UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de
saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas
necessidades de saúde dos usuários e da população

Marina Peduzzi

São Paulo
2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de
saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas
necessidades de saúde dos usuários e da população

Marina Peduzzi

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para o
concurso de livre-docência junto ao
Departamento de Orientação Profissional

São Paulo
2007

Capa: Wassily Kandinsky, Movimento I, 1935.

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

Peduzzi, Marina.

Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. / Marina Peduzzi. – São Paulo, 2007.

247 p.

Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1. Serviços de saúde(gerenciamento) 2. Assistência ao paciente(serviços de saúde) 3. Recursos humanos(enfermagem) 4. Trabalho em grupo(serviços de saúde) I. Título.

À Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
(em memória)

Para Graziella e Milena com amor

Agradecimentos

Aos colegas do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com quem compartilho mais de perto o trabalho acadêmico cotidiano, pelo apoio e estímulo.

As colegas do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP com quem compartilho, em especial a realização da pesquisa principal à qual o estudo que resultou na tese de livre-docência está vinculado, Daisy Maria R. Tronchin, Maria Madalena Januário Leite e Vera Lúcia Mira Gonçalves.

A Maria Rita Bertolozzi pela parceria na representação da Escola de Enfermagem da USP junto ao Conselho Diretor do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa da Faculdade de Medicina da USP e também pelos intercâmbios nas atividades de ensino e de pesquisa que desenvolvemos na unidade.

As demais colegas da Escola de Enfermagem da USP

A Maria Helena Trench Ciampone e a Maria Luiza Anselmi que carinhosamente leram partes da tese, me assinalando que poderia continuar no caminho escolhido, e por todos os demais momentos de apoio e de troca sobre a vida acadêmica.

A Lilia Blima Schraiber com que há tempo tenho a oportunidade de compartilhar o trabalho acadêmico e aprender muito, a quem recorro quando sou invadida por cruciais questões e dúvidas teóricas, conceituais e sobre as intervenções e possíveis inflexões das práticas de saúde.

A Jose Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pelo aprendizado que representa a oportunidade de participar do Grupo de Estudo sob sua coordenação, sobre hermenêutica, em especial os debates sobre Jürgen Habermas.

Aos gerentes que concordaram em participar da pesquisa e me conceder parte do seu precioso tempo, contribuindo de forma especial e decisiva na elaboração do estudo.

A Maria Angélica Crevelim pela sua importante contribuição na descrição do campo de pesquisa.

Aos bolsistas que participaram da coleta de dados, categorização e outros momentos do desenvolvimento da pesquisa principal à qual este estudo está vinculado “Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados”, Carina Pinto Braga, Débora Antoniazzi Del Guerra, Fabiana Santos Lucena, Gustavo Felinto, Márcio Góes Casarin e Paula Cruz Eiras.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Gestão de recursos humanos da perspectiva do processo de trabalho em saúde e enfermagem”, em especial às alunas e ex-alunas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP.

A Andréia Roma da Costa que colaborou na elaboração do Memorial e a monitora Lívia Giubilei Santos que me acompanhou na revisão de todos os documentos, a colaboração de ambas foi fundamental para que todas as atividades realizadas ao longo da minha trajetória profissional e acadêmica e seus respectivos comprovantes, fossem incluídas no Memorial.

A Nadir Aparecida Lopes que contribuiu de forma muito especial, com seus conhecimentos sobre o labirinto da rede eletrônica de busca bibliográfica, para encontrar textos preciosos que me ajudaram muito na condução da revisão da literatura e também pela colaboração na orientação bibliográfica

A Ricardo Góes que desenvolve atividades junto a Estação de Trabalho da Escola de Enfermagem da USP da Rede Observatórios de

Recursos Humanos em Saúde e que colabora de forma especial para que todas as atividades da Estação sejam realizadas conforme o esperado, inclusive as pesquisas ligadas a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

A Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde pelo auxílio financeiro para a execução da pesquisa principal a qual este estudo está vinculado.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP pelo auxílio à pesquisa principal a qual este estudo está vinculado

As pessoas, efetivamente, falam umas às outras. Mas, para uma investigação existencial, a comunicação é um enigma e até mesmo um milagre. Porquê? Porque o estar junto, enquanto condição existencial da possibilidade de qualquer estrutura dialógica do discurso, surge como um modo de ultrapassar ou de superar a solidão fundamental de cada ser humano. Por solidão não quero indicar o facto de, muitas vezes, nos sentirmos isolados como numa multidão, ou de vivermos e morrermos sós, mas, num sentido mais radical, de que o que é experienciado por uma pessoa não se pode transferir totalmente como tal e tal experiência para mais ninguém. A minha experiência não pode tornar-se directamente a vossa experiência. Um acontecimento que pertence a uma corrente de consciência não pode transferir-se como tal para outra corrente de consciência. E, no entanto, algo se passa de mim para vocês, algo se transfere de uma esfera de vida para outra. Este algo não é a experiência enquanto experienciada, mas a sua significação. Eis o milagre. A experiência experienciada, como vivida permanece privada, mas o seu sentido, a sua significação torna-se pública. A comunicação é, deste modo, a superação da radical não comunicabilidade da experiência vivida enquanto vivida.

