua. Para descrever algumas diferenças entre as UBS, identificaremos as UBS como Cruz e Espada.

A UBS Cruz conta com Cinco ESF e tem um total em torno de 70 funcionários, entre profissionais e trabalhadores da UBS. Em relação à área física e condições de infra-estrutura a situação é precária. A área construída é insuficiente para o

volume de atividades que desenvolve e pela quantidade de profissionais que trabalham.

Não há espaço para reunião das equipes nem para nenhuma outra atividade em grupo, por isso recorrem a vários aparatos e equipamentos sociais da comunidade, como: salão e salas da paróquia, salas de escola pública, o que pela proximidade facilita a locomoção, mas acarreta transtornos em dia de chuva, ou quando têm que esperar a pessoa responsável para franquear a entrada dos profissionais, além de ter que se adequar a agenda de atividades da igreja ou da escola.

Os consultórios são pequenos e insuficientes para os atendimentos de saúde realizados pelos profissionais das cinco ESF, existindo uma escala de rodízio para o seu uso. O acolhimento é realizado em espaço inadequado e em horários alternados para acomodar as cinco equipes. Os corredores são estreitos e ainda acomodam arquivos. O fluxo das pessoas é altamente prejudicado e há um desconforto contínuo que os trabalhadores parecem ir se adaptando conforme as atividades vão diminuindo de intensidade.

Segundo a gerente, estão aguardando a construção de uma UBS nova, pois foram contemplados no orçamento Participativo Municipal de Saúde do ano de 2008. Por estas questões, as cinco ESF que tem como sede a UBS Cruz, justifica a não realização de atividades de grupos para a população usuária do serviço, o que compromete as atividades de promoção a saúde e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados.

A UBS Espada apresenta melhores condições de trabalho e um ambiente físico e social mais adequado. A sua área física foi ampliada há três anos, mas a construção nuclear mantém as mesmas características acanhadas da UBS Cruz. No entanto, a área recentemente construída é ampla, com recepção e sala interna para os usuários ficarem a espera de atendimento com acomodações razoáveis.

Os consultórios são amplos, bem estruturados e equipados, e em quantidade suficiente para acomodar todas as atividades desempenhadas pelas cinco ESF. Possui um pequeno auditório e sala apropriada para reunião e outros encontros para profissionais e usuários. Algumas de suas ESF realizam grupos operativos com focos em grupos de usuários específicos, tais como: idosos (hipertensos e diabéticos) e gestantes.

Conta com um contingente aproximado de 75 funcionários, com uma gerente, funcionários de apoio administrativo e seguranças. Entretanto, por ser localizada em uma região que apresenta alto índice de violência, com áreas de abrangência classificado em elevado e muito elevado risco, e mesmo com incentivo financeiro, ocorre menor fixação de profissionais, especificamente médico e enfermeiro.

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os colaboradores da pesquisa foram os gerentes de duas UBS e quatro ESF que atenderem aos critérios de inclusão:

- ESF completas (com médico, enfermeiro, AE e ACS);
- Estarem trabalhando juntos há pelo menos um ano;
- Apenas um dos integrantes estarem na equipe por um período inferior a um ano e superior a nove meses.

As ESF selecionadas para o estudo, foram pelas gerentes das UBS em conjunto com a pesquisadora, atentas aos critérios de inclusão. A composição das quatro ESF é de: um médico, um enfermeiro, dois técnico/auxiliar de enfermagem e cinco a seis ACS, com um total de nove a dez componentes cada uma. As quatro ESF somaram um total de 38 integrantes, potencial colaboradores da pesquisa.

Consideramos que são os integrantes da ESF juntamente com a sua gerencia os colaboradores com competência para revelar os meandros das relações interpessoais no cotidiano do trabalho em equipe. A pesquisa contou com 32 colaboradores que aceitaram após contato e assinatura do consentimento

esclarecido, realizar as entrevistas, sendo duas gerentes, três médicos, quatro enfermeiros, cinco técnico-auxiliares de enfermagem e dezoito ACS.

#### 4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para tornar viável o presente estudo, delimitou-se a pesquisa a duas UBS e quatro ESF, buscando compreender as práticas interacionais das ESF e dos seus gerentes, na construção de lugares sociais a partir dos quais eles (integrantes das equipes e gerentes) dão sustentação para o trabalho em equipe, revelando os sentidos de suas práticas relacionais.

O trabalho de campo possibilita ao pesquisador vivenciar sem intermediários a diversidade humana, sua essência e limites, seus problemas e contradições em contexto sociais com uma complexidade de variáveis que eleva a atividade a um patamar de alto custo, sejam pela logística envolvida, tempo, recursos e material. Nesse momento da pesquisa a interação entre o pesquisador/colaboradores estabelece relações de intersubjetividades das quais resulta o confronto da realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa, da qual emerge novos questionamentos (Leite, 2001). Para obtenção de informações, optou-se pela utilização de técnicas de observação de atividade de caráter integrativo<sup>6</sup> e entrevista semi estruturada, desdobradas a partir da fala dos sujeitos. Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos.

A entrevista (apêndice 2), foi dividida em duas partes:

1ª. Parte: Consta de dados de identificação pessoais, sócio-educacional e profissional, com questões que permitem caracterizar e conhecer os colaboradores quanto a: idade, sexo, estado civil, filho, categoria profissional, nível de escolaridade, formação, curso de Pós-graduação, tempo no PSF, na

---

<sup>6</sup>

Instrumento elaborado pela pesquisadora na concepção de nomear e especificar as atividades realizadas pelas ESF que apresentam caráter de práticas interativas, ou seja, aquelas atividades que promovem aquisições de habilidades e competências sociais – habilidades de comunicação; civilidade; empáticas; de direito e cidadania; expressão de sentimento positivo e de trabalho.

UBS e na ESF, capacitação no PSF, carga horária (CH) de trabalho no PSF e outro vínculo de trabalho.

2ª. Parte: Apresentam perguntas norteadoras que visa estimular o relato pelos colaboradores da pesquisa sobre a dinâmica relacional do trabalho em equipe, a percepção de si e do outro dentro do contexto que o cerca, o que possibilitará o conhecimento do seu repertório interpretativo e posicionamento social apreendido por meio de suas formas discursivas.

Para Minayo (2002), a entrevista é o procedimento mais usual no campo por meio dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos colaboradores. Ela não significa uma conversa despreziosa.

Foram desenvolvidos procedimentos de observação direta aleatória das atividades em grupo desenvolvidas pelas ESF no seu contexto de trabalho concomitante as entrevistas no qual o observador será o próprio pesquisador. Constarão de observações de atividades de caráter integrativo de situações de trabalho cotidiano da equipe que tenha vivências relacional no intuito de apreender as competências e habilidades mobilizadas nas interações interpessoais da equipe – Fichas observacionais (Apêndice 3).

O instrumento elaborado para registro das observações foi as “Fichas observacionais” – registro de atividades integrativas, o qual permitiu identificar as atividades de caráter integrativo realizadas na UBS e nas ESF especificando situação, os componentes, com que finalidade, além das impressões, conversas informais, comportamentos, gestos, falas, posturas e apresentações dos participantes.

Na técnica de observação, o observador é parte do contexto, sendo observado, no qual ele ao mesmo tempo modifica e é modificado, O papel do observador pode ser tanto formal como informal, dispensar muito ou pouco tempo na situação da pesquisa, ser parte integral ou periférica na estrutura social. A

observação direta viabiliza o esclarecimento da lógica interna dos processos observados, pois permitem acompanhar os movimentos, os discursos, as ações, as relações mantidas com os demais que ocupam e coexistem no espaço do trabalho (Rey, 2002).

Para início dos trabalhos de campo foi realizado um encontro com a Gerência de Atenção a Saúde do Distrito Sanitário Leste (DISAL), com apresentação do projeto de pesquisa, solicitação de autorização para a realização da pesquisa e participação na escolha do cenário de estudo e indicação das UBS. Essa atitude pautou-se na referência do conhecimento da gerência sobre as características das UBS do DISAL e a pertinência da UBS ao objetivo da pesquisa com atendimento aos critérios de inclusão.

Em seguida, foi feita uma reunião no DISAL com as gerentes das UBS indicadas para apresentação do projeto e solicitar sua colaboração na escolha das ESF, com atendimento aos critérios de inclusão. Após contato com as gerentes das UBS escolhidas no DISAL, fomos as UBS agendar reunião para a apresentação do projeto de pesquisa, conhecer os profissionais e funcionários, bem como buscar conhecer as particularidades da área de abrangência da UBS.

Ressaltamos que os contatos iniciais com o serviço de saúde e seus dirigentes requerem um traquejo político e persistência, pois as agendas desses profissionais devido ao volume de atividades em que estão envolvidos, além das intercorrências que se apresentam no cotidiano do trabalho estão pouco disponíveis. Assim, mesmo com planejamento de agendas para encontros e reuniões, algumas dessas reuniões foram suspensas outras adiadas, sendo remarcado posteriormente, o que exigiu rearranjos do pesquisador em relação ao período de coleta de dados.

Realizamos, a seguir, em conjunto com a gerência de cada UBS, uma reunião mais ampliada, com as ESF que seriam colaboradores do projeto de pesquisa, com convite extensivo os demais profissionais da UBS.

Nessa reunião de sensibilização, o projeto de pesquisa foi apresentado em *power point*, com esclarecimentos e troca de informações sobre o tema, objetivos, procedimentos de coleta de dados – gravação das entrevistas semi estruturadas e observação direta de atividades desenvolvidas na UBS e nas ESF - a finalidade do estudo e garantia de anonimato e tratamento sigiloso das informações obtidas com o consentimento dos participantes. Foi também, apresentado os documentos relativos à sua aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Prefeitura e os componentes das ESF foram informados sobre a participação da pesquisadora nas atividades integrativas desenvolvidas pela equipe (Anexo 1).

Os dados foram coletados em dois momentos. O primeiro de outubro de 2009 a fevereiro de 2010 e de maio 2010 a agosto de 2010. A escolha por dois momentos deu-se primeiramente pelo tempo investido na atividade de observação com inserção nas UBS e nas dinâmicas das ESF, considerando-se o período anual, e posteriormente para continuação da coleta de dados com realização de entrevistas semiestruturadas realizadas pela pesquisadora e gravadas.

As observações das Atividades integrativas perfizeram um total de 60 horas em 28 situações acompanhadas junto às equipes selecionadas como colaboradores. Consistiram em 15 participações em reuniões semanais das ESF, cinco em atividades de acolhimento, duas participações em oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde para a organização da atenção programada junto as ESF da UBS, coordenado e dirigido pela gerência; duas Visitas domiciliares com enfermeiro, médico e ACS e quatro comemorações de aniversário.

Além desses momentos de observação e participação em atividades estruturadas, observou-se ainda, cenas e fatos que apresentavam componentes da dimensão relacional que ocorriam entre os profissionais e os usuários, entre os profissionais e os demais trabalhadores da UBS, entre

gerentes e usuários, entre os profissionais da mesma categoria e de categoria distintas. As ações relacionais ocorriam em diversos espaços tais como: na recepção: na marcação de consultas, na busca de resultado exames, de informações, de atendimento e de medicamentos. Nos corredores, copa cozinha, sala da gerencia, salas de reunião, consultórios fora de horários de atendimento clínico.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Conforme previsto na Resolução do CNS 196 [96], sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 1996), o projeto foi encaminhado, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Belo Horizonte - COEP-PBH, aprovado pelo parecer nº 0055.0410.000-09A em 28/08/2009 (Anexo 1).

Cada colaborador deste estudo, antes de iniciar as entrevistas leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com informações sobre a pesquisa, seus objetivos e esclarecido quanto à atividade de gravação da entrevista. A participação foi voluntária (Apêndice 1),

#### 4.6 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DO *CORPUS* DA PESQUISA

A análise no construto teórico do construcionismo social busca compreender a especificidade das conversações; a linguagem em uso – prática social; Caráter constitutivo do *self* – Posições negociadas – múltiplas descrições de *selves*, o *self* – como produto do intercâmbio social, produção lingüística e relacional com construção de delimitações temáticas seqüenciais e diálogo com a abordagem teórica, portanto o *self* uma construção social, produto de práticas discursivas situadas – por meio das quais, as pessoas dão sentido ao mundo e às suas próprias ações; a linguagem é constitutiva – não apenas representativa – do *self* e do mundo, e seu caráter performático, mas como ação, o relacionamento eu-outro é constitutivo da pessoa e o foco da investigação – passa a ser o

relacionamento, a interação, a relação que se desenvolve (Guanaes, Japur, 2003).

A atividade analítica, nesta abordagem, encoraja uma investigação sobre a multiplicidade das construções de *self* e sobre as funções sociais e interpessoais de determinadas formas de descrição, da ênfase na natureza culturalmente situada – diferentes grupos podem fazer uso de diferentes descrições de *self* – contextos particulares, os modos de descrição são regulados pela cultura – partilhar sentidos garante formas de inteligibilidade e de participação em relacionamentos sociais e implica em manter viva a postura de crítica e reflexão (Gergen, 1997, Guanaes, Japur, 2003).

Assentado na proposta de análise dos discursos na perspectiva do construcionismo social que enfatiza o processo dialógico, à medida que a entrevista se processava, o diálogo ia se desenvolvendo, perguntas de apoio eram inseridas e outras, formuladas, com vistas a atender aos objetivos principais da entrevista, ou seja, compreender os sentidos construídos pelos participantes sobre as relações interpessoais na ESF (Mello, 2007).

De acordo com Rose, (2001b), não se pode reduzir linguagem à fala. Para essa autora, a analítica das técnicas, das intensidades, das autoridades e dos aparatos deve-se voltar-se para...

“Quem fala, de acordo com que critérios de verdade, de quais lugares, em quais relações, agindo sob quais formas, sustentados por quais hábitos e rotinas, autorizados sob quais formas, em quais espaços e lugares, e sob que formas de persuasão, sanção, mentiras e crueldades” (Rose 2001b, p. 158).

Nesta perspectiva buscou-se primeiramente compreender os sentidos das práticas do trabalho em equipe com foco no relacionamento interpessoal presentes nas entrevistas dos gerentes de UBS e dos componentes da ESF que possibilitou a construção dos repertórios interpretativos que foram utilizados pelos colaboradores validarem suas versões sobre os eventos e situações objeto de investigação. Antecedendo a discussão e a análise dos repertórios

interpretativos, apresentaremos algumas características dos sujeitos colaboradores integrantes do estudo.

Para a análise dos dados, após transcrição de todas as entrevistas e sistematizados os dados coletados na observação direta das atividades integrativas, foi realizada leitura reflexiva dos depoimentos coletados com vistas à construção de categorias que norteará a análise de todo o material.

Foram consideradas as participações e observações das Atividades integrativas em 28 situações acompanhadas junto às equipes selecionadas. Por meio das Fichas Observacionais (Apêndice 3), as situações de atividades integrativas acompanhadas foram sistematizadas e classificadas conforme relatamos a seguir:

**a. Reuniões semanais de ESF** - As reuniões das ESF mantêm uma periodicidade constante com **dia, horário e local** de reunião estabelecido, inserido na rotina das atividades das equipes. Assim, temos a reunião de uma das ESF todas às 5ª feiras às 14h00min, que poderá vir a ter alguma alteração (realização ou não) dependendo da agenda da gerência da UBS. Pode ser suspensa sua realização, mas raramente é transferida para outro dia e horário.