Paul Ricoeur - 1976

RESUMO

PEDUZZI M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. [tese de livre-docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2007

Estuda-se o trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde, com o objetivo de analisar suas concepções sobre o tema e sua percepção sobre o modelo de organização do trabalho e sobre os instrumentos utilizados na promoção do trabalho em equipe. Trata-se de pesquisa qualitativa com caráter compreensivo e interpretativo, com base no referencial teórico dos estudos do processo de trabalho em saúde, na teoria do agir comunicativo, na gestão comunicativa, na integralidade da saúde e no trabalho em equipe de saúde. A coleta de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada com 21 gerentes centrais de serviços de saúde públicos de uma região do município de São Paulo, tendo-se analisado o material empírico segundo a técnica de análise de conteúdo com base no quadro teórico. Os resultados mostram quatro diferentes concepções sobre trabalho em equipe: com elaboração e problematização do tema, sem elaboração e problematização do tema, equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo e trabalho em equipe estritamente como instrumento do trabalho médico. Só um pequeno número de gerentes apresenta uma reflexão sobre o trabalho em equipe relacionada ao modelo de atenção integral e à integralidade da saúde, os mesmos que mostram uma prática de gerenciamento de equipes na qual utilizam de forma consistente um amplo elenco de ferramentas que permite constituir e consolidar equipes de trabalho articuladas ao projeto institucional. De modo geral, nos serviços onde se encontram esses gerentes, há relatos de trabalho em equipe – nos demais, prevalece o trabalho individualizado por profissional.

Descritores: recursos humanos em saúde; recursos humanos de enfermagem; equipe de assistência ao paciente; gerência de serviços de saúde; trabalho

ABSTRACT

PEDUZZI M. Teamwork in health care from the perspective of health services managers: possibilities of communicative practice guided by the health needs of the users and the population. [thesis] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2007

Teamwork in health care is studied through the perspective of health services managers, aiming at assessing their points of view on the issue and their perception on the model of work organization, and on the instruments used to encourage teamwork. It is comprehensive and interpreting qualitative research, based on the theoretical reference of the studies on health work process, in the theory of communicative action, communicative management, in the entirety of health, and in teamwork in health care. Data collection was performed through semi-structured interview with 21 central health care managers in a region of the city of São Paulo, assessing the empirical material according to the technique of content analysis based on the theoretical picture. The outcomes show four different ideas on team work: drawing up and problematizing the theme, not drawing up and problematizing the theme, similarity between teamwork and collective work, and teamwork only as an instrument of the medical work. Only a small number of managers present a reflection on teamwork related to the full attention model and to the entirety of health, these are the same that demonstrate a practice of team management where they use consistently a vast array of tools that enable forming and consolidating work teams articulated with the institutional project. Generally speaking, in the services where these managers are, reports on teamwork are found – in the other services, the prevalence is work individualized by professionals.

Key words: human resources in health; nursing human resources; patient care team; management in health services; work

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Introdução	12
Objetivo geral.....	15
Objetivos específicos	16
Capítulo 2 - Referencial Teórico	18
2.1 Processo de trabalho em saúde	18
2.2 Intersubjetividade e prática comunicativa	34
2.3 Processo de trabalho em saúde e modelo assistencial	41
2.4 Gerências de serviços de saúde	44
2.4.1 Diferentes enfoques da gerência.....	48
2.4.2 A gerência no contexto dos serviços de saúde	52
2.4.3 A gerência em saúde como processo de trabalho específico e como instrumento do processo de trabalho em saúde	64
2.4.4 Gestão do trabalho	69
Capítulo 3 - Trabalho em Equipe de Saúde.....	74
3.1 Gênese da concepção de trabalho em equipe de saúde	74
3.2 Revisão da literatura nacional e internacional	82
Capítulo 4 - Metodologia	101
4.1 Tipo de estudo	101
4.2 Campo de estudo	102
4.3 Caracterização dos trabalhadores de saúde da região de estudo	108
4.4 Sujeitos de pesquisa.....	113
4.5 Procedimentos de coleta de informações	114
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	116
4.7 Procedimentos de análise	116
Capítulo 5 - Resultados e Discussão	119
5.1 Perfil dos gerentes de serviços de saúde estudados.....	119
5.2 Concepção dos gerentes sobre trabalho em equipe de saúde	122
5.3 Organização do trabalho nos serviços estudados, segundo a percepção dos gerentes	146
5.4 Instrumentos da gerência para promover o trabalho em equipe.....	173
Capítulo 6 - Síntese	209
6.1 O trabalho em equipe de saúde como possibilidade da prática comunicativa orientada para o trabalho.....	209
Referências	219
Anexos	237

Capítulo 1 -Introdução

O tema central desta investigação é o trabalho em equipe de saúde, analisado, em especial, da perspectiva de gerentes de serviços de saúde.