Em relação aos seus **componentes**, a reunião é para todos os integrantes da equipe sem exceção, podendo ocorrer ausências de um ou outro integrante, mas como veremos na análise do repertório interpretativo: **espaço da reunião: o lugar do encontro das diversidades sociais**, a ausência mais freqüente é a do médico, seguida da do auxiliar de enfermagem. O enfermeiro e os ACS são as presenças mais regulares, caracterizando uma relação mais próxima e maior domínio de atividades. Dependendo da necessidade a gerente da UBS participa, em período restrito, para transmitir informação específica àquela equipe ou coordenar alguma ação articulada a

outro setor, como a zoonose, para implantação e acompanhamento de ações específicas daquela equipe.

Não existe **preparação inicial** para o encontro, tais como atividades relevantes para o dia (pauta) e recursos necessários, exceção feita quando ocorre uma atividade que fuja a rotina do conteúdo e do roteiro já pré estabelecido. O **desenvolvimento** segue um padrão: Foco sobre os usuários vinculados aos programas estabelecidos pelo MS na atenção básica e rodada de apresentação dos mesmos pelos ACS. **Pontos de destaque:** programação das visitas domiciliares e acompanhamento de alguma situação especial por parte de usuários de grupo de risco (gestante, criança, idoso, etc.). A **conclusão** da reunião na sua maioria é confusa e esvaziada. As reuniões são coordenadas pelo enfermeiro, exceção feita apenas quando o mesmo encontra-se ausente. Alguns desses momentos são compostos unicamente, por enfermeiro e ACS, versam sobre questões técnicas de saúde e sociais dos usuários.

**b. Acolhimento** - O procedimento de acolhimento tem horário e intervalo de tempo para cada ESF e são regamente cumpridos por elas por dificuldade de espaço físico e realização de outras atividades. Realizado pelo médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, podem utilizar o mesmo espaço ou espaço distinto para o médico e para enfermeiro com o auxiliar de enfermagem. Desenvolvimento: as solicitações dos usuários são diversas, onde predomina a escuta clínica, atendimento clínico e agendamento de consultas. Ponto de destaque: encaminhamentos e agilidade de atendimento de agudos. É relevante considerar que durante as entrevistas houve um auxiliar de enfermagem que apontou o acolhimento como atividade que favorece a integração da ESF, mesmo sabendo que os ACS têm praticamente, nenhuma participação na atividade. Mas, a articulação exigida nesta atividade para os seus integrantes pode ser bem integrada.

**c. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde para a organização**

**da atenção programada junto as ESF da UBS** – Atividade proposta pelo Distrito Sanitário de Saúde, agendadas em conjunto pelas ESF participantes e a gerente da UBS, exige preparação inicial com local amplo, recursos instrucionais, infraestrutura para mais de 25 participantes e material didático. A oficina ocorreu para organização do atendimento ao paciente que apresenta um quadro clínico agudo, com reconhecimento dessa clientela junto as ESF. Elaboração de escala de plantão diário de atendimento para essa clientela junto aos profissionais da saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem), o que sistematizou mais uma atividade para as ESF.

**d. Visitas domiciliares com enfermeiro, médico e ACS** - São atividades que

requerem agendamento e preparo dos recursos necessários pelos profissionais. São intermediadas pelos ACS e têm como alvo os usuários idosos acamados, os acamados por algum agravo incapacitante e situações limitantes. É solicitado transporte na central do DISAL, o que poderá ser atendida ou não para os momentos disponíveis dos profissionais. Caso a situação se apresente de urgência os profissionais (médico e/ou enfermeiro) utilizam o seu carro particular, o que o fazem com muitas ressalvas. Normalmente, os usuários que precisam desse tipo de atendimento, já são conhecidos dos profissionais da ESF pelo tempo de acompanhamento que o caso demanda. São atividades que requerem disponibilidade interna pelas condições de acesso e de risco da moradia dos usuários.

**e. Comemorações de aniversários** – Essas atividades são promovidas,

custeadas e organizadas pelos próprios integrantes das equipes e ocorre normalmente nos dias de reuniões da ESF e após o seu término. Além, de a iniciativa ser dos integrantes das equipes, os locais e horários de sua realização deve ser bem adequado, pois pode tumultuar as atividades desenvolvidas na UBS o que gera insatisfações dos outros profissionais que não estão participando da atividade. Para os integrantes da atividade também, causa um desconforto,

como se tivessem realizado algo inadequado ao ambiente de trabalho. É desejado e temido ao mesmo tempo.

As situações observadas foram de especial relevância para vivências o mais próxima possível do cotidiano das ESF e permitir ter acesso as relações interpessoais menos filtradas pelo bloqueio do outro estranho. Assim, situações de generosidades, solidariedades, de desagradados, de empatias, de cortesias, como de desconforto, de antipatias, de isolamento, de abertura, de disfarces dos integrantes foram partilhadas. Entretanto, consideramos as atividades formais (reuniões, visitas domiciliar, oficinas e acolhimento) e informais (comemorações de aniversários) integrativas realizadas de maneira pouco critica, intuitivamente e não a tornar claro e objetivo para os seus participantes as ações e os resultados desejados.

Para resguardar a identidades dos colaboradores, foi criado um sistema de códigos de cores que identifica atividade profissional e cargo. Então, temos:

Prata para gerentes = P1 e P2;

Branco para Médicos = B1, B2, B3;

Lilás para Enfermeiros = L1, L2, L3, L4;

Verde para Auxiliar de enfermagem = V1, V2, V3, V4, V5;

Amarelo para ACS = A1, A2,.....,A18.

Assim, durante a apresentação de trechos das falas dos colaboradores integrantes do estudo, que exemplificam os repertórios descritivos resultante da análise, será utilizado o sistema de cores codificado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as características da abordagem qualitativa e a perspectiva do construcionismo social, os dados foram construídos através da realização de atividades de observação direta sistematizada e aleatória de atividades integrativas e de entrevistas semi-estruturadas, feita pela pesquisadora e

gravadas. Foram entrevistados trinta e dois colaboradores de um universo total de trinta e oito, que compunham os integrantes das ESF e gerentes das UBS. A não participação de alguns integrantes das equipes se deu pela ausência devido a férias, adiamento sucessivo da entrevista e recusa por questões pessoais. Cada entrevista teve duração média de 60 minutos, com um total aproximado de 2.100 minutos de gravação.

Apontamos algumas dificuldades devido ao espaço físico limitado para a realização de entrevistas na UBS Cruz, e de modo geral para as gerentes e as ESF foram: as intecorrências advindas de questões dos usuários; as solicitações de dados informacionais pelo DISAL e de orientações para implantação de novos processos técnicos na dinâmica do trabalho; timidez dos ACS e resistência do profissional médico para cumprimento dos agendamentos das entrevistas. Ocorrências essas, que leva ao uso de estratégias tais como: utilização de espaços sociais fora UBS e horários alternativos para realização das entrevistas.

Para facilidade de exposição os dados serão apresentados em dois tópicos: caracterização da população e repertórios descritivos e interpretativos

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A identificação da população estudada descrita a partir de algumas características definidas *a priori* situa os colaboradores, sujeitos sociais do estudo. Do conjunto de 32 colaboradores temos: duas gerentes, três médicos, quatro enfermeiros, cinco técnico/auxiliar de enfermagem e 18 ACS (Tabela 1).

O universo foi constituído por 26 (82%) pessoas do sexo feminino e 06 (18%) do sexo masculino. Esta diferença é característica nos profissionais da enfermagem e aos ACS, porém é interessante apontar a presença feminina na profissão médica e na área da atenção básica (Tabela 1).

A faixa etária ficou compreendida entre 25 a 63 anos, com predominância nas faixas dos 30 aos 49 anos, onde se situa 71% dos colaboradores. A maioria é casada (66%) e tem filhos (78%).

Em relação ao nível de escolaridade, a tabela 1 mostra que 28% têm o nível superior e 72% o nível médio, o que revela os grandes desníveis (intelectual, social, cultural e econômico) existentes entre os integrantes das equipes com repercussões nas relações interpessoais e no cotidiano do trabalho, que foi percebido durante as entrevistas e serão demonstrados no capítulo seguinte.

No que diz respeito à formação: seis são graduados em enfermagem, três o são em medicina. Um é técnico de enfermagem, quatro são auxiliares de enfermagem, um ACS tem formação no curso normal e 17 concluíram o ensino médio (Tabela 1).

Com relação às especializações na área da saúde, os 09 profissionais graduados apresentam a seguinte distribuição: na área médica predomina a especialização em ginecologia e na área de enfermagem em gestão de serviços de saúde e obstetrícia (Tabela 1).

Ressaltamos que, cinco dos nove profissionais graduados fizeram Especialização em Saúde da Família, curso que foi oferecido no início para os profissionais que ingressaram no PSF. É importante destacar que as duas gerentes das UBS não cursaram a Especialização em SF e só uma delas participou de capacitação voltada para a SF (Tabela 1). A mesma tabela mostra que dos cinco colaboradores do nível médio de enfermagem, apenas um fez a capacitação em Saúde da Família oferecida pela Escola de Saúde Pública do Estado de MG (ESP-MG) por seis meses e dos 18 ACS, nove ACS realizaram a mesma capacitação por um período de três a seis meses pela ESP- MG.

**Tabela 1** – Distribuição dos colaboradores segundo sexo, faixa etária, estado civil, filhos, nível de escolaridade, cursos de Pós-graduação e capacitação na SF. Belo Horizonte – MG, 2010

Categoria	Gerente		Médico		Enferm.		T/AE		ACS		Total		
	Prof.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Perfil</b>													
<b>Sexo</b>													
Feminino		2		2		3		4		15		26	81,3
Masculino		-		1		1		1		3		6	18,7
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>6,3</b>	<b>3</b>	<b>9,4</b>	<b>4</b>	<b>12,5</b>	<b>5</b>	<b>15,6</b>	<b>18</b>	<b>56,3</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária</b>													
25 I- 30		-		-		-		-		4		4	12,4
30 I- 40		-		-		2		2		5		9	28,1
40 I- 50		2		2		2		2		6		14	43,7
50 I- 60		-		1		-		-		3		4	12,5
60 I- 65		-		-		-		1		-		1	3,1
<b>Estado Civil</b>													
Solteiro		-		-		2		1		6		9	28,1
Casado		2		3		2		3		11		21	65,7
Divorciado		-		-		-		1		1		2	6,2
<b>Filhos</b>													
Sim		2		3		2		4		14		25	78,2
Não		-		-		2		1		4		7	21,8
<b>Escolaridade</b>													
N. Sup.		2		3		4		-		-		9	28,1
N. Médio		-		-		-		5		18		23	71,9
<b>Formação</b>													
G. Medicina		-		3		-		-		-		3	9,4
G. Enfer.		2		-		4		-		-		6	18,7
Técnico Enf.		-		-		-		-		-		1	3,1
Aux. Enf.		-		-		-		1		-		4	12,5
Normal		-		-		-		4		1		1	3,1
2º Grau		-		-		-		-		17		17	53,3
<b>1. Curso</b>													
<b>Pós-Graduação (9)</b>													
Ginecologia		-		3 (3)		-		-		-		3	100
Enf. Obstétrica		-		-		2 (4)		-		-		2	50
Gestão em		-		-		-		-		-		2	44
Serviços Saúde		2		-		2		-		-		4	55
Saúde Família		-		2		3		-		-		5	
<b>2. Capacitação na SF</b>													
Sim		1		2		3		1		9		16	50
Não		1		1		1		4		9		16	50

Analisando o tempo de permanência dos profissionais estudados na UBS, verificamos que este tempo varia de 01 a 30 anos. Considerando o período de implantação do PSF no Município de Belo Horizonte de 10 anos, observa-se que a maioria (93,6%) dos profissionais está nessa UBS, desde o início da implantação do Programa (Tabela 2). No PSF o período de tempo dos colaboradores se mostra bem equilibrado entre os primeiros cinco anos (40,6%) e os que têm mais de cinco anos até dez (59,4%). Nas quatro ESF o período vai de 01 a 08 anos (Tabela 2).

O ACS é quem apresenta o maior tempo de permanência no PSF e nas ESF em contrapartida os profissionais de nível superior são os com menor tempo de inserção no PSF e na Unidade Básica de Saúde (Tabela 2).

Essa permanência de tempo mais restrito nas ESF por parte dos profissionais médico e enfermeiros com uma intensa mobilidade dentre as mais de 517 ESF vinculadas as UBS dos nove Distritos Sanitários da região metropolitana de Belo Horizonte, vem sendo demonstrada em estudos feitos pela SMSBH (2008), especialmente, em algumas UBS localizadas em regiões com altos índices de violência, onde os profissionais da rede de saúde pública têm dificuldade de se fixarem em ambientes de criminalidade, ocorrendo uma alta rotatividade, principalmente dos profissionais médicos (SMSBH, 2008).

Todavia, esse comportamento, pode indicar também, desgaste desses profissionais diante do sistema organizacional existente, dos processos de trabalho da Atenção Básica e da SF, com produção de vínculos superficiais e que podem traduzir em mudanças freqüentes como forma de enfrentamento de situações estressantes e como mecanismo de proteção. Todos os colaboradores são concursados e trabalham em regime de 08 horas diárias, ou seja, (40 horas semanais). Apenas um profissional médico tem outro vínculo como plantonista (Tabela 2).

A ESF em sua composição integra um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem (AE) e seis ACS, que se tornam responsáveis por uma área territorial com abrangência de 600 a 1000 famílias, e limite máximo de 4500 habitantes (população adstrita). Os profissionais devem residir no município e os ACS na área de abrangência. (Brasil, 1996).

**Tabela 2** – Distribuição dos colaboradores em relação ao período de tempo no PSF na UBS, na ESF, carga horária no serviço e existência de outro vínculo de trabalho. Belo Horizonte – MG, 2010

<b>Categoria</b>	<b>Gerente</b>	<b>Médico</b>	<b>Enferm.</b>	<b>T/AE</b>	<b>ACS</b>	<b>Total (N = 32)</b>	
<b>Prof.</b>	<b>N = 2</b>	<b>N = 3</b>	<b>N = 4</b>	<b>N = 5</b>	<b>N = 18</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo (anos)</b>	<b>6,25%</b>	<b>9,37%</b>	<b>12,5%</b>	<b>15,63</b>	<b>56,25</b>		
<b>Período na UBS</b>							
1   5	1	2	2	2	6	13	40,6
5   10	1	1	2	1	12	17	53,0
10   15	-	-	-	-	-	-	-
15   20	-	-	-	1	-	1	3,2
20   25	-	-	-	-	-	-	-
25   30	-	-	-	1	-	1	3,2
<b>Período no PSF</b>							
1   5	-	2	2	4	5	13	40,6
5   10	2	1	2	1	13	19	59,4
<b>Período na ESF</b>							
1   2	-	1	-	1	5	7	23,4
2   5	-	1	2	3	5	11	36,6
5   8	-	1	2	1	8	12	40,0
<b>Carga Horária semanal – CH</b>							
40 horas	2	3	4	5	18	32	100

<b>Outro vínculo</b>							
Sim	-	1	-	-	-	1	3,2
Não	2	2	4	5	18	31	96,8

## 5.2 REPERTÓRIOS DISCRITIVOS INTERPRETATIVOS

A análise dos discursos assentados nas questões norteadoras foi agrupada em duas ou três para a composição de contextos, dos quais emergiu categorias empíricas – produtoras de sentidos – que conformaram a reconstrução do objeto de estudo, ou seja, a dinâmica das relações interpessoais desenvolvidas no cotidiano das ESF.