Como estratégia de recomposição dos trabalhos especializados que integram o variado elenco de profissionais necessários para a abordagem integral dos usuários dos serviços, o tema requer abordagem múltipla, de diferentes perspectivas: dos profissionais que compõem a equipe e executam a assistência e o cuidado, dos usuários a quem se destinam o trabalho e a finalidade dos processos e dos gerentes que operam um conjunto de ações e mediações que visam instalar e manter as condições necessárias para a concretização de um dado modelo de atenção à saúde pelos profissionais da assistência como atividade fim.

Desde a sua emergência, nos anos 1960, no bojo do movimento da medicina preventiva, a proposta do trabalho em equipe de saúde ganha crescente destaque, sobretudo com base no reconhecimento da pertinência e da necessidade da abordagem integral da saúde, mas também da complexidade dos serviços de saúde, do aumento da demanda da população pelos serviços e do incremento dos custos do setor. Nesse contexto, são imediatamente observáveis contradições e tensões entre, de um lado, uma nova concepção multidimensional de processo saúde-doença e a correlata integralidade da saúde e, de outro, a busca de racionalização e de controle de custos dos serviços de saúde prestados à população.

De acordo com Schofield e Amodeo (1999), o trabalho em equipe pode ser tratado segundo os três domínios de interesse referidos – com foco nos pacientes, nos profissionais da equipe ou na gerência. Com base em revisão de literatura, os autores observaram que a maioria dos artigos identificados descrevia processos relacionados aos membros da equipe, sobretudo sua capacitação e satisfação com o trabalho, e que a menor produção se referia à gerência.

Lorimer e Manion (1996), Ingram e Desombre (1999), McCallin (2001), Miller, Freeman e Ross (2001), Wachs (2005), Fortuna (1999) e Campos

(1999, 2000a, 2003, 2007) destacam a importância da ação da gerência para a promoção do trabalho em equipe, sobretudo ao compartilhar com clareza o projeto institucional, particularmente a finalidade do processo de trabalho e os objetivos do serviço, buscando assegurar o entendimento e o compromisso das equipes com o projeto. Nesse sentido, é preciso incrementar estudos sobre o trabalho em equipe da perspectiva da gerência tal como se o apresenta aqui.

Espera-se que a equipe de saúde tenha adesão crítica ao projeto institucional, isto é, que se comprometa e envolva com ele, o que, por sua vez, traduz para dentro do serviço a política de saúde e a modelo assistencial proposto na política. Cabe aos gerentes e profissionais de saúde diretamente ligados à assistência e ao cuidado “re-produzirem” a política, com suas diretrizes, e o modelo assistencial, nas ações e intervenções que executam, por meio da interação entre si e com os usuários. O que se quer dizer com “re-produção” de políticas e modelos é que as atividades sejam pautadas na negociação profissional-usuário acerca das necessidades de saúde deste e da população do território, e não na mera reprodução automatizada e alienada de uma proposta tomada como receita.

Entende-se também que a tradução de uma política de saúde para a esfera de organização do serviço de saúde, ou seja, para as ações executadas no cotidiano do trabalho seja, em primeira instância, de responsabilidade do gerente do serviço de atenção à saúde, uma vez que ele não é apenas executor da política, mas re-produtor, no sentido da tradução crítica e pertinente para a população específica do território em que se insere o serviço.

Considerada a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tanto na rede pública como na rede privada conveniada a ela e, em especial, o princípio da integralidade da saúde em qualquer nível de atenção (básica, especializada, hospitalar), uma das ferramentas ou instrumentos de trabalho disponíveis para que os gerentes e gestores possam traduzir a política e o modelo assistencial proposto é o trabalho em equipe de saúde, visto que o processo saúde-doença tem especificidades como a multiplicidade de dimensões intrínsecas ao fenômeno, sua própria complexidade, a complexidade dos serviços de saúde e a intersubjetividade.

Na presente pesquisa, estudam-se a concepção dos gerentes centrais de serviço de saúde sobre o trabalho em equipa, sua percepção sobre a organização do trabalho em equipe ou individualizado por profissional e sua prática de gerenciamento das equipes, em especial, os instrumentos que utilizam para promover o trabalho em equipe.

Com base nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde – um dos referenciais do quadro teórico da pesquisa –, os instrumentos são abordados como componentes do processo de trabalho, junto com o objeto de trabalho, a finalidade e os agentes (Mendes-Gonçalves, 1979, 1992). Como se verá no Capítulo 2, os instrumentos ou ferramentas de trabalho podem ser matérias ou imateriais, tal como os saberes, a comunicação e outros.

Assim, busca-se conhecer tanto as representações dos gerentes sobre o tema – seu entendimento e sua elaboração sobre o objeto de estudo – como a operacionalização dessa concepção em seu processo de trabalho, no cotidiano do gerenciamento dos serviços de saúde.

A primeira delimitação do objeto de estudo – trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde – mostra que se trata de pesquisa sobre o gerenciamento de recursos humanos, com um olhar privilegiando sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, sobre o trabalhador, portanto, um estudo sobre a gestão do trabalho, denominação adotada, a partir dos anos 1990, no país e na América Latina, no já consolidado campo de recursos humanos em saúde, campo de prática e de investigação (Santana, 1997; Cherchiglia, 2004; Pierantoni, Varella, França, 2004).