Composição de contextos a partir de questões norteadoras da entrevista:

A **diversidade sócio-profissional** foi configurada por meio dos conteúdos oferecidos pelos colaboradores sobre si e sua trajetória profissional.

As **concepções sobre a Saúde da Família** reuniram os significados e a visão dos colaboradores sobre o PSF.

**Os sentidos do “trabalhar em equipe”** foram produzidos por meios dos depoimentos dados pelos colaboradores sobre o que significava para eles o trabalho em equipe.

**Os mecanismos formais e informais da organização do trabalho e a integração das ESF** foram apreendidos pelas respostas produzidas das atividades facilitadoras e dificultadoras para a integração das equipes, das capacitações oferecidas e da observação das atividades de vivências integrativas no cotidiano das ESF.

A **gestão e promoção de relações interpessoais construtivas** emergiram de questões relatadas pelos colaboradores entre a gerência e ESF, entre os integrantes de sua equipe e sobre as vivências relacionais cotidianas.

O **eu na relação comigo e com o outro** reuniu autopercepções e autoconceito centrado no autoconhecimento e sustentado em ação interacional e no auto cuidado (grifo nosso).

Foram então construídos repertórios descritivos por meio do reconhecimento das imagens, expressões, adjetivos e figuras de linguagem, produzidas pelos colaboradores para produções de sentidos sobre o trabalho em equipe e justificarem suas posições nas relações interpessoais desenvolvidas dentro do contexto das ESF nas UBS.

O Repertório Interpretativo são recursos sociais, ou seja, sistemas de termos usados para caracterizar e avaliar ações, eventos e fenômenos dos integrantes das equipes e dos gerentes no fenômeno das relações interpessoais inseridas no trabalho em equipe da ESF (Guanaes, Japur 2003).

Para o seu mapeamento e análise foram utilizados os dados das entrevistas e das fichas observacionais.

Segundo Ribeiro, Rasesa (2008, p. 426), Repertórios Interpretativos são utilizados para designar o que seriam as unidades de construção das práticas discursivas, isto é, *“o conjunto de termos que demarcam as possibilidades de produção de sentidos e posicionamento nas relações sociais cotidianas, tendo por parâmetro o contexto em que tais práticas são produzidas”*. É um registro dos termos e metáfora utilizados para caracterizar e avaliar ações e eventos.

Considerando as implicações relacionais no contexto do trabalho em equipe de saúde tão intensamente vivida, mas tão escassamente falada, pela própria obviedade suscita estranheza, o que mascara as distorções tornando um desafio perscrutar suas implicações no cotidiano do trabalho das ESF integrante do estudo.

Portanto, a partir da análise dos discursos, da composição dos cinco contextos e dos dados sistematizados da observação direta, foram identificados seis repertórios interpretativos dominantes que justificam e legitimam as práticas relacionais no cotidiano do trabalho das ESF, são eles:

- a.** Espaço da reunião: o lugar do encontro das diversidades sociais;
- b.** Vivências com os usuários: os momentos de choques de visão de mundo;
- c.** Trabalhar em equipe: Falar é fácil, fazer é que são elas...;
- d.** As relações interpessoais e o desencontro entre a organização de trabalho e os trabalhadores;
- e.** Os gerentes e os integrantes da ESF: o espaço existente;
- f.** Espelho mágico: espelho, espelho meu...

A análise dos repertórios identificados busca entender os posicionamentos assumidos pelos colaboradores do estudo durante as entrevistas e as implicações associadas à utilização destes repertórios e serão descritas a seguir:

**a. Espaço da reunião: o lugar do encontro das diversidades sociais**

Quando analisamos as descrições referentes aos espaços existentes que favorecem as interações e são promovedores de relações interpessoais o uso deste repertório aparece em uma posição genérica e contraditória. Podemos constatar que o uso dele se faz pela força do hábito, da rotina, não pela possibilidade do encontro e do fortalecimento da coesão do grupo. É identificado pela formalidade instrumental de passagem de informação por e sobre mundos sociais distintos. Vem marcado pela presença da diversidade social, um espaço atravessado por relações de poder assimétricas, por meio de palavras relacionadas à necessidade de expressar-se, de ser entendida, proteger e ser protegida, como algo pesado, depósito de circulação de muitas informações, de muito esforço e luta para que ocorra, muito complicado, conforme os trechos das entrevistas revelam:

*Eu acho assim, sabe, que não tem outro espaço para conversar com a médica e o Enfermeiro, Tem de ir. É muito pesada uma reunião porque, são muitas informações, sabe? É muita coisa que em pouco tempo você tem que falar e ainda somos muitas, mas tem que ser feito, né .. Para as coisas acontecer, né. ”* **A9**

*“..eu não era muito de falar, inclusive um médico da minha equipe falou que eu era tipo “patona”. “Querida que ele tivesse dito tipo “pata”, para abraçar os patinhos, tipo proteger os usuários da minha área...”* **A12**

*“ah, a reunião, é..infelizmente é um tempo muito corrido e insuficiente. Precisamos montar outras estratégias para da conta das atividades. Assim, ficamos lembrando um ao outro das coisas que precisa fazer, sabe, nos corredores . é muito ruim, mesmo.”* **B1**

*“Que é bom é, voce sabe. Mas tem pouca atividade de grupo. Tudo é muito individual. A gente vai aprendendo sobre as doenças, sabe com a médica e o enfermeiro, né ...”* **A5**

*“Ela é para mim um momento, sabe?... , aquele momento de informação sobre os pacientes de risco, O ACS atualiza essas informações dos usuários,. sabe, decidimos sobre os acamados, e essas coisas, Sab. ”* **B2**

No interior desse processo coletivo de produção de saúde existe ainda, uma intensa fragmentação, com apoio de um singular processo de especialização que coloca em xeque a integralidades das ações de saúde e a visão integral do ser humano. Por isso, a proposta do trabalho em equipe, que se contrapõem ao modo independente e isolado com que os grupos de profissionais de saúde usualmente realizam seu trabalho cotidiano nos serviços ganha destaque dentro do PSF (Felli, Peduzzi, 2005; Silva, Trad, 2005). Mas, como falar de coletivo se não foram construídos compromissos de vínculos. Observa-se que mesmo com um tempo de vivências as relações ainda carregam a marca forte da assimetria, do autocentramento pontuado pelos temores de exposição e de desrespeito, o que leva a fuga das vivências coletivas.

*“..eu acho que é igual a discurso político as coisas são truncadas, acho que você me entende, nas reuniões da equipe a gente vem pontuar as coisas, né .. colocar as coisas, mas, você viu como é.. é muito complicado.”* **V1**

*“..as reuniões é uma coisa que podia ajudar a unir mais. É muito corrido, com muita gente para passar informação sobre os paciente e não tem tempo para pensar em mais nada. Se uma fala demais a outra já manda terminar logo. Como eu não quero receber bronca eu falo pouco né ...”* **A9**

Para Mishima, (2000, p. 68), a equipe de saúde é “*formada por profissionais com conhecimentos distintos, na qual um profissional desconhece a potencialidade do outro, e reproduz a divisão social do trabalho com relações verticais de mando de autoridade*”. O que reduz o alcance e a eficácia das ações desenvolvidas por um conjunto de profissionais dentro de um caráter coletivo de atividades, além do potencial para gerar situações de constrangimentos e desconfortos emocionais aos envolvidos.

A marca da ausência da figura do médico nas reuniões aponta para essa fuga, a ausência é sentida por todos e ao mesmo tempo justificada por todos. Ele está no atendimento ao usuário e é isso o que realmente importa, em relação a sua atuação clínica, mesmo que em contradição ao modelo de atenção proposto e signifique prejuízos coletivos:

*“...é uma luta sabe, uma luta para reunir todo mundo. A gerente inventa alguma coisa para atrapalhar a reunião ou o auxiliar tem um negócio para não se reunir, e a médica, sabe, a médica tem sempre, um compromisso para não ir.” L1*

*“..o que acho ruim é que você fica sempre como a responsável para fazer a reunião. A sua responsabilidade é muita. Não tem muito com quem dividir. Fico aliviado quando estou de férias.” L3*

Esse posicionamento corrobora com os estudos de Goulart (2002), que aponta para o pouco respeito dos médicos integrantes da ESF, que reivindicava serem membros especialmente distintos dentro da equipe, como uma questão de fundo cultural, reconhecidamente difícil de mudar. Assim, gozavam de liberação para se ausentar das reuniões coletivas, sob a alegação de terem consultas e outros afazeres a realizar. Ou seja, as suas atividades assistenciais eram auto-referidas, com respaldo da equipe, como mais importantes do que as atividades de outras naturezas. Para os demais era objeto de consenso a marcante diferença entre a adesão dos médicos, sempre mais morosa ou ausente e, a adesão das enfermeiras pela própria característica do seu trabalho.

*“Atrapalha muito quando é uma reunião sem o médico, mas quando dá ele vem, sabe... atrapalha quando a gente mesmo, a gente chega atrasado...” A4*

*“Eu sei que o pessoal fica contando muito com a minha presença, mas você sabe, e nem sempre dá para ir. As coisas que aparecem sem você esperar, e só você pode resolver, até eles já sabe. É difícil, mas posso ir ...” B2*

O poder do conhecimento médico e o lugar social da onde falam se fortalece nas ausências, o que não agrega coesão aos demais membros da equipe de saúde. Isso contribui na precariedade das relações sociais do trabalho com sulcos profundos, distorcendo relações de respeito em subserviência, assegurando a dependência dos demais no saber, no fazer e no ser. O repertório revela que o trabalho das ESF deve ser um compromisso para além da consulta médica cotidiana principalmente no atendimento a demanda espontânea, que restringe a participação dos médicos nas atividades de sua própria equipe prejudicando sua interação com a equipe, como demonstra os trechos a seguir:

*“Os ACS estão sempre presentes juntamente com o enfermeiro, mas o médico e a auxiliar, sempre tem atividades para fazer. Ou o medico ainda tem atendimento para fazer, ou o auxiliar de enfermagem está na UBS trabalhando, na unidade, sabe, nos setores, na farmácia, na sala de vacina, no curativo, etc”. L3*

*“As reuniões são semanais, toda semana, sabe, e às vezes ocorre ter atendimento de demanda espontânea, bem durante as reuniões e, e temos que atender, sabe.., é paciente da equipe, vamos fazendo, e ai, quando dá pela coisa, a reunião acabou, né.” B3*

Essas descrições que justificam e expõem as dificuldades para utilizar os dispositivos existentes no fortalecimento das ESF, o espaço das reuniões é operacionalizado de forma mecânica, ritualística, pouco criativa e produtiva, não agregando valor para a coesão das ESF o que as ações presentes nos relatos confirmam.

*“O que ajuda a união? é a reunião da equipe, né. Mas, é tanta coisa, é muita coisa que cada um tem para falar, que tenho que ser mais objetiva com o que os ACS vêm falar, por isso é bom ter o caderno de relatório, ele te ajuda, sabe..” L4*

*“O que facilita o relacionamento interpessoal? É a reunião semanal, onde a gente se encontra. Onde nos estamos juntos. Mas, é muita coisa do serviço. Tem sempre reunião em que a gerente tem que passar orientações de novas ações do serviço. Não fazemos nada para novo nem para unir o grupo, Ah, tem a comemoração dos aniversários do mês, só isso...” A10*

Para Moscovici, (2003); Yelom, Leszcz, (2006); Hunnington, (2007), um grupo de trabalho se fortalece quando assegura um espaço em que seja possível o reconhecimento de valores, crenças, conceitos e preconceitos, significados e existências das diferenças entre as realidades de cada um dos seus integrantes. Para a percepção da realidade do grupo ao qual pertence em seu momento de vida em conjunto com o ambiente no qual está inserido, necessita-se de espaços e de condução que tenha como objetivo o fortalecimento do todo.

A criação de espaço para que o trabalhador possa reconhecer, esclarecer, expor e discutir conceitos e preconceitos, sentimentos, emoções e perspectivas que envolvem as várias situações de trabalho experimentadas no dia a dia do trabalho, são relevantes para o enfrentamento de situações estressoras que reforçam a divisão entre o pensar, fazer e sentir, a sua alienação e insatisfações que podem ser disfarçadas ou reveladas nas relações de trabalho (Santos, Reis, 2001).

Assim, serão práticas desenvolvidas nos espaços micros dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes multidisciplinares que poderão suscitar mudanças nas relações interpessoais desenvolvidas nas UBS. É preciso investir e utilizar mecanismos que possibilitem mudanças com base no fortalecimento das relações humanas (Leite, 2001; Costa, 2003; Jesus, 2003).

No caso da ESF é, na reunião dos profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem), com a finalidade de promoção em saúde, através de esforços coordenados e participação colaborativa específica, investindo primeiramente em si e no fortalecimento do grupo (Leite, 2001; Jesus, 2003).

Assim, o que os repertórios nos apresentaram e as vivências nas reuniões de equipe nos mostraram é que há poucas ações voltadas para o fortalecimento das relações internas da equipe, os relatos técnicos não encontram uma escuta sobre as crenças, os valores de cada um dos envolvidos no processo de oferta de serviços de saúde, no sentido de entenderem como se posicionam e como potencializar o trabalho da equipe.

**b. Vivências com os usuários: os momentos de choques de visão de mundos**

Neste repertório interpretativo verificamos os sentidos culturalmente estruturados sobre a população a quem se dirigem as ações de saúde do PSF. Os integrantes da ESF com intensidades distintas, revelam um certo desconforto no atendimento à população da comunidade, seja pela quantidade dos atendidos, pelo volume de ações demandadas ou pelas características da população.

A “cultura” do setor saúde influencia aos que dela participam como os ACS, morador da região, que ao ser alçado como representante do setor público de saúde, se posiciona em algumas situações como aquele que tem algo a dar para a população carente. Apresentam uma postura assistencialista e paternalista, e que diante de uma população extremamente despojada de recursos pode se colocar de forma contraditória, negando informações e outras ações de saúde aos usuários, pois *“nem o PSF com sua proposta ampliada poderá dar conta das necessidades de saúde dessa população.”*

A definição contemporânea da OMS, de saúde, ou seja, *“o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente”* (WHO, 1984, 1999), resulta que a saúde deva ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana e, não um objetivo da vida institui-se como um “conceito positivo”, que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Mas, as comunidades assistidas pelas ESF do estudo apresentam um quadro incapacitante para o viver satisfatório e da saúde como um conceito positivo. Assim, as habilidades sociais empáticas, de civilidade, de cidadania e do direito muitas das vezes, são precariamente utilizadas, como os discursos abaixo revelam,

*“..o PSF veio ajudar muito , mas não que dizer que é cem por cento, entende. Mas, que melhorou, melhorou. Tem o problema das necessidades, da carência e da informação para o usuário, às vezes ele não quer aceitar, você explica que mudou ...que ele não pode vir qualquer hora, mas ele não entende.” A7*

*“ antigamente se fazia as coisas também, mas com a SF apareceu mais as necessidades de saúde da população, assim, ela só aparecia uma parte nas filas, né. Aí o volume das atividades e das ações aumentou muito, muito mesmo, sabe.” P1*

*“..eu não sei não, mas tem usuário que quer ser atendido como gente rica. Ele quer que se leve tudo na mão, é marcação de consulta, resultado de exames, xi.. é tudo. Você tem que botar limite, porque se não você vira empregada deles. Isso é abusar da gente,,,”A14*

*“Então eu sou daquela opinião, não sei se está certo, posso fazer então faço, vou fazer se não posso explico e pronto, entende porque é ruim para os usuários. Sabe ficar esperando aí, né.” V3*

O documento, “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (Brasil, 1997b), enfatiza ainda algumas características pretendidas pelo PSF, como: fugir ao caráter “*vertical e paralelo*” dos demais programas do Ministério da Saúde; constituir-se em proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; negar o equívoco da identificação do PSF como “*um sistema de saúde para os pobres*”.

O documento aponta que o programa deve ser entendido como um modelo substitutivo da atenção básica até então vigente, sintonizado com a questão da equidade, além de reconhecido como prática de alta complexidade tecnológica em termos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes (Brasil, 1997b).

Assim, a Saúde entendida como um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, põe em destaque a promoção à saúde como responsabilidade exclusiva deste setor, devendo ser compartilhada com indivíduos, grupos populacionais, profissionais de saúde, instituições sociais e governamentais que potencializa a construção da intersetorialidade e interdisciplinaridade no campo da saúde (Brasil, 1996).

A construção de um novo modelo de cuidado necessita, segundo Scherer e Pires (2007, p.8), da existência de uma equipe de saúde *“capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença-cuidados e com uma prática multiprofissional que atue com uma abordagem interdisciplinar e intersetorial.”*

Ao mesmo tempo em que a proximidade dos profissionais com uma população definida e com o seu objeto de trabalho – a família ocorreu, foi também, aprendida e se construiu um aparato (prática social) para regulação das distâncias entre os profissionais e a população assistida. Essa família, esse usuário só deve aparecer em momentos pré-estabelecidos pela organização do serviço, se o faz por decisão própria – demanda espontânea – incomoda, gerando transtornos, o que revela a insuficiência do sistema público de fornecer serviços confiáveis nos diversos setores sociais, não apenas na área de saúde, causando reações de estranhamento e de autoproteção, como:

*“..eu falo, gente, usuário tem que ser atendido e ir embora. Ele dentro do posto é um verdadeiro fiscal, ele observa tudo. Você não vê algumas coisas, mas ele vê tudo, o que você está fazendo, aí ele engloba tudo e todo mundo ele chama de “vagabunda”, as vezes eu nem tou vagabundando é outra pessoa e isso estressa a gente,,” V5*

*“ antigamente se fazia as coisas também, mas com a SF apareceu mais as necessidades de saúde da população, assim, ela só aparecia uma parte nas filas, né. Aí o volume das atividades e das ações aumentou muito, muito mesmo, sabe.” P1*

*“ Ah, o usuário é muito carente, eles usam a saúde para ter um pouco de atenção que o poder público, não dar nos outros setores. Aí, se você não dar atenção logo, a coisa se complica. Eu sei, já tive muitas experiências difíceis. É muita pobreza, sabe.” B1*

De acordo com estudo realizado por Pinto, Ribeiro, Silva (2005), o perfil dos profissionais que atuam em saúde, ainda está distante da concepção do trabalho em equipe e da integralidade, o que traz prejuízos para a assistência, como a exposição da família a conflitos, por vezes, os profissionais não compreendem suas manifestações, tais como: agressividade, hostilidade, indiferença que podem estar representando medo, preocupação e dificuldade de compreensão.

A promoção de uma vida saudável é responsabilidade intrínseca do setor saúde articulado com o conjunto da sociedade. A reestruturação da atenção básica tem sido considerada pelos gestores do SUS como estruturante do sistema (Brasil, 2006) e em termos de equipamentos utiliza uma tecnologia de baixa densidade e de alta complexidade na abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica, isto é, caracteriza-se predominantemente, na dimensão das relações interpessoais (Lacaz, Cortizo, Alves, Junqueira, Santos, Gomes, 2007).

No entanto, a mudança operada no sistema de saúde pelo PSF revelou as dificuldades de acesso existente, anteriormente nas comunidades com um volume significativo dessa demanda reprimida que busca atualmente atenção a saúde, o que permitiu para algumas categorias profissionais visibilidades, como demonstra trechos de algumas entrevistas:

*“Graças a Deus que existe a SF e suas equipes, porque é uma área em que o enfermeiro pode ter mais autonomia. “Mostre a sua cara enfermeiro,” se mostre como profissional. Porque ele não se envolve com a doença, ele se envolve com a integridade das pessoas, 90% de vida e 10% de doenças.” L1*

*“o programa aumentou o acesso das pessoas porque individualizaram contextos, ai as particularidades da área aparece, né. Se aumentou o contingente de profissionais é mais gente junta, né, vendo uma pequena parte, ai, se ver mais os problemas, eles aparecem, né.. muita gente ver muitos problemas...” P2*

*“è uma onda que veio para ficar. Pena que muita gente não mudou ainda para ver a.. a mudança acontecer de fato, o foco de a saúde ter mudado para a promoção e prevenção, não apenas o lado curativo, mas ainda vivemos uma transição, né, porque o paciente quer o remédio, o exame, a consulta médica, né... B2*

Segundo Vasconcelos (1999, p.18), a atenção básica tem como função primordial o “*apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde*”, ou seja, o exercício dialógico de co-responsabilidade e é dentro desta dinâmica a inserção da Saúde da Família no Brasil. O programa promoveu uma “*retomada*” na humanização da atenção clínica e tornou necessário o investir na qualificação social de seus profissionais.

Vasconcelos (1999) ainda, adverte que o conceito de assistência à saúde praticada, ainda se vê fortemente limitado, não só pelas “tradições positivistas e mecanicistas” como, também, pelo “boicote político” e as “exigências de produtivismo numérico”. Por isso, há necessidade de novas abordagens teóricas e metodológicas, que realizem, de fato, a almejada integralidade (ou, nas palavras do autor, “alargamento”) de tal conceito, ainda existente.

Em estudos desenvolvidos por Pinho (2006), sobre o trabalho médico com o objetivo de investigar potências e limites de atuação, com mudanças na organização do trabalho médico, constatou potencialidades para aumento do envolvimento, de compromisso e da responsabilização do profissional, entretanto, os limites foram significativamente fortes, a organização do trabalho permaneciam centradas na oferta de assistência médica individual e que ainda:

“as consultas estavam centradas na dimensão biológica do adoecer e expressava dificuldade de uma clínica ampliada, a capacitação e o apoio do trabalho mostravam-se insuficientes para sustentar a responsividade dos profissionais as diversas demandas clínicas, a abordagem das necessidades de saúde nas suas múltiplas dimensões, indicando riscos de simplificação da atenção” (Pinho 2006, p.72).

O PSF sinaliza uma proximidade dos profissionais e trabalhadores – como equipe e/ou individualmente, com seu objeto de trabalho - pessoas, famílias e comunidades, estimulando relações qualificadas entre eles, com construção de vínculos e com compromisso de assisti-la de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (Rosa e Labate, 2005).

Assim, essa nova conformação estrutural da saúde possibilita a integração, o uso de novas práticas, introduz a convivência multiprofissional, como também, promove a organização das atividades em um território definido, para enfrentar e resolver os problemas identificados, de uma dada população com um perfil epidemiológico delineado (SES (MG), 1997; Brasil, 1997).

Para Sousa (2001, p.48, grifo nosso), o PSF apoiando-se na concepção de oferta de atenção básica no interior das próprias comunidades, de forma próxima aos usuários e as localidades, inova com a oferta de cuidados a domicílio, ao mesmo tempo em que, representa um avanço nas propostas de saúde ao superar uma etapa de **“serviços realizados na comunidade”** para outra de **“serviços que envolvem a comunidade”** e que, sua execução seja provida, por serviços públicos qualificados e fortalecidos, em parceria com outros aparelhos sociais e entidades não governamentais.

Essa maior proximidade mediada pelos conhecimentos técnicos científicos exige uma atitude de abertura ao outro com mobilização política, filosófica, psicológica e emocional dos profissionais, que o Programa nem sempre explicita e deixa subtendido.

Esse repertório apresenta que as práticas sociais dos profissionais estão visíveis nas suas práticas discursivas. A postura de alguns dos gestores sugere a possibilidade de mudanças de modelo de atenção e de vivências coletivas sem construção de habilidades e competências sociais para o desempenho relacional, principalmente, quando se tem como foco de cuidado, a família.

### **C. Trabalhar em equipe: Falar é fácil, fazer é que são elas...**

O repertório identificado é relativamente comum no contexto do trabalho em saúde, mas nem por isso pouco relevante, pois toma como particular algo que está entrelaçado com o social. Assim, ele é utilizado para justificar as situações e legitimar os eventos que ocorrem no cotidiano do trabalho em equipe

nas ESF. Apresenta uma “ignorância” no que se refere à ausência da organização formal como detentora não apenas “do que se faz” e “do como”, mas, principalmente, “em que condições se realizam as ações”. A organização dos serviços de saúde é isenta de responsabilidades como promotora de ações no *lócus* privilegiado para convivências e para o desenvolvimento de relações interpessoais construtivas e saudáveis no cotidiano do trabalho das ESF por seus próprios componentes. O que os colaboradores revelam nos trechos abaixo:

*“...realmente, falar que é fácil trabalhar em equipe não é, não é mesmo. Eu passei por uma fase dentro da minha equipe em que a colega achava que ela é melhor, sobrepõe, é aquilo você entende. Eu vivi esse drama.. é muito sofrido.” A8*

*“É, é bom mais exige muito, muito do profissional. Se voce tem facilidades individuais, assim, eu respeito muito a opinião do outro, porque têm muitas vaidades, né, e ai a coisa fica difícil. O médico é muito vaidoso, quer ser estrela, né, aí, a coisa se complicam, as relações ficam tensas, é cultura mesmo...” L2*

*“..É tentar a cada dia... todos os problemas e conflitos podem aparecer a todo momento, né, é uma instabilidade constante. Aí, não é fácil gerenciar muitas equipes em uma estrutura precária. Então temos que colocar os conflitos na mesa, entende.. é muito desgaste.” P1*

*“É muita competição entre equipes, assim a coisa ficou um clima pesado, porque fora da hora do acolhimento ninguém que atender o usuário de outra equipe, assim teve que fazer escala de plantão. E tem aquelas muito folgadas, né...ai a coisa fica preta...” P2*

Na Saúde da Família, as equipes são mecanismos basilares de operacionalização de todo o ideário de convivência com a diversidade e estabelecimento de relações humanas solidárias. É onde o programa se apóia e se articula no que diz respeito aos fundamentos democráticos e da construção da cidadania.

Representa uma estrutura de poder diante da comunidade e se revela pelos seus comportamentos e nos diversos símbolos ostentados pelos seus componentes com autoridade para dirigir a palavra aos dirigentes e pessoas influentes da comunidade, entrar em suas casas e promoverem mudanças, o que sugere ter consciência da natureza das relações existentes.

A criação de equipes teve como orientação ser estruturadas em base territorial e como objetivo: *“melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, incluindo desde a proteção e a promoção de saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças”* (Brasil1996, p.27).

A ação prescritiva e normativa da criação da equipe não garante por si só, o desenvolvimento de laços de cooperação e o interesse em funcionar como grupo ou equipe. Há necessidade de investimentos institucional com profissionais habilitados para desenvolver propostas que promovam a articulação dos integrantes levando-os a apropriar-se de instrumentos de negociações para construção de projetos (Peduzzi e Ciampone, 2005; Moscovici, 2003; Matumato et al 2005).

A integração, contudo fica ameaçada pela dificuldade de estabelecer um projeto comum, cuja construção passa por um processo de planejamento coletivo o que evidencia que a não integração da equipe não possibilita a construção conjunta, pois ocorre uma articulação precária dos integrantes em torno de um objetivo dado (Scherer, Pires, 2007).

Um aspecto a destacar em relação ao trabalho das equipes foi uma forma dada até certo ponto focal, do trabalho em equipe, fazendo com que as equipes que ocupavam a mesma área física mostrassem lógicas e procedimentos distintos de abordagem da clientela (Goulart 2002, p. 286).

A recomposição do processo de trabalho no interior da equipe não acontece, com a simples alocação de diferentes profissionais no mesmo local de trabalho e reunido em uma dada situação de trabalho com propósito único. Não basta reunir vários profissionais e nomear esse conjunto como equipe, para que ela passe a operar como equipe.

*“É muita competição entre equipe, e outra coisa, a coisa ficou muito direcionada, o usuário chega à unidade, e todo mundo pergunta logo de*

*que equipe é, né.., porque tem equipe atuantes e as não atuante, ai o bicho pega..” L4*

*“..Olha, não é fácil. É um degrau que você tem que subir a cada dia. São muitas situações de relações difíceis, as pessoas são muito complicadas, e não dá para resolver o problema de todo muito. Eu já digo logo, que a gente está aqui para trabalhar e fico muito direcionada para o trabalho. Os pessoas são muito diferente umas das outras.” P1*

O repertório do trabalho em equipe demonstra pela análise das produções discursivas, o desamparo dos trabalhadores na construção cotidiana das inter-relações que dão sustentação ao seu trabalho. Os estudos realizados sobre o tema também trazem relatos que sustentam esta posição.

Em estudo sobre o trabalho da ESF e a construção da interdisciplinaridade, Scherer, Pires (2007, p.11), asseguram que *“o espaço do trabalho em equipe é de descoberta, de potencialidade e das competências próprias de cada profissional e dos demais”*. O que permite a troca e ampliação de saberes favorece a atitude de se permitir aprender sobre o outro e valorizar o seu saber, e mais, *“reconhecer os diferentes saberes como comensuráveis”*.

De acordo com Costa, et al (2003), prevalece uma tensão entre os profissionais da ESF, que se apresenta no âmbito das autonomias técnicas de cada um, na especificidade de seu trabalho e nas tomadas de decisões. Predomina ainda, no campo da saúde, o trabalho isolado, as decisões individuais com poucas discussões entre os integrantes da equipe, sem construções de projetos comuns, e até mesmo a desconsideração dos acordos preestabelecidos.