Para Nogueira (2002), o “trabalho e processo de trabalho” que advêm dos campos da economia política e das ciências sociais constituem relevantes categorias analíticas e interpretativas nos estudos sobre recursos humanos em saúde. A abordagem do trabalho em saúde se inicia nos anos 1970, em duas variantes inter-relacionadas: uma mais sociológica, com as investigações de Donnangelo (1975), sobre o mercado de trabalho médico em São Paulo e outra, mais econômico-demográfica, desenvolvida com base em dados dos censos e dos inquéritos estatísticos nacionais, por Médici (1987), sobre força de trabalho em saúde.

A primeira linha de pesquisa – denominada organização social das práticas de saúde – abrange estudos do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1979, 1992) que representam, desde sua origem até a atualidade, importante abordagem teórico-conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde e gestão do trabalho (Nogueira, 2002; Mota, Silva, Schraiber, 2004).

A partir dos anos 1990, os estudos do processo de trabalho em saúde abordam um conjunto de questões novas, colocadas tanto pelas mudanças do mundo do trabalho – a flexibilização e precarização das relações de trabalho, que acarretam novas formas de regulação realizada pelo Estado e pelo setor privado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho – como por questões peculiares ao campo da saúde no contexto contemporâneo do trabalho – a integralidade da saúde e a autonomia dos sujeitos – usuários e trabalhadores.

Esse novo leque de questões requer a articulação de outras abordagens teóricas, que permitam contemplar mais especificamente as dimensões da subjetividade e da intersubjetividade. O encadeamento desses diferentes enfoques enseja uma abordagem dinâmica de aspectos macro e microsociais, cuja inter-relação é o âmago de um conjunto de questões atinentes aos recursos humanos e à gestão do trabalho como, por exemplo, o trabalho em equipe de saúde.

Assim, o quadro teórico tomado aqui compõe-se de estudos do processo de trabalho em saúde, da gerência de serviços de saúde e da teoria do agir comunicativo.

Objetivo geral

Analisar as concepções e percepções do trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes centrais de serviços de saúde

Objetivos específicos

1. Analisar as concepções de gerentes de serviços de saúde sobre trabalho em equipe multiprofissional.
2. Identificar e analisar o modo predominante de organização do trabalho nos serviços estudados, segundo equipe ou trabalho individualizado por profissional.
3. Analisar os instrumentos de que se vale a gerência para promover o trabalho em equipe.

Ainda a título de introdução, cabe esclarecer a vinculação da presente investigação como subprojeto da pesquisa principal – *Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde: características, levantamento de necessidades e resultados esperados* –, integrados, subprojeto e pesquisa principal, à linha de pesquisa Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e ao Grupo de Pesquisa do Diretório do CNPq Gestão de Recursos Humanos da Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem, liderado pela pesquisadora responsável pelo presente estudo. Ambos, pesquisa principal e subprojeto, tratam de temas do campo da gestão de recursos humanos em saúde, ou gestão do trabalho, em particular do trabalho em equipe de saúde e da educação permanente em saúde, entendidos como instrumentos relevantes da gestão e gerência em saúde para a mudança das práticas de saúde na direção da integralidade.

Aqui se trata do trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes centrais de serviços de saúde de uma região do município de São Paulo.

Quanto à organização da tese, no Capítulo 2, aborda-se o referencial teórico adotado, que compõe os estudos sobre o processo de trabalho em saúde, a intersubjetividade e a prática comunicativa no trabalho em saúde e a gerência de serviços de saúde. Ou seja, as origens, no país, dos estudos sobre o

processo de trabalho em saúde e seus desdobramentos nas categorias necessidades de saúde, tecnologia, saber operante, ou saber tecnológico, e modelos tecnológicos, ou modelos assistências, a intersubjetividade e a interação e sua dialética com o processo de trabalho em saúde, com base na teoria da ação comunicativa, e a gestão e gerência em saúde, sobretudo voltada para os trabalhadores de saúde, o que vem sendo denominado gestão do trabalho.

No Capítulo 3, apresentam-se a gênese do trabalho em equipe de saúde e a revisão da literatura nacional e internacional sobre o tema, na qual se mesclam a abordagem descritiva da produção identificada e sua interpretação à luz do referencial teórico adotado.

O Capítulo 4 mostra o percurso metodológico que, ancorado no quadro teórico, esboça um desenho de pesquisa composto pelo campo de estudo, pelos sujeitos de pesquisa e pelas técnicas de coleta de dados e de análise do material empírico.

No Capítulo 5, dão-se os resultados do estudo, com base na análise do material empírico, à luz do quadro teórico e da revisão da literatura, e seu diálogo com os autores que estudam o tema.

Por fim, o Capítulo 6 traz uma síntese dos resultados da pesquisa, com destaque para as contribuições mais importantes relativas ao objeto e aos objetivos do estudo.