Os profissionais de diferentes categorias restringem-se a atuar de forma independente, autônoma e isolada, muitas vezes, agrupadas em uma “equipe”, porém sem atingir a almejada integração dos diferentes saberes e fazeres.

Mesmo nas UBS onde existem profissionais com reconhecida competência técnica e humana, as dificuldades são inúmeras quando se pretende transformar o **trabalho de equipe** – aquele realizado por um grupo de pessoas cuja formalização sobre o modo como é realizado o trabalho aparece pela nomeação

– para o **trabalho em equipe** – trabalho realizado por um grupo de pessoas com interfuncionalidade, as quais possuem objetivos análogos e estão empenhadas em alcançá-los de forma compartilhada e complementar, o que confere uma qualificação do trabalho, que se destaca pela processualidade (Leite, 2001; Oliveira, 2006, 1999 – grifo nosso).

O repertório identificado através dos discursos produzidos pelos entrevistados mostra o que o discurso instituído nas organizações insiste em ocultar, o cotidiano da impotência e dos sofrimentos individuais,

*“No começo eu sofri muito nessa equipe, eu sofri demais, agora esta melhor...” A10*

*“... eu falava que não era pessoa de ficar fazendo traço, pontuando papel, mapa e essa coisa e tal, não sou muito de ficar construindo esse negocio de mapa, não, participo na construção, mas eu prefiro pegar na massa.” V4*

*“...não sei o problema de se trabalhar com o funcionário, tem que ter um jogo de cintura muito bem feito. Tempo para o serviço, para o colega, para todo mundo, ter uma postura e não ser voce.” V5*

*“Tem umas particularidades de cada individual, num conjunto, numa equipe aparece mais, né.. Eu sofri muito, chorei muito, com médico, com auxiliar, tive divergências, eu passei a trabalhar meio assim. Passei a não importar mais com o que falavam, sofri no meu canto calada, não dava problema..” A14*

Nesta direção, um estudo de Costa et. al. (2003 grifo nosso), que buscou identificar as contradições na SF como indutor de mudanças no sistema assistencial em saúde, com enfoque no trabalho em equipe multiprofissional, chegou a algumas considerações reveladoras sobre as equipes de saúde da família tais como: dificuldades de ações e conflitos – constatados pela **“falta de hábito”** dos profissionais envolvidos de trabalharem como equipe, onde o saber não é domínio exclusivo de um, mas parte do conhecimento comum para alcance de resultados coletivos

Este trabalho mostrou ainda o isolamento dos profissionais em suas ações específicas. Ausência de discussões em equipe para resolução de problemas encontrados nas ações individuais e interferência da desarticulação nos

desempenhos e na resolutividade das ações em saúde. (Costa, Carmo, Feliciano, Pinheiro, Souza, 2003).

O incentivo às equipes para reverem o seu processo de trabalho e promovam mudanças nas relações interpessoais cotidianas, avaliando os resultados e corrigindo as distorções deve ser uma proposta institucional.

É importante considerar que o posicionamento de fatalidade, de ter que se haver sozinho diante de situações que poderiam ser trabalhada no conjunto promovido pela organização do trabalho, demonstra a pouca habilidade que temos como humanos no trato com as questões humanas, dicotomizando-as, bem como o uso dos recursos simbólicos individuais para questões coletivas. E quando se trata do setor saúde, a questão torna-se mais hermética, pois o discurso da ajuda ao outro, da vocação, da ética pessoal e da autoridade que lhe é conferida pelo saber, amortizam essas vivências e são mobilizadas como justificativa para lidar com as deficiências institucionais.

**d. As relações interpessoais e o desencontro entre a organização de trabalho e os trabalhadores.**

Neste repertório interpretativo verificamos os sentidos produzidos sobre a organização do processo de trabalho na atenção básica e especificamente, no PSF e as relações disfuncionais que permeiam o cotidiano dos integrantes das ESF. Traz expressões como: trabalho artesanal (pesado, solicita tempo, individualizado); a organização local *versus* a organização Municipal, a resistência dos trabalhadores em “falarem uma só língua”, as informações truncadas, o desrespeito aos trabalhadores visível nas condições de trabalho que buscam equacionar com a autogratificação pelo “prestígio” de trabalharem no setor saúde.

Esse repertório permite observar uma necessidade de justificar e preservar a organização dos serviços de saúde pela precariedade das condições de

infraestrutura física, operacional e relacional como se a sua materialização não ocorresse por meio das pessoas que estão em posição de comando.

Outros pontos destacados e dele fazem parte aspectos tão diversos como a “cultura”, as tradições locais, as concepções e modos de participação social, as expectativas que geram para as comunidades no sentido de resolutividade, as práticas de saúde, o corporativismo médico, a qualificação insatisfatória das equipes, a capacitação dos gestores, a indisponibilidade de profissionais, a falta de alcance e efetividade dos processos de comunicação, entre outros, apontadas nos discursos abaixo:

*“...aqui falta muita estrutura, tem muitas limitações, se é para as reuniões, é difícil, para as visitas domiciliares, não tem carro, as ACS são mais de idade, é tudo muito artesanal, e isso te desgasta, cansa, a relação com o funcionário fica, né..” L2*

*“....porque o que depende do posto, tá ali, o exame de sangue, o eletro, o médico, a enfermeira, acho que o problema é externo, tá lá fora..as consultas especializadas ser ainda um nó, o problema é as consultas, a demanda dos usuários é muito, muito..” A13*

*“Acho que o acolhimento é o melhor procedimento para integrar a equipe, o complicador é que infelizmente cada um trabalha com uma linguagem diferente, não falam a mesma língua.” L1*

*“O problema maior que existe é na porta de entrada, na recepção cada um dá uma informação diferente ao usuário sobre um problema porque não conhece o usuário, que não é de sua equipe, as informações são trocadas.” A 7*

*“o paciente não quer passar pela médica, porque não gosta dela, eu falo logo, ruim com ela, pior sem ela.” L3*

A rede básica de atenção à saúde por características próprias ao setor saúde é um serviço de produção e consumo coletivos, um trabalho reflexivo, que requer conhecimento técnico científico, experiência de trabalho e do social.

A essa dinâmica agrega-se mediadores da dimensão ético política, com alto grau de incerteza e de difícil normatização técnica, política e social, bem como, de avaliação, pois encerra uma complexidade por alguns atributos como: diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias

utilizadas, dos saberes constituído, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização dos processos de trabalho, dos espaços e dos ambientes.

A centralidade das relações interpessoais no processo de trabalho em saúde afeta todo o seu fazer processual e essas relações comportam aspectos racionais e emocionais. Nogueira, Santana (2000), afirma que a interrelação pessoal no trabalho em saúde, são particularmente intensa e forte, chegando a ser decisiva para a eficácia da assistência, tanto no que diz respeito aos usuários – co-responsáveis pelo cuidado em saúde, como os profissionais.

As condições em que ocorrem os relacionamentos interpessoais definem a forma de convivência entre os seres humanos, que são seres de relações. \_Definem como a vida social é construída no seu cotidiano, fazem a diferença entre sofrimento e bem-estar. A deterioração nas relações interpessoais resulta em esgarçamento das relações sociais e das relações inter e intra-organizacionais (Moscovici, 2003).

E alguns trechos nos mostram a privação afetiva presente nas relações interpessoais mantidas pelos trabalhadores no seu fazer cotidiano.

*“Acho todo o trabalho em saúde um serviço mecânico, é muita repetição, tudo embolado. Eu posso falar o que eu penso de fato, ele não tem alma, é frio, mas, a gente tem que trabalhar. V9*

*“A maior parte das coisas você aprende a força no tapa, sabe, na prática mesmo, no início estava meio perdido. Eu fui aprendendo a ver essa coisa de equipe muito depois, eu era independente mesmo. Nos cinco anos que estou aqui já passou 8 médicos e 4 enfermeiras nessa equipe. Ninguém gostava da gente, A nossa equipe é muito carente. A 11*

O que nos indica que os processos de capacitação das equipes pela periodicidade das trocas de seus integrantes, além de acarretarem falhas nas capacitações de algumas categorias quando ocorrem, deixam a descoberto a formação da coesão da equipe e do “espírito de conjunto”. Assim, aspectos do conhecimento de si e do outro, de comportamentos mais assertivos, dos limites e possibilidades das profissões e dos profissionais na construção de um projeto

comum ficam comprometidos (Silvério, Patrício, 2007; Goulart, 2002; Camelo e Angerami, 2007; Bom Sucesso, 2002).

O trabalho em saúde demanda uma relação humana muito próxima entre seus integrantes e entre eles e usuários do serviço, com criação de vínculos e envolvimento como pessoas. Essa postura implica na apreensão de subjetividades por meio de múltiplas inter-relações que se processam entre eu e o outro. Mendes-Gonçalves (1992, p.28) refere-se à subjetividade como *“relações mediadas por afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito.”*

Para o “trabalhar” em equipe se requer uma atitude consciente, intencional, uma disponibilidade interior marcada pela responsabilidade pessoal, a qual esta imbuída do envolvimento com o projeto, com as pessoas e com a instituição. Quando não há intenção de construção de um projeto comum, pode-se tentar dialogar, comunicar-se, estar presente fisicamente sem, no entanto, conseguir uma inter-relação necessária para construções coletivas.

Há necessidade de estímulo para que essa aprendizagem de interações ocorra. O sujeito humano nasce com potencialidades para o relacional e deve desenvolvê-la. Este desenvolvimento, no entanto não ocorre sem a presença real do outro. Mesmo em contextos sociais, seja no trabalho, na escola ou em qualquer outro, a interação deve ser mutuamente estimulada para que possa ser construída. No distanciamento interpessoal, no isolamento e/ou na recusa, as relações não são passíveis de estruturação.

*“Eu sei que estou lotada em uma equipe, se não, eu não posso trabalhar na UBS, mas não sinto que ficou melhor do que era antes. Antes eu tinha relação mais próximas com todos os outros profissionais. Isso ficou limitado, e hoje tem muita falsidade, muita ciúmeira, aí eu me isolo, fica mais fácil.” V 5*

Para o “trabalhar” em equipe, pressupõe-se competências sociais, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas com redefinições das relações interpessoais e

intergrupais nas organizações de saúde, bem como de políticas de gestão de pessoas que vão ao encontro dessas necessidades que incidem sobre os cenários de trabalho.

São necessárias competências específicas tanto para trabalhar em equipe como no exercício da coordenação, tais como: capacidade de auto-analise, comunicação aberta, reconhecimento do outro e reciprocidade de apoio (Moscovici, 2003; Katzenbach e Smith 1993, Peduzzi e Ciampone, 2005).

**e. Os gerentes e os integrantes da ESF: o espaço existente**

Outro repertório presente nos relatos dos colaboradores foi o do espaço que existe entre as gerentes e os profissionais das ESF. Esse espaço é marcado por contradições e dificuldades em habilidades e desempenhos sociais elementares, no que diz respeito aos processos para o alcance dos objetivos em um fazer coletivo.

De acordo com Pedrosa e Telles (2001) existe no processo de trabalho das UBS e nas ESF uma desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas, fragmentação de informações e baixo grau de interação entre seus integrantes com variadas formas de competição. As expressões: pedaços, parte, nada é perfeito, empurrar, ficar calada, desdizer, contradizer que indicam o grau de fragmentação e desencontros existentes nessas relações, estão retratadas nas falas abaixo:

*“Hoje mesmo a gente vê cada coisa aqui, que não dá para você. Tem uns quatro ou cinco tipo de escalas diárias, uma com uma desse tamanhinho e você sobrecarregada, ainda existe isso. Mas, você tem que ficar calada, empurrando a coisa, o tempo passa.” V3*

*“Cada um vê seu pedaço, sua parte, e eu tenho que fazer essas partes se somarem para fazer um todo funcionar de forma homogênea, não é fácil. Porque é cinco equipes dentro de uma unidade sem condições, né”.*

**P1**

*“,,,acho que a gerente vê o lado dele como um todo, né. Pode mas não pode tudo, né, nada é perfeito. Faço minha parte, como sou exigente, chata mesmo, a minha equipe é piloto prá tudo.” L2*

*“A forma da gerente com a equipe, ta bom, ela existe, dá liberdade para a enfermeira. Se tem problema ela chama a enfermeira.” A 4*

Consideramos que por sua natureza os serviços de saúde têm sido foco e palco de diversos conflitos, seja pela diversidade dos profissionais inseridos neles, pelo volume dos custos econômico-financeiros que requerem, pela complexidade e heterogeneidade, pela intensa fragmentação dos processos de trabalhos que se processam no seu interior, pela maneira como ocorrem as relações de poder, ou ainda pelas atividades que se desenvolve neles, ou que seja *“pelo desgaste frente aos anseios e necessidades sociais dos seus membros que a constituem e que com tão pouco, a organização formal se identifica e se compromete”* (Barbosa, 1996, p. 127).

Se no modelo do PSF, operou-se uma transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber para um trabalho realizado por equipes, o que abre as vertentes da vinculação e das interações sociais (Rosa, Labate, 2005; Levcovitz, Garrido, 1996), implica em novas formas de responsabilização organizacional e coerentes com os princípios do programa.

Nesse contexto, a gerência atua como um instrumento do processo de trabalho, pois efetiva as políticas implantadas. Ao mesmo tempo é condicionante do modo como se organiza a produção de serviços e é condicionada por ele. Nesse duplo movimento, resultante de um contexto e criador desse mesmo contexto, o processo de gestão torna-se um espaço permeável às influências

Autores como: Silvério, Patrício (2007), Marques (2007), Fracolli, Egry (2001) e Benito, Becker (2007), corroboram no sentido de que, para gerenciar a assistência em saúde, alguns gerentes de UBS, ainda utilizam métodos e estratégias de gestão oriundas da teoria clássica da administração, com pequena capacidade e habilidade para operar com os novos mecanismos e instrumentais que as novas concepções, diretrizes e orientações demandam.

Há dificuldades referentes à interrelação, a comunicação, a articulação e troca de conhecimento para a construção conjunta de um projeto de trabalho. Essas dificuldades apresentam como consequência a descontinuidade das ações e a duplicidade de atividades, que tem forte repercussão no resultado do trabalho em equipe e, por conseguinte, nos processos e produtos do trabalho em saúde. Como revela o depoimento de uma auxiliar de enfermagem:

*“...o que me cansa é ver o gerente fazer o oposto que você falou para o usuário. Às vezes você fala que ele tem que voltar para o acolhimento na equipe dele, então eu falo para o usuário, ele não gosta e fala: eu vou falar com a gerente e muitas vezes o gerente vem e faz o contrario do que você falou. Ai, eu acho um desrespeito, você fica mal. você fala uma coisa o outro vem e detona...” V2*

*“...a gente vive muito de orelha em pé, pois você pode dar uma decisão para algum pedido do usuário e depois ele procura outro e recebe outra direção, e que não devia ser feita Isso me desanima, porque ele fez o que não era para fazer e faz na sua frente e nem se desculpa, é horrível.” A17*

Matumoto, et al (2005) em relato de uma experiência de supervisão de ESF no município de Ribeirão Preto-SP, como fator facilitador para construção de uma “grupalidade” nas equipes e de um projeto coletivo de produção de cuidados, destaca alguns pontos cegos ou “pontos de cegueira”, tais como: lidar com a divisão social e técnica do trabalho em saúde; a pouca habilidade e experiência dos supervisores com relação ao trabalho de apoio e de estímulo ao crescimento do outro (suporte).

Deve-se trabalhar junto às equipes e em momentos apropriados, os conceitos, preconceitos e pré-concepções do grupo em relação aos usuários, ao seu trabalho e as relações que são desencadeadas por esse conjunto de crenças e valores e o pouco traquejo que se tem por medo para se exercitar a auto análise e o auto conhecimento.

Os estudos empíricos confirmam os desdobramentos que as modificações introduzidas pelo PSF no contexto do trabalho em saúde apresentaram e da

necessidade de se investir nos efeitos negativos da baixa competência social, pois se expressam como dificuldades interpessoais, francamente desfavoráveis às resoluções de problemas no ambiente de trabalho (Oliveira, Spiri, 2006; Fortuna, Mishima, 2005, Matumoto, Fortuna, Mishima, Pereira, Domingos, 2004; Scherer, Pires, 2007; Jesus, 2006).

As novas formas de realizar a gestão se entrelaçam com as antigas formas, sendo estas que se destacam no fazer cotidiano, pois os saberes ainda não foram recriados, revelando a necessidade de investimentos no setor e capacitação contínua desses agentes.

É relevante apontar que relações saudáveis e construtivas entre pessoas e grupos sociais “*envolvem três elementos fundamentais: interdependência, aceitação e solidariedade*”, esses elementos se interpenetram, alicerçados em princípios que se traduzem em valores. A **interdependência** envolve autonomia e dependência o que assegura a atração interpessoal, a integração e afiliação. A **aceitação** passa pela disposição de reconhecimento e de reciprocidade do exercício do direito de cada um, poder ser como é. A **solidariedade** envolver a disposição permanente de ajudar, isto é prover algum tipo de recurso ao outro necessário à manutenção de sua condição humana ou social, dispor-se a, disponibilidade na interação, ou seja, ajuda mútua (Del Prette, Del Prette, 2002 p.217).

Estes elementos considerados fundamentais parecem ausentes na prática dos colaboradores, conforme as colocações:

*“...a gente fala uma coisa com o usuário ela fala outra, ela te desautoriza acata o usuário, isso eu não concordo.” L3*

*“voce ficar trabalhando num lugar que querem minar o teu trabalho, porque não querem perder o poder, para não criar conflito, você muda, porque o barco tem que andar,” L1*

*“Nós temos abacaxis, assim entre aspás, então é uma demanda, então eu acho que nesse ponto ela da cobertura a isso, e uma pessoa que da cobertura a equipe.” A 14*

De acordo com Marquis e Huston (2005), a maneira como os gerentes se comunica com os profissionais afeta a atitude de todos em relação ao serviço, pois são os gerentes que tem maior influência sobre eles pela proximidade, e é aquele que causa maior impacto sobre a satisfação dos profissionais. O relacionamento interpessoal positivo entre os profissionais e seu gerente é essencial para criar um ambiente propício ao alcance dos objetivos comuns. Para Marquis e Huston,

O apoio dos líderes, dos gestores e dos administradores, a influência institucional e a interação do grupo de trabalho são elementos capazes de causar um efeito sinérgico sobre a motivação e, conseqüentemente, sobre o clima no ambiente de trabalho (Marquis e Huston 2005, p.362).

Em um contexto, como os de oferecimento de ações de saúde, as questões relacionais devem ser consideradas como fator preponderante pelos seus dirigentes, oferecendo segurança e apoio emocional a sua equipe. Que se assegurem esses como aspectos fundamentais na busca de maior eficiência dos serviços e de respeito à vida das pessoas. (Ribeiro, Padrão, 2005; Bom Sucesso, 2002).

Assim, é relevante que as gerentes e coordenadoras, juntamente, com suas as equipes de saúde busquem a integração como proposta de formação de equipes, com estímulo institucional, pois elas ainda, executam suas atividades de forma desarticulada e fragmentada, decorrendo disso uma insatisfação do trabalhador no trabalho e uma assistência de qualidade comprometida.

**f. Espelho mágico: espelho, espelho meu...**

Por meio do uso deste repertório podemos constatar que para os colaboradores o conhecimento de si e o falar sobre isso são possíveis no contexto do trabalho. Essa possibilidade existe quando as relações estão alicerçadas na confiabilidade, na proteção do auto respeito e na preservação da

auto estima e o que são fundamental para possibilidade de atitude interativas, descritos através dos trechos:

*“..como eu me conheço sei que sou agressiva, mas fui aprendendo na marra, sofrendo muito, e falo muito, falava até mais antes, porque quando a gente é nova, fala mais, né;” V3*

*“Acho que sou muito exigente, sabe, atrapalha um pouco, tipo pulso forte, tinha mania de perfeição, mas muita coisa não tem jeito então tive de mudar, o que facilita por um lado, mas querem que voce faça tudo e isso cria atrito, né, eu digo nos somos cinco equipes, por que tudo eu.” L2*

*“Nunca fiz nada prá cuidar de mim, não dá tempo, a gente se segura como pode porque nem cuidar direito da gente, a gente consegue. O herói vira vilão.” L4*

*“O que dificulta na minha relação com as pessoas é que eu não me ofereço prá nada, mais, quando me pedem ajuda sou solidária, mas não gosto de ser abusada.” A17*

*“Eu tenho paciência para ouvir o outro, muito paciente e até tem gente que fala que eu estou sendo explorado pelos outros. Tenho dificuldade com pessoas agressivas, hostis, mesmo que eu seja paciente. Nunca fiz nada para mim em relação a querer saber sobre isso.” L3*

O olhar sobre si, o cuidar e investir em si mesmo, causava uma surpresa, um estranhamento para alguns colaboradores. Quando percebiam que estava sendo solicitado a falar sobre o seu auto cuidado, sobre o quanto se gostavam respondiam como um como? Pois gerava um “espanto”, como se refletisse no espelho essa auto-suficiência com contornos mágicos. Isso é que dava a medida do alheamento de si como pessoas passíveis de receberem cuidados.

A mudança de posição tinha um impacto inicial forte sobre os entrevistados. O estar consciente de si e do contexto que o rodeia para algumas pessoas é doloroso, assim o alienar-se no outro, no outro que precisa, minora o seu próprio sofrimento, mas o faz momentaneamente, necessitando-se de outros reforços.

Assim, é necessário o autoconhecimento dos desempenhos sociais expressos nas interações sociais a que o individuo estar exposto para o reconhecimento de si mesmo. Esse conhecimento assegura a possibilidade de mudanças e cuidado para consigo. Ellis (2000, p.48) define “auto cuidado como atenção física, mental e espiritual consigo mesmo, de modo a maximizar o seu potencial.” Ele

proporciona motivação pessoal, o que aumenta a autoestima e a autoeficiência. Espinosa (1998) afirma que,

é inevitável em qualquer relação interpessoal, o conhecimento pessoal que o profissional tenha acerca de suas crenças, valores, necessidades, sentimentos e emoções, para não se “com-fundir”, não fazer interpretações distorcidas, nem se projetar no que deve ser a percepção do outro ou do usuário. **No âmbito da relação interpessoal**, o instrumento mais valioso para o profissional é a sua própria pessoa (Espinosa 1998, p. 127).

Há necessidade de estímulo e incentivo para que essa aprendizagem de interações ocorra. O sujeito humano nasce com potencialidades para o relacional e deve desenvolvê-la. Este desenvolvimento, no entanto não ocorre sem a presença real do outro. Mesmo em contextos sociais, seja no trabalho, na escola ou em qualquer, a interação deve ser mutuamente estimulada para que possa ser construída. No distanciamento interpessoal, no isolamento e/ou na recusa, as relações não são passíveis de estruturação.

A relação existente e necessária, entre os sujeitos humanos em um dado lócus de trabalho, por sua própria natureza, articula diversas dimensões dos seres humanos e por conter, o setor saúde, processo de trabalhos distintos com diferentes profissionais, com vistas a um objetivo compartilhado dentro de um contexto histórico, traz em si uma delicadeza para a abordagem da intersubjetividade presente nas relações interpessoais.

Um ambiente estimulante e que desperte a motivação interior das pessoas deve, além de satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência digna, estar baseado em algumas premissas: confiança, respeito à opinião dos trabalhadores, reconhecimento, desafios e oportunidade de aprendizado e valorização do trabalho. Essas premissas atendem assim as outras categorias de necessidades: sociais, estima e auto-realização (Pereira, Favaro, 2001; Oliveira, Spiri, 2006). O que se revela nas falas:

*“Eu não tenho dificuldade com ninguém, o que eu falo para um falo para todos. Gosto de objetivos claros e sou transparente. Falo que ninguém*

*precisa ser amigo, mas tem se respeitar. Não gosto de deixar nada acumular.” P1*

*“Acho que sou assim, muito tranqüila disponível, reconheço quando err,o não me acho superior a ninguém. Procuo trabalhar com respeito ao próximo, se abrir exceção para alguma coisa será sempre negociada. Peço e aceito ajuda. A quem ache que o medico é superior., não tenho essa visão de mim. Já vivi em lugares que tinha poucos médicos e sei o peso da responsabilidade. B2*

*“Eu falo muito alto e incomoda algumas pessoas que se afastam de mim. Mas sou alegre e detesto falsidade.” A8*

*“Eu não sei muito como sou, acho que as pessoas que pode falar mais, né. Não gosto muito de gente que fala muito, pois me deixa nervoso. Respeito muito e não tenho muito atrito com ninguém.” A10*

O trabalho em pequenos grupos aponta a necessidade de habilidades de supervisão e monitoramento das atividades e outras interações relacionadas ao processo produtivo, que exigem competências em requisitos como os de observar, ouvir, dar e receber *feedback*, descrever, pedir mudanças de atitudes, perguntar e responder a perguntas, entre outras (Fish, 1994; Moscovici, 2003; Del Prette, Del Prette, 2002). Os direitos interpessoais correspondem à aplicação na interação social, dos direitos humano básicos, entendendo-se que eles são válidos para todos

Considerando as relações interpessoais construtivas como importantes para um cuidado humanizado, um relacionamento pessoa-pessoa, respeitada em suas diferenças o que predispõe ao sentimento de acolhida e de acolhimento ao outro. A aceitação, isto é, manter-se aberto ao outro em sua singularidade, disponível a experiência do outro, permite percebê-lo. Pois, estar receptivo e responsivo ao outro, são atos do cuidar, suporte do diálogo com o outro no exercício cotidiano da enfermagem, da saúde e do viver humano

Assim, participação, partilha, comunicação efetiva, compartilhamento, cooperação, solidariedade, empatia, assertividade, diálogo, responsividade, compromisso, autocontrole, responsabilidade, são palavras-chaves que conferem qualidade aos relacionamentos desenvolvidos no contexto do trabalho e, para Leitão et al (2006 p.885, destaque nosso), “a força e a fonte geradora dessas

*características relacionais está na **aceitação do outro como um ser legítimo na convivência.***”

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao percorremos a trajetória proposta para este estudo ele nos conduziu a pontos importantes que perpassam as relações interpessoais no contexto do trabalho e mais especificamente nas UBS e nas ESF, apontadas como estruturas basilares do PSF voltado pra ações de atenção básicas no setor saúde. Buscamos explorar a dimensão relacional existente no trabalho em saúde baseada na perspectiva do construcionismo social.

Como norteadores destaca-se para este estudo alguns pontos essenciais, tais como: a socialidade e a historicidade como características fundamentais do trabalho humano. O contexto histórico, com novas tendências em relação ao trabalho, seja de complexidade, autônomo, coletivo e intelectualizado, com solicitações para o trabalhador de: capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomadas de decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e enfrentar situações em constantes mudanças (Deslandes, 2004; Castilho Sá, 2001)

Pela natureza humana do objeto de trabalho no contexto do trabalho em saúde, sua matriz é a relação entre indivíduos. Os seus fazeres se dão na interação colocada em ação por duas pessoas, mediada pelos saberes e subjetividades postas na inter-relação. Desta forma, o trabalho em saúde *“configura-se, simultaneamente, como ação produtiva e interação social”* (Schraiber et al, 1999).

É a participação com êxito em interações sociais a *“principal habilidade da nossa espécie”*, considerando que o ser humano desenvolve grande parte de seu comportamento dentro do ambiente social e, por isso mesmo deverá obter um

repertório capaz de gerar interações satisfatórias e compatíveis com o ambiente no qual estar inserido (Thomas, Grimes, 1994).

Nesse sentido a relação interpessoal construtiva é aquela em que estamos conscientes do outro e da situação, exercitando a empatia, implica em autoconsciência das nossas comunicações e responsabilidades sobre ela, ou seja, de uma **atenção interpessoal**, o que demanda a reciprocidade do outro (Yalom, Leszcz, 2006).

Além disso, depreende-se das atividades investigadas que o uso dos recursos facilitadores para o desenvolvimento de relações mais harmônicas (equilíbrio entre as tarefas e o social emocional dos profissionais) no processo de trabalho em saúde pouco ou nada são utilizadas, as reuniões de equipe, reuniões mensais, reuniões de comemorações e o acolhimento. Um dos fatores determinantes para a sua ausência é o excesso de trabalho, o volume de atividades realizadas cotidianas e no momento dos encontros formais do trabalho – a reunião.

A análise dos discursos baseada na perspectiva construcionista social possibilitou identificar seis repertórios interpretativos: **(a)** espaço da reunião: o lugar do encontro das diversidades sociais; **(b)** Vivências com os usuários: os momentos de choques de visão de mundos; **(c)** trabalhar em equipe: Falar é fácil, fazer é que são elas...; **(d)** As relações interpessoais e o desencontro entre a organização de trabalho e os trabalhadores; **(e)** os gerentes e os integrantes da ESF: o espaço existente; **(f)** espelho mágico: espelho, espelho meu...

O uso dos repertórios permitiu justificar e legitimar as práticas sociais das relações interpessoais nas construções interacionais no contexto do trabalho da ESF, de diferentes maneiras, porém, houve um predomínio na responsabilização de caráter individualista abstraída dos contextos sociais e anulada no do trabalho, o qual é parcialmente isentado de suas responsabilidades. Os

desempenhos sociais para a interação com o outro na construção de projetos comuns no cotidiano do trabalho são vividas de formas particularizadas.

Não podemos em nenhum instante esquecer a violência simbólica, as práticas sutis de controles e os preconceitos que por meio das repetições subliminares leva os seres humanos a abdicar de sua humanidade. Temos que o indivíduo encontra-se ali para trabalhar, assim as interações sociais e o como elas se processam, se destacam, apenas quando são impeditivas para “o fazer” dessas atividades. Portanto, os atores são as ações, as atividades, as tarefas, não quem as realiza nem quem as utiliza. Observamos a centralidade das atividades não dos indivíduos em interações para consecução de objetivos compartilhados.