Capítulo 2 -Referencial Teórico

2.1 Processo de trabalho em saúde¹

No Brasil, a origem dos estudos sobre o processo de trabalho em saúde vincula-se à pesquisa pioneira de Donnangelo (1975) sobre o mercado de trabalho em saúde, em particular, sobre a inserção da profissão médica nesse contexto, bem como a seu trabalho posterior, sobre medicina comunitária, em que analisa a prática médica consubstancialmente como prática técnica e social² (Donnangelo, Pereira, 1976). Com base em análise sociológica, a autora introduz recursos teórico-conceituais e metodológicos para a abordagem das relações entre saúde e sociedade e entre prática profissional em saúde e prática social, o que permitiu a crítica da concepção predominante – e ainda hoje vigente – do modo de se executarem as práticas médicas e de outras áreas em saúde, bem como as relações entre os indivíduos envolvidos nessas práticas, que se pretendem independentes da vida social, ou seja, mero resultado do progresso técnico-científico, e de certos constrangimentos externos às profissões como restrições salariais, de acesso a tecnologias e outros (Schraiber, 1997; Nogueira, 2002; Mota, Silva, Schraiber, 2004; Peduzzi, Schraiber, 2006).

É justamente a intervenção efetiva sobre determinado objeto ou necessidade que confere a essas áreas a marca de práticas sociais. Essa interpretação das práticas profissionais em saúde está pautada na concepção sobre práticas sociais

---

¹ Esta primeira parte do referencial teórico está baseada em texto produzido pela autora, já publicado: Peduzzi, M., Schraiber, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (organizadores). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, 2006. p. 199-207.

² Os estudos de Maria Cecília Ferro Donnangelo dialogavam, na época, com outros estudos do campo da Medicina Social, no Brasil e na América Latina, que traziam contribuições baseadas na categoria analítica “trabalho”, dentre os quais se destaca Juan César García, Sérgio Arouca e Asa Cristina Laurell. Ver Nunes (1983; 1989) e Arouca (2003).

como “modos de ação social de um grupo de agentes sociais, tendendo de forma variável à sua integração no conjunto de práticas estruturadas, o que quer dizer também sua participação na constituição de uma determinada forma de organização da sociedade” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 91).

Assim, as práticas sociais são entendidas como práticas constitutivas da sociedade, isto é, não há entre elas e a sociedade uma relação de externalidade. As ações, os instrumentos e as técnicas que configuram cada uma das práticas não se situam fora, acima ou ao lado das questões sociais e das suas conexões com as dimensões política, econômica, cultural e ética das sociedades (Schraiber, 1997). A concepção de prática social está fundamentada na vertente da dialética marxista, portanto, expressa uma perspectiva filosófica que preconiza o princípio da contradição, da totalidade e da historicidade (Demo, 1989; Minayo, 1992).

Os estudos de Donnangelo (1975, 1976) tiveram vários desdobramentos, que constituem importante referencial para o campo da saúde e das diferentes áreas profissionais que o compõe, permitindo uma abordagem abrangente que contempla tanto as especificidades do campo e das áreas como suas relações com os contextos institucionais em que se inserem e os cenários mais amplos – econômico, político, cultural, ecológico e ético – que, articulados, conformam as dimensões macro e microsocial da organização das práticas de saúde.

Nesses desdobramentos, identificam-se duas grandes vertentes: uma dirigida às políticas e à estruturação da assistência, que derivou em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual SUS, e a outra dirigida à análise do mercado de trabalho e das profissões e suas práticas (Schraiber, 1997).

A segunda vertente se desdobra, de um lado, nos estudos da força de trabalho em saúde e, de outro, nos das práticas em saúde como produção de assistência e de cuidados, ou seja, como exercício cotidiano de trabalho em serviços de saúde (Schraiber, 1997).

Os estudos da força de trabalho em saúde contrapõem-se a abordagem funcionalista de recursos humanos e, com base em conceitos peculiares à economia política, introduzem uma análise e compreensão do conjunto de

trabalhadores do setor saúde, bem como das diferentes áreas que o compõe, de uma perspectiva demográfico-social e por variáveis específicas do campo da saúde como condição de autonomia/assalariamento, distribuição geográfica e entre setor público e privado dos trabalhadores, tipos de empregadores privados e outros (Nogueira, 2002).

A análise das práticas como produção de assistência e de cuidado, por sua vez, desdobra-se no estudo do processo de trabalho em saúde que foi desenvolvido originalmente por Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994), discípulo e colaborador de Maria Cecília Ferro Donnangelo.

Mendes-Gonçalves adota a concepção de trabalho desenvolvida por Marx (1994), segundo a qual o trabalho consiste em processo de transformação que o homem opera para atender às necessidades humanas, constituídas histórica e socialmente. Diz-se que originalmente o trabalho humano consiste em processo de mediação entre homem e natureza, pois, embora faça parte da natureza, o homem se diferencia dela por sua ação livre e pela intencionalidade que imprime ao trabalho. A partir do domínio sobre a natureza, o homem produz sua existência sobre a Terra, destacando-se como realidade humana. Assim, o trabalho é um processo no qual o trabalhador põe em ação suas energias físico-musculares e mentais, operando uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos e da finalidade que o orienta na criação de um dado produto ou resultado, que pode se caracterizar como bem material ou serviço (Marx, 1994; Mendes-Gonçalves, 1979, 1992).

O processo de trabalho como categoria analítica – portanto, como abstração teórica por meio da qual se podem compreender certos aspectos da realidade – corresponde a uma estrutura mental básica, constituída por três componentes que devem ser examinados de forma articulada, posto que só na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. Para Marx, “os elementos componentes do processo de trabalho são: 1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (Marx, 1994, p. 202).

Ao aplicar esse conceito à investigação do processo de trabalho em saúde, inicialmente, em particular, ao trabalho médico, Mendes-Gonçalves (1979,

1992) distingue como seus componentes o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade e os agentes. Embora o estudo do processo de trabalho em saúde, bem como o dos processos de trabalho específicos das diversas áreas profissionais que o compõem, tenha tido vários desdobramentos, como veremos adiante, permanece a necessidade de se compreenderem esses elementos, que são a dinâmica nuclear a partir da qual se contemplam outras dimensões do processo de trabalho e do trabalho em saúde.

O objeto de trabalho é o que vai ser transformado por meio da ação do trabalhador, aquilo sobre o que incide sua ação. Contudo, o objeto não está disposto, na natureza ou na vida social, como objeto natural dado, independentemente da ação humana, mas deve ser reconhecido como tal pelo olhar do trabalhador, com base em um saber. Este reconhece no objeto a necessidade que precisa ser atendida e que pode sê-lo por sua intervenção, orientada numa dada direção, que ensejará o produto ou o resultado esperado com referência na necessidade identificada. Portanto, o recorte de um objeto de trabalho pressupõe a existência de um projeto, ou seja, o reconhecimento de uma necessidade, o produto virtual gerado por sua transformação e os meios ou instrumentos através dos quais o homem pode intervir sobre ele. O projeto, por sua vez, pressupõe uma concepção e um saber anterior sobre a necessidade identificada e recortada como objeto.

Assim, dada a relação recíproca entre os componentes do processo de trabalho, observa-se que os instrumentos se constituem na sua relação recíproca com o próprio objeto de intervenção, visto que “o objeto demanda instrumentos adequados e o instrumento só pode ser aplicado aos objetos que lhe correspondem” (Gianotti, 1985, p. 95). Os instrumentos de trabalho ampliam a possibilidade de intervenção sobre o objeto, e isso requer que possam sintetizar as características do próprio objeto e do produto que resultará de sua aplicação. Os instrumentos de trabalho podem ser materiais ou imateriais, tal como os saberes. Estes constituem ferramenta de trabalho na medida em que orientam a ação e fundamentam o recorte do próprio objeto de intervenção, ou seja, das necessidades que dão origem ao específico processo de trabalho. Para proceder à apreensão do objeto de trabalho, o agente do trabalho, trabalhador ou profissional de saúde, opera com um saber, o que lhe “permite compreender que aquela apreensão não se identifica com um processo

meramente intelectual, especulativo ou científico, mas que se desdobra em técnicas materiais e não-materiais que encontram no saber seu fio condutor” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 65).

A finalidade do processo de trabalho refere-se a seu caráter teleológico, ou seja, diz respeito ao fim a que se dirigem as ações ou atividades que compõem o processo de trabalho. Portanto, pode-se dizer que o processo de trabalho consiste em ação dirigida a um fim dado *a priori* e que configura a intencionalidade e a racionalidade que o orienta, presente no projeto que preside e acompanha intrinsecamente o exercício cotidiano do trabalho, no qual o trabalhador executa seu respectivo processo de trabalho.

O processo de trabalho consiste na transformação de necessidades sociais, que estão em sua origem e desencadeiam diversos outros processos de trabalho, cada qual correspondendo a uma necessidade ou a um conjunto específico de necessidades. Nesse sentido, Mendes-Gonçalves (1992) considera a consubstancialidade e a circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde, que, transformados em finalidade, guiam todo o processo de trabalho. Segundo o autor, as necessidades não são naturais, ou independentes da ação humana, disponíveis na natureza à espera de serem descobertas, mas, sim, constituídas no bojo da historicidade e da socialidade humanas. Portanto, não são fixas, mas variam de acordo com as variações sócio-históricas, que incluem os processos de trabalho que lhes correspondem.

E a consubstancialidade entre processo de trabalho e necessidades também implica imediata circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços.

As necessidades de saúde, tal como são reconhecidas numa dada sociedade e período histórico, suscitam os serviços que são prestados e embasam a configuração geral de seu modo de organização e oferta. Contudo, os resultados das ações executadas para satisfazer as necessidades também são reconhecidos como necessidades, visto que são apreendidos com base num consenso social, compartilhado por usuários, trabalhadores de saúde, gestores e outros atores sociais, como modos legítimos e eficazes de satisfazê-las. Assim sendo:

(...) o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta às necessidades, mas imediatamente, “contexto instaurador de necessidades” (...) Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa também criar valores quanto ao “cardápio” das necessidades ou padrão de necessidades na sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las, como conjunto. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através de seu consumo sistemático (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 29-30).