Acreditamos que as particularidades que foram encontradas nesse estudo, poderão contribuir para nortear proposições para os serviços de saúde e na formação de profissionais do setor saúde. Todavia, estamos conscientes da importância de novas construções sobre os fazeres e dizeres das práticas relacionais no contexto do trabalho em saúde e em particular, no contexto do trabalho em equipe, com atitudes corajosas para transformar as práticas do cuidado humano.

No entanto, é na rede de relações conformada entre os trabalhadores de saúde – agentes – num dado serviço, que se constrói a prática em saúde, essas construções demandam tempo e exposições a situações de aprendizagens formais ou informais, para que sejam assimiladas. Ao mesmo tempo, as pessoas nos seus espaços de trabalho são construídas por essas práticas e pelas relações que estabelecem uns com ou outros, e por esta razão, suas concepções sobre o cuidado e sobre o sentido do trabalho em equipe são fundamentais para se definir a organização dos processos de trabalho nos serviços (Fortuna, 1999, 2005; Leite, Vila, 2005).

O investir na construção de relações mais harmônicas entre os componentes das equipes de trabalho em saúde dispostas num espaço delimitado da organização

de trabalho, implica na busca de relações interpessoais produtivas com conexões amplas de habilidades sociais que eles já possuem e praticam, mas nem sempre de maneira autoconsciente, apropriada e valorizada. Essas mudanças podem gerar um clima organizacional mais construtivo, encorajador de proximidade e formação de compromissos (Muchinsky, 2004).

Buscar mudanças no sistema como um todo implica em trabalhos desenvolvidos com segmentos específicos desse sistema e em especial com os gerentes e suas equipes, Concomitante, se faz necessário a criação de espaços de educação permanente para capacitar os profissionais não tão somente nas questões técnicas, mas nas habilidades sociais e relações humanas, para a construção de equipes coesas e auto-responsáveis por seus integrantes e estimulados por uma gerencia democrática que envolva as equipes nas tomadas de decisões; com adoção de políticas que tenham como objetivo a melhoria das condições de trabalho, incentivos motivacionais e administração dos serviços de forma eficiente.

Que possa reconhecer o trabalho enquanto historicidade e que sua expressão se reflete em encontro, sempre em parte inacabado e permeado por antagonismos. O trabalho se conforma como terreno de conflitos e interesses diversos: **o técnico - científico** que confere efetividade aos objetivos econômicos e sociais, por meio da construção e combinação de saberes; **os filosóficos** no sentido de entendimentos de como os seres humanos fazem sua história, de como sujeitos que se criam e se recriam pelo trabalho; e **os políticos**, por constituir-se de saberes não neutros, gerados dentro da história do trabalho e detentores de poder de transformação, visando estratégias e políticas de desenvolvimento de riquezas pela permanência de um **“viver em comum”** e na promoção ou abandono da noção de **“bem comum”**. Portanto, no trabalho se entrelaçam três dimensões: a técnica - científica, a filosófica e a política que se expressa nas relações que entre si estabelece os sujeitos humanos inseridos em contextos históricos (Yves Schwartz 2003, p.22),

Todavia, a literatura administrativa e organizacional não trata diretamente do tema. Ele aparece indiretamente, apenas citado, pouco explicitado. De acordo com Leitão et al (2006, p.32), o tema do relacionamento interpessoal,

aparece implícito em diversas teorias e no estudo das emoções. Aparecem em teorias de grupos, liderança, motivação, decisão, conflito e mudança ou dissociando o interpessoal do inter organizacional, com enfoque predominantemente instrumental.

Assim, como uma teoria geral, as relações humanas, foram tratadas como uma justificativa ideológica da estrutura institucional vigente, voltadas para os problemas de ajustamento dos indivíduos e esquivando-se do trato dos conflitos, com um caráter extremamente técnico e instrumental, esvaziada da sua dimensão emocional e humana, o que gerou um estado de aversão e falsificação dentro das estruturas organizacionais (Moscovici, 2001).

Foi a partir de 1980, que os estudos organizacionais e psicológicos, começaram a se deslocar para o enfoque da interação entre indivíduos e seus contextos, ou seja, uma visão relacional e dinâmica, dentro de contextos éticos, preocupados com a dignidade humana e implicações socioambientais. O processo histórico econômico contemporâneo, para Leitão et al (2006)

foi de deterioração das relações humanas, especialmente, no contexto do trabalho e a razão que tornou hegemônico o capital, sufocou a dimensão emocional e tornou a perversão à forma privilegiada dos relacionamentos humanos em uma sociedade que instrumentaliza seus indivíduos (Leitão et al 2006, p.32 ).

O trato dos relacionamentos interpessoais de maneira instrumental como forma de dominação sobre o trabalho, gera resultados limitados e perversos, tanto ao bem estar dos indivíduos no trabalho, quanto à produtividade. Portanto, é de vital importância buscar elevar o nível de qualidade nos relacionamentos entre todos que trabalham nos serviços e nas organizações, com maior empenho, pois tanto as competências técnicas como a interpessoal são essenciais nas diversas etapas do processo de trabalho em todos os setores produtivo e mais especificamente no setor saúde.

Considerando o trabalho em saúde, como trabalho relacional que envolve relações interpessoais próximas, que movimentar conhecimentos, saberes e afetos, nesse processo dinâmico, produz e reproduz subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade, necessita de profissionais e trabalhadores para o desempenho desse cuidado interacional como afirma Mishima (2000), que se apresente como “**gente**” e que se reconheçam como pessoas humanas.

Finalizando, é importante colocar que embora, tenha se passado mais de 20 anos da promulgação do SUS e mais de 10 anos de implantação do PSF em Belo Horizonte, aonde temas sobre organizações dos serviços de saúde, sua estrutura e as formas de gerenciamento do processo trabalho, vem sendo propostas, criticada, analisadas para a melhoria da qualidade de atendimento nos serviços de saúde, este estudo mostra que pouco avanço houve e que as relações entre os profissionais continuam frágeis, precárias e difíceis.

Assim, daremos continuidade a essa temática com investimento em atividades de pesquisa e extensão procurando aprofundar sobre as competências sociais dos profissionais da saúde e criação de espaços para o desenvolvimento das habilidades sociais para melhoria das relação interpessoais.

Vários autores enfatizam a importância sobre o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho e sua influência na dinâmica de produção e consumo de atos de saúde, pois elas são permeadas pelos esforços despendidos pelo homem, que precisam ser coordenadas com vistas a um propósito comum (Ayres 2006; Merhy, 1997), portanto vale um esforço para que as instituições públicas e os profissionais de saúde bem como os órgãos formadores nesta área, se empenhem em debruçar sobre esta temática buscando soluções inovadoras para minimizar esta problemática.

## REFERÊNCIAS

- Abreu LO. Munari DB. Queiroz ALB. Fernandes CLS. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2005. mar-abril. 58 (2):203-7
- Almeida MI. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá. 2003. jul-des. 25(2):227-35
- Araújo MBS e Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2007.12(2): 455-64.
- Ayres JRJM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, SF (org.) Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006.
- Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. 7(2):349-61.
- Barbosa ECV. Rodrigues BMRD. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. Acta Scientiarum Health Sciences. Maringá. 2004. 26 (1):205-12.
- Barembliitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 1986. 295p
- Barreto SSP. Santos MN. Neves JA. Pereira EI. (Des)Conforto de trabalhadores de Enfermagem: uma questão de (in)justiça social. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2003 nov-dez; 56(6): 615-18.
- Bauman Z. Amor Líquido – Sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
- Benedito GAV. Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da equipe saúde da família. Rev. Bras Enferm. Brasília. 2007. maio-jun. 60(3):312-6
- Benevides R e Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo. Interface-Comuni. Saúde, Educ. 2005. 9(17): 389-406
- Bom Sucesso EP. Relações Interpessoais e qualidade de vida no trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2002. 200p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: resolução no. 196-96. Brasília: 1996. 12p.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundswall e Santa Fé de Bogotá. Brasília. 1996. 43p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar. Brasília, 1997a Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997b.

Brasil, Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Secretaria das Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; Brasília, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento do PSF 2001. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Material utilizado em apresentações oficiais por técnicos do Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2002

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo técnico da PNH. Brasília. 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 76p. [Portaria GM 699. 2006].

Bulgacov YLM. Gestão da Aprendizagem: “Novas” formas de controle do comportamento humano na literatura gerencial. PSI - Rev. Psicol. Social Institucional. Londrina. 2000, dez. 2(2): 177-96

Caballo VC. Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento. 1ª. Reimpressão. São Paulo. Santos, 2002

Caldero ARL. Miasso AI. Conadi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. Ver Eletrônica de Enfermagem. [internet] 2008; 10(1):51-62. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1d05.htm>. Acesso em 10 dez.2008..

Camelo SHH. Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. Ver. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro. 2007. out-dez. 15(4):502-07.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhi, EE, Onocko, R. (org.) Praxis en salud: un desafio para lo publico. São Paulo. Hucitec. 1997. p 229-66

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999. 4 (2):393-403.

Campos L. Wendhausen A. Participação em saúde: Concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto e Contexto Enferm*. Florianópolis. 2007. abr-jun. 16(2): 271-9.

Castilho Sá M. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001. 6 (1):151-64.

Cechinel MP. Lopes GT. Oliveira ACH. Camacho KG. As relações sociais entre os diferentes sujeitos da monitoria acadêmica em um centro biomédico. *Ver Enferm*. UERJ. Rio de Janeiro. 2005 13:51-56.

Ciampone MHT. Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras Enferm*. Brasília. 2000. dez 53:143-47. (n. especial)

Clot Yves. Vivre em flux tendeu: um nouveau paradigme industriel? In: Deluiz, N. Mudanças no mundo do trabalho e Necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde. Texto apresentado a Reunión de La Red Latinoamericana de técnicos em Salud. OPAS/OMS, 3-5 setembro. 1997

Clot Yves. *A Função psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

Coelho TCB. Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Publica*. Rio de Janeiro. 2005. 21(5)

Codó ALP. Cooperação versus colaboração: conceitos para o ensino de enfermagem em espaço virtual. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília. 2006; set-out. 59 (5):373-40.

Collet N Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 mar-abr 12 (2):191-7.

Cordeiro H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial no SUS. *Cadernos de Saúde da Família* 1. 1996. p 10-15.

Correa I. Vivências do profissional de saúde diante do familiar da criança internada na unidade pediátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte. EEUFMG 2005 jul-set; 9 (3): 237-41.

Costa AMM. Carmo GP. Feliciano LS. Pinheiro, MA. Souza, MA. Interdisciplinaridade na Equipe de Saúde da Família. [Especialização] Projeto Veredas saúde da família. Escola de Enfermagem. FM. FO. UFMG. 2003, 52p

Cyrino APP. Organização tecnológica do trabalho na reforma das praticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primaria à saúde. [Dissertação de Mestrado] São Paulo. Faculdade de Medicina USP. 1993

Del Prette ZAP Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999

Del Prette ZAP Del Prette A. Psicologia das relações interpessoais – Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

Del Prette ZAP Del Prette A. Habilidades Sociais: desenvolvimento e aprendizagem. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003

Del Prette ZAP Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais na infância. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005

Deluiz N. Mudanças no mundo do trabalho e Necessidades de qualificação de trabalhadores de saúde. Texto apresentado a Reunión de La Red Latinoamericana de técnicos em Salud. OPAS/OMS, 3-5 setembro. 1997.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):7-14.

Dusasault Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e exigências. RAP. Rio de Janeiro. 26(2), 1992

Ellis LL. Have you and your staff signed self-care contracts! Nursing Management. Mar. 2000, 31(3):47-48 In: Marquis BL e Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Felli VEA. Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. (org). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Ciência &Saúde Coletiva. 2004. 9(1): 69-76.

Ferreira BC. Almeida AM. Rasesa EF. Sentidos do diagnostico por câncer de mama para casais que o vivenciaram. Interface Comunicação Saúde Educação. 2008. out-dez 12(27): 863-71.

Fisch MAP. Supervisão Clínico-institucional e atuação do psicanalista. Revista Percurso. São Paulo. Nº. 1, 1994:97-103.

Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades: em busca do desejo, do devir e de

singularidades. [dissertação] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP; 1999.

Fortuna CM. Mishima SM. Matumoto S. et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-am.Enferm. 2005. mar-abril. 13(2):262-68

Fracolli LA. e Egry EY. O processo de trabalho de gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? Rev. Latino-Am. Enferm.Ribeirão Preto. 2001. set. 9(5).

Franco TB. Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999. Águas de Lindóia: APSP; 1999.

Franco TB. Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Brasília; Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns!temas!tribuna!psf!to.htm>. Acessado em 15 nov. 2008

Gaíva MAM. e Scochi CGS. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACEN. Ano 08. maio. 2002.

Gergen KJ. Realities and relationships. Cambridge: Harvard University Press. 1997

Goleman D. Inteligência Emocional. Rio de Janeiro. Objetiva. 1995, 370p

Goleman D. Inteligência Social: O Poder das Relações Humanas. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier. 2007, 438p

Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1988.

Guanaes C. e Japur M. Construcionismo Social e Metapsicologia: Um diálogo sobre o conceito de Self. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 19(2), mai-ago., 2003, p.135-43.

Goulart FAA. Experiências em Saúde da Família: Cada caso é um caso. [Tese] Rio de Janeiro. FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Publica. 2002. 386p

Goulart FAA. Municipalização: veredas - Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro/ Brasília: Abrasco/ CONASEMS.1996.

Hoga LAK. Félix CCP. Baldini P. Gonçalves RC. Silva TRA. Relacionamento Interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação das puérperas. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACEN. Ano 08. maio, 2002.

Hennington EA. Contribuições da ergologia para refletir sobre a gestão dos processos de trabalho e a humanização em saúde. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Ibáñez T. O "giro lingüístico", In: L. Iñiguez. Manual de análise do discurso em Ciências Sociais. Petrópolis: Vozes 2004, p. 15-50

Iñiguez L. Construcionismo Social, In: Martins JB (org.) Hammouti ND. Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social. São Carlos: RiMa. Curitiba: Fundação Araucária. 2002 p. 96-157

Iñiguez L. La psicología social em la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: XII Encontro Nacional da APRAPSO, Porto Alegre. 2005

Japur M. Alteridade e Grupo: Uma perspectiva construtivista social. In: Simão LM. & Mitjans-Martínez (orgs) O outro no desenvolvimento Humano – Diálogos para a pesquisa e a prática profissional em Psicologia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2004, p. 145-171

Jesus DSS. A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família. [dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem – UFMG. 2006. 93p.

Kanaane R. Comportamento Humano nas Organizações – O homem rumo ao século XXI. São Paulo. ATLAS, 1994. 110p.

Katzenbach JR. Smith, OK. The wisdom of teams. Boston. Harvard Business School Press, 1993

Lacaz FAC. Cortizo CT. Alves MD. Junqueira V. Santos APL. Santos FS. Gomes JÁ. Gestão do trabalho e tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Laurenti C. e Barros MNF. Identidade: questões conceituais e contextuais. PSI – Rev. Psic Social e Institucional. Londrina. 2000. jun. 2(1).

Leitão, SP. Fortunato, G. Freitas, AS. Relacionamentos Interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. RAP, 2006 set./out. 40(5); 883-907.

Leite JCA. O trabalho da Enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade. [dissertação] Belo Horizonte. Escola de Enfermagem da UFMG. 2001. 234p

Leite MA. Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-am. Enferm. 2005. mar-abr. 13(2):145-50

Levcovitz E. Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família, 1996 jan-jun; 1:3-8.

Lima VA. Smeke ELM. O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Lucca E. Competência social em crianças portadoras de deficiência mental. [dissertação] Curso de Psicologia. PUC. Campinas, 1994.

Malvezzi S. Psicologia Organizacional – da administração científica à globalização: uma história de desafios. In: Machado CC. Melo M. Franco V. e Santos N. Interfaces da Psicologia. V 2, Actas do Congresso. Inter. Universidade de Évora, 1999.

Marquis BL. Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 4ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.

Martins MIC. Dal Poz MR. A qualificação de trabalhadores da saúde e as mudanças tecnológicas. Physis: Rev Saúde Coletiva. Rio de Janeiro 1998; 8(2):125-146

Masson L. Brito J. Athayde M. Grimberg P. O trabalho relacional de Auxiliares de enfermagem em uma unidade neonatal: Análise do ponto de vista da atividade. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Matos E. Pires D. Teorias Administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006. jul-set, 15(3):508-14

Matumoto S. Fortuna CM. Mishima SM. Pereira MJB. Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface – Comunic. Saúde, Educ. 2004 set-fev. 2005. 9 (16):9-24.

Medeiros LC. O papel do enfermeiro hoje. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 1997. abr-jun. 50(2):275-90

Melara SVG. Beccaria LM. Carta A. Contrin LM. Motivação da equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Arq Ciência Saúde. 2006. jul-set;13(3): 62-70

Mello RP. Silva AA. Lima MLC. Di Paolo AF. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. Psicologia & Sociedade. 2007. 19(3): 26-32

Mendes EV (Org.). A organização da saúde no Brasil. São Paulo. Hucitec.1998

Mendes EV. Brasil. In: Sistemas de salud y reformas: Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES/ FLACSO. 2000

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos cefor, 1 – Série textos).

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizarem o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, (org) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p117-160

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, EE. & ONOCKO, R, (org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p 71-112.

Minayo MCS. (Org). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo. Hucitec. 1999

Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. In: Seminário de Estudos do Programa de Apoio à Reforma Sanitária, 1. 1990. Rio de Janeiro. ENSPFIOCRUZ, 12p. mimeo.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. 269p.

Mishima SM. Villa TCS. Silva EM. Gomes ELR. Anselmi ML. Pinto IC. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP. & Rocha SMM. (Org) O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Mishima SM. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova! Uma perspectiva do trabalho gerencial. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2000; jan-abr. 24(54):66-74.

Moscovici F. A organização por trás do espelho – reflexos e reflexões. 2ed. Rio de Janeiro. J.Olímpio. 2001

Moscovici F. Equipes dão certo – A multiplicação do talento humano. 8º. ed. Rio de Janeiro. J. Olímpio; 2003

Muchinsky PM. Psicologia Organizacional. São Paulo. Thompson; 2004

Nogueira RP. Santana PJ. Gestão de recursos humanos e reforma do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. Workshop HWS, França, 2000. Disponível em URL: <http://www.observatoriorh.org/esp/gestion.html> [2008 set 15].

Offe C. Capitalismo desorganizado. São Paulo. Brasiliense, 1989.

Offe C. Trabalho & Sociedade. Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da sociedade do Trabalho. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1991.

Oliveira BRG. Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev. Latino-Am Enferm. 1999 dez.7 (5): 95-102.

Oliveira BRG. Collet N. Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-am Enferm. 2006. mar-abril. 14(2): 277-84.

Oliveira EM. Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006. mar-abril. 40(4): 727-33.

Paro VH. Administração Escolar: introdução crítica. 3ª. ed. São Paulo. Cortez; Autores associados, 1988. p. 17-54.

Pedrosa JIS Teles, JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2001. jun. 35(3): 303-311.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: A interface entre Trabalho e Interação. [Tese] Campinas. UEC. Faculdade de Ciências Médicas. 1998.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 2001. 35(1): 103-9

Peduzzi M e Ciampone MHT. Trabalho em equipe e Processo grupal. In: Kurcgant P. (org). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2005: p108-24.

Pereira MCA. Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. Ribeirão Preto. 2001. 9 (4):7-12.

Piancastelli CH. Faria HP. Silveira MR. O trabalho em equipe. In: Santana JP (org) Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2000. p. 13-15

Pimentel MO. Reflexão numa abordagem psicanalítica das representações oferecidas pelo enfermeiro sobre si e sobre a enfermagem. [Dissertação de Mestrado] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais. 2001 351 p.

Pimentel MO e Carvalho DC. Reflexão na abordagem psicanalítica das representações do enfermeiro sobre si e sobre a enfermagem. Rev Bras Enferm. Brasília. 2006. nov-dez.; 59(6): 780-6.

Pinho, MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciência & Cognição Rio de Janeiro. 2006. no.18:68-87

Pinto JP. Ribeiro CA. Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. Rev. Latinoam Enferm. 2005 jan-mar;10(1).

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo. CNTSS – CUT, Annablume, 1998. 254p.

Pires D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, MT. (org.) O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis. UFSC-PPGE. Papa-Livros. 1999

Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. Rev Baiana de Enferm. Salvador. 2000. abr-out. 13(1-2):83-92.

Quitana P. Roschke MA e Ribeiro EC. Educación Permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: Haddad, Q. J. et al. Educación Permanente de personal de Salud. Washington: OPAS, 1994.

Rasera EF & Japur M. Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2001. 12(1): 201-209.

Rasera EF. Guanaes C. Japur M. Psicologia, Ciência e Construcionismo: Dando sentido ao self. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2004. 17(2): 157-165.

Rasera EF & Japur M. Problema e Mudança em Terapia de Grupo: Descrições Construcionistas Sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2005. jan-abr. v.21(1):33-41.

Rasera EF e Rocha RMG. Sentidos sobre a pratica grupal no contexto de saúde publica. Psicologia em Estudo. Maringá. 2010. jan-mar. v.15(1):35-44.

Rey, FLG. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira. 2002

Ribeiro EM. Pires D. Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004. mar-abril. 20 (2):438-46

Ribeiro MR Rasera EF. O idoso e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. Psicologia & Sociedade. 2008. abr-jun. 20 (3): 425-433.

Ribeiro MILC. Pedrão LJ. Relacionamento Interpessoal no nível médio de enfermagem. Rev Bras. Enferm. Brasília. 2005. maio-jun. 58(3):311-5.

Ribeiro SFR. O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do programa saúde da família na organização do trabalho. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. 2006. 162

Rolim KMC. Pagliuca LMF. Cardoso MVLML. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. Rev. Latino-am Enferm. Ribeirão Preto. 2005. maio-jun. 13(3):432-40.

Rosa WAG. Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Ver. Latino-am. Enferm. 2005. nov-dez. 13(6):1027-34

Rose R. Inventando nossos eus. In: Silva TT. (org). Nunca fomos humanos – nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autentica. 2001. p. 139-204.

Santos AML e Reis OE. A dinâmica das relações interpessoais no cotidiano do trabalho da equipe de saúde e a problemática da dependência química. O mundo da Saúde. São Paulo, 2001. ano 25, jul-set. 25(3): 277-80

Santos NR. Algumas questões na implantação do novo modelo gerencial para o SUS. Depto. Medicina Prev. e Social. FCM-UNICAMP. Fev. 1997. mimeo.

Sardi S. O poder do diálogo. [Entrevista a Marcelo Galli] Rev. Filosofia Ciência & Vida. n. 30, 2008: 6-12.

Scherer M e Pires D. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Schraiber LB. Peduzzi M. Sala A. Nemes MIB. Castanhera ERL. Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva. 1999. 4 (2):221-42.

Schwartz Y. Trabalho e Saber. Trabalho & Educação. 2003b. 12 (1):21-24.

Senna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev Bras. Enferm. Brasília. 2007. mar-abr. 60 (2):221-4

Secretaria de Estado da Saúde - MG. Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte: SES; 1997.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde Belo Horizonte: A946 org. Turci, MA. http Comunicações, 2008.

Silva ACB e Athayde M. O ponto de vista da atividade para compreender a gestão do trabalho presente na estratégia saúde da família. In: I Simpósio sobre Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde. Belo Horizonte. 2007

Silva IZQJ. Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - Comunic. Saúde, Educ. set2004-fev2005. 9(16):25-38.

Silvério MR. e Patrício ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 12(1): 2007. 239-46.

Sousa MF. A Cor-Agem do PSF. São Paulo: Hucitec. 2001.

Souza MH. O futuro tecido no presente. Revista Brasileira de Saúde da Família: nov. 1999. p 7-9.

Spink MJP. Gimenes MGG. Práticas discursivas e produção de sentido: Apontamento metodológico para a análise de discurso sobre a saúde e a doença. Saúde e Sociedade. 1994. 3(2): 149-69.

Spink MJP. Medrado B. Produção de sentidos cotidianos: uma abordagem teórico-metodológica para análise das praticas discursivas. In: Spink MJP (Org.) Praticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61

Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Ciência &Saúde Coletiva. 2006. 11(1):45-51.

Tendler J. Bom governo nos trópicos: Uma visão crítica. Brasília/ Rio de Janeiro: ENAP/ Revan Editora; 1998

Thomas A. Grimes J. Best Practices in School Psychology. University Press of New England. London, 1994.

Trad LAB. e Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1998 14 (2): 429-435.

Valentim IVL. Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciência &Saúde Coletiva. 2007. mai-jun. 12(3):777-88

Vanderlei MIG. Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2007.12 (2):443  
Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV. (org.) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p 155-172

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo. Hucitec. 1999.

Viana ALD. Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. Rio de Janeiro Abril; 1998.

Viana ALD. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In: S. Gerschman e MLW Vianna. (org) A miragem da pós modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p 201-210

Viana ALD. Projeto Avaliação do Programa de Saúde da Família: IV Relatório Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2000

Viana ALD. Heimann LS. Oliveira RG. Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002. 18 (Suplemento):139-51.

Wilson JM. *A liderança Zapp. Estratégias para liderar organizações através de equipes energizadas*. Rio de Janeiro. Campus. 1995. 297p.

Witt RR. Almeida MCP. Araújo V. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para a atenção à saúde. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Online] 5.3 2006 Available: <http://www.uff.br/objenursing/viewarticle.php?id=734&layout=html>. Accessed: 19 dez. 2006

World Health Organization. WHO. *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1984.

World Health Organization. WHO. *The World Health Report 1999: Making a difference*. Geneva: 1999.

Ximenes Neto FRG. Sampaio JJC. Gerentes do território na estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. Bras Enferm.* Brasília. 2007. 60 (6):687-95.

Yalow Irvin D. Leszcz Molyn. *Psicoterapia de Grupo - Teoria e Prática*. 5ª. ed. Porto Alegre. Artemed. 2006: 528p.

## ANEXO 1- PARECER DO CEP/ SMSA

**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**  
**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

**Parecer: 0055.0.410.000-09A**

**Pesquisadora Responsável:** Marta de Oliveira Pimentel

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 28 de agosto de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “*Desenvolvimento de habilidades sociais; as relações interpessoais na equipe de saúde da família na perspectiva do construcionismo social*”, bem como seu termo de consentimento.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

  
\_\_\_\_\_  
Celeste de Souza Rodrigues  
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

## Apêndice 1 - CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Resolução nº 196 de 10 outubro 1996, segundo Conselho Nacional de Saúde.

Concordo em participar da pesquisa:

**Título:** “As relações interpessoais da Equipe de Saúde da Família na perspectiva do construcionismo social”

### Objetivos:

- Analisar a dinâmica interacional na construção de lugares sociais a partir dos quais os integrantes da ESF e gerentes buscam sustentação para o trabalho em equipe, mapeando o repertório interpretativo.
- Identificar práticas sociais – mecanismos e linguagem em uso – que contribuem para interações sociais /relações interpessoais positivas no trabalho em equipe.

A pesquisa a ser desenvolvida consiste na Tese de Doutorado realizada junto a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. É de autoria e responsabilidade de Marta de Oliveira Pimentel, e está sob orientação da Professora Doutora Suely Itsuko Ciosak.

Fui esclarecido sobre os seguintes procedimentos da pesquisa: observação aleatória das atividades da ESF (registro em instrumento próprio) e participação em entrevista que será gravada.

Fui informado pela pesquisadora de que:

A participação é voluntária e que terei plena liberdade de recusar essa participação;

Poderei a qualquer momento desistir de participar sem que isso possa acarretar qualquer problema;

Garantia de anonimato e tratamento sigiloso das informações obtidas;

Garantia de que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes junto à instituição em que será realizado o estudo;

A pesquisa será posteriormente publicada em periódicos científicos.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa:

Marta Pimentel  
Pesquisadora responsável  
Av. Alfredo Balena, 189/405/407  
Bairro Santa Efigênia  
CEP.: 30.130-100  
Tels: 31- 3202-1189 – 3411-3743 - 9911-0785  
e-mail: [martapimentel@terra.com.br](mailto:martapimentel@terra.com.br)

SMSBH  
Av. Afonso Pena, 2336 - 9ª andas  
Bairro Funcionários  
CEP.: 30.130-908 - BH - MG  
Tel. 31 – 3277-5309  
Fax 3277-7768  
e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

## APÊNDICE 2 INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA No. \_\_\_\_\_

Código:

Data:

H. Início:

H. término:

Tempo em min.:

### 1ª. PARTE:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Filhos:

Categoria Profissional:

Nível de escolaridade:

Cursos de Pós-graduação:

Tempo na SF:

Tempo na UBS/CS:

Tempo na ESF:

Capacitação na SF:

Carga horária de trabalho na SF:

Outro vínculo de trabalho:

### 2ª. PARTE:

1. Como foi sua trajetória profissional até vir trabalhar na SF.
2. Qual a visão que você tem acerca da SF.
3. O que é para você “trabalhar em equipe”.
4. Você teve treinamento introdutório para o trabalho na ESF.
5. Descreva as atividades desenvolvidas na UBS que para você favorecem a interação da equipe.
6. Descreva as atividades desenvolvidas na UBS que inibem ou dificulta a interação da equipe.
7. Descreva como ocorrem para você as relações entre o gestor e a ESF, e entre os integrantes da sua equipe.
8. Relacione aspectos que para você facilita a sua interação com o outro.
9. Relacione aspectos que para você dificulta a sua interação com o outro.
10. Você já realizou e/ou participou de alguma atividade sistemática para desenvolvimento de suas habilidades sociais/crescimento interpessoal (Quando e onde).

**APÊNDICE 3 FICHAS OBSERVACIONAIS**  
**(Atividades Integrativas da ESF)**

**Situação Observada:**

**Data:**

**Hora:**

**Observador:**

**Local:**

**Componentes da atividade:**

**Preparação inicial:**

**Desenvolvimento:**

**Pontos de Destaques:**

**Conclusão:**