Observa-se que a conexão circular, de mútua influência, entre processo de trabalho e necessidades de saúde – ou, em outros termos, entre produção e consumo de serviços de saúde – implica um processo que reitera tanto as tecnologias e técnicas disponíveis como os valores em que se ancora. Nesse sentido, reitera uma dada conformação social em que se engendraram necessidades e processos de trabalho, caracterizada pela desigualdade, ou seja, pela desigual inserção social dos sujeitos, segundo estratificações e segmentos, que conforma uma efetiva desigualdade das necessidades sociais, incluídas as necessidades de saúde (Campos, Mishima, 2005).

Todavia, para além de reiterar práticas, necessidades e valores consagrados, essa circularidade também abre espaço para a mudança e a “criação de espaços de emergência de novas necessidades” de saúde. Estas correspondem a novas intervenções e formas de organização do trabalho em saúde, que resgatam “valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual dominante de construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996, p. 33). Nessa direção, os autores assinalam três aspectos da organização do trabalho e dos serviços de saúde que situam a esfera de valores que adotam: evitar a redução das necessidades de saúde a processos fisiopatológicos na acepção estritamente clínica, revalorizar a busca da atenção integral, ao mesmo tempo global e tecnologicamente inovadora e instituir a dimensão subjetiva das práticas de saúde como parte da própria inovação tecnológica.

A mudança da dinâmica ensejada pela relação recíproca entre processo de trabalho e necessidades de saúde revela o extenso elenco de atores sociais envolvidos nas práticas de saúde, sobretudo os sujeitos partícipes do

cotidiano do trabalho – usuários e trabalhadores, sejam prestadores do cuidado ou gerentes dos serviços.

Tal como os demais, o agente do trabalho – quarto componente do processo de trabalho em saúde citado por Mendes-Gonçalves (1979, 1992) – só pode ser analisado na sua relação com os outros componentes – objeto, instrumentos e finalidade –, mas destaca-se à medida que a dinâmica intrínseca ao processo de trabalho só é possível pela ação do trabalhador (Peduzzi, 1998).

Nessa dinâmica, os profissionais de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las como buscar criar espaços de mudança em que se possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade da saúde. Assim, embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de constrangimentos e limites, os trabalhadores de saúde – da prestação direta da assistência e do cuidado ou da gerência – não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do projeto e do processo de trabalho, mas podem imprimir-lhe mudanças, com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho.

A dimensão tecnológica foi investigada por Mendes-Gonçalves (1994), com ênfase na categoria *saber*, já apontada antes como instrumento de trabalho imaterial e de caráter intelectual técnico-científico, visto que o trabalhador/profissional de saúde é, em diferentes graus de complexidade, detentor de um saber que fundamenta sua ação e o recorte do objeto da intervenção.

A introdução da análise do processo de trabalho em saúde já permitira distinguir, com consistência e clareza, o exercício profissional em saúde da mera aplicação do conhecimento científico, expondo a articulação da prática profissional às demais práticas sociais vigentes num contexto de bases econômica, política, cultural, ecológica e ética. Mendes-Gonçalves (1994) analisa também a mediação entre ciência e trabalho, por meio da dimensão tecnológica presente no saber operante, ou saber tecnológico, que tem origem “no” e “através do” processo de trabalho em saúde e fundamenta a intervenção profissional, assumindo

uma postura crítica diante da concepção geral de tecnologia, que reduz seu significado ao:

(...) conjunto de instrumentos materiais do trabalho (...) denotando primordialmente sua função técnica nos processos produtivos (...) com a omissão do aspecto essencial desses instrumentos, agora ditos tecnológicos, de só virem a ganhar existência concreta no trabalho enquanto expressarem relações provisoriamente adequadas, estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 15).

O autor considera que, até por motivos etimológicos, não há sentido em se associar tecnologia exclusivamente a instrumentos materiais com uma função técnica, porquanto “tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 18). Assim, adota uma concepção de tecnologia como “conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 32), destacando uma forma particular de conformação da tecnologia, constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. O entendimento do saber como tecnologia é que permite ao autor elaborar a concepção de modelos tecnológicos de saúde, com base no qual analisa as características do processo de trabalho em saúde ou do modelo assistencial na atenção básica, do estado de São Paulo, na década de 1980.

Desde o início, o estudo do processo de trabalho em saúde introduziu a valorização do exame da esfera técnica e tecnológica das práticas de saúde, na medida em que expressam a dinâmica de organização da sociedade e os valores que a sustentam, reiterados no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde através da própria intervenção técnica e tecnológica. O destaque para a dimensão tecnológica – na referida acepção – permite analisar o conjunto de elementos do processo de trabalho implicados na aplicação de equipamentos e saberes, e esta em relação às demais práticas sociais, e não apenas atribuir ao desenvolvimento tecnológico a adoção de novos conhecimentos científicos nas questões técnicas de produção. À medida que amplia a concepção de tecnologia em saúde, essa abordagem revela que as inovações e mudanças não se operam apenas nos

instrumentos ou nos meios de trabalho, mas que há também que se compreender o uso das tecnologias, com destaque para os saberes operantes, com base na rede de relações estabelecidas por elas no interior do processo de trabalho – e sobretudo com a finalidade do trabalho –, bem como com as demais práticas sociais a que se articulam as práticas de saúde.

Essa abordagem enseja a crítica da redução do processo de trabalho em saúde a uma prática exclusivamente técnico-científica derivada da ciência, bem como a das possíveis mudanças das práticas apenas por meio da introdução de novos instrumentos, matérias e não materiais como novos modelos administrativos e gerenciais. Ou seja, as mudanças das práticas de saúde requerem não só outros ou novos instrumentos e meios de trabalho, o que é sem dúvida necessário, mas sobretudo a construção articulada de intervenções que expressem relações entre meios e fins, em particular, visando a finalidade do processo de trabalho, como já se assinalou aqui, orientada pela integralidade, intersubjetividade e interdisciplinaridade da saúde.

Nesse sentido, cabe destacar que as práticas profissionais das diversas áreas que compõem o campo da saúde, influenciadas pela hegemonia da profissão médica, adotam, em grande medida, o saber e o respectivo objeto de trabalho do que se pode denominar processo hegemônico de trabalho em saúde, pautado na clínica como:

(...) a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo. Em outros termos, foi elaborada uma concepção da saúde que está inteiramente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano, e essa concepção mostrou-se capaz de instrumentalizar tecnicamente (e portanto “internamente”) o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que o instrumentalizava socialmente (e portanto “externamente”) (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 66).

Assim, o fenômeno doença e a correlata saúde são apreendidos fundamentalmente nos níveis individual e biológico e, embora outros saberes e práticas profissionais integrem as práticas de saúde, é o saber clínico – e a prática do profissional médico – que desempenha o papel principal na organização e

distribuição dos serviços de saúde. E isso se mantém mesmo considerada, nas últimas décadas, a ampliação do campo da própria clínica, à medida que ela foi estendendo suas áreas de competência e incorporando profissionais, saberes, técnicas e problemas que a tornam muito mais suscetível a avaliação e intervenção coletivas do que antes (Mendes-Gonçalves, 1994).

Vários autores analisam a centralidade da intervenção do profissional médico e a posição periférica dos profissionais das demais áreas no processo de trabalho em saúde (Carapinheiro, 1993; Schraiber, 1993; Lima, Almeida; 1999; Lopes, 2001; Farias, Vaitsman, 2002).

Carapinheiro (1993) analisa a dominância do poder médico nos serviços de saúde, em particular nos hospitais portugueses, ligada à reserva do ato decisório de elaboração do diagnóstico e de escolha do tratamento como núcleo do trabalho médico e monopólio deste, bem como ao capital técnico-científico dos médicos, que é também um capital simbólico que, segundo a autora, constitui o principal recurso de um poder técnico-carismático sobre todos os demais atores sociais da instituição hospitalar. Assim, destaca que as formas de poder médico são nucleares na lógica da produção e distribuição dos serviços hospitalares.

Pesquisa desenvolvida por Lima, Almeida (1999), também realizada em serviço hospitalar, reconhece que o trabalho coletivo está orientado pela racionalidade médica, à qual se submetem todos os profissionais envolvidos na produção de cuidados orientados pelo modelo clínico. Contudo, isso vem acarretando uma crescente fragmentação da assistência e do cuidado, visto que os procedimentos realizados nas unidades de internação envolvem vários trabalhadores em torno do leito, embora cada um deles tenha uma atuação específica e se dedique a um aspecto particular do cuidado especializado ao paciente. Segundo as autoras, as possibilidades de mudança no processo de trabalho em saúde requerem a transformação da racionalidade médica, que deve passar a se orientar pela integralidade da saúde e incluir mudanças também nos âmbitos assistencial e gerencial, com ênfase no trabalho em equipe e na redistribuição do poder.

A fragmentação da assistência e do cuidado em saúde é um problema relevante tanto no que se refere à eficiência dos serviços prestados e à sua

necessária racionalização como à sua eficácia e efetividade, isto é, à sua capacidade de produzir resultados melhores e mais abrangentes. Aliada à já reconhecida complexidade dos objetos de intervenção e dos serviços de saúde, essa fragmentação traz ao centro da cena a temática da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que no trabalho em saúde liga-se à necessidade de se organizarem os serviços em equipes multiprofissionais, ao invés do trabalho individual e isolado de cada profissional.

Embora, como vimos, o trabalho em equipe seja amplamente reconhecido para a saúde, a prática cotidiana dos serviços usualmente reitera a subordinação do conjunto dos profissionais de saúde ao modelo hegemônico biomédico, assim como a subordinação dos profissionais não médicos ao profissional médico, de modo que prevalece uma tradição que obsta a incorporação da interdisciplinaridade na prática multiprofissional e da própria multiprofissionalidade. Mesmo os profissionais que têm uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico tendem a relegar do projeto assistencial/terapêutico os saberes e ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial e comunicacional e, portanto, deixam de incorporar esses saberes à construção de um outro projeto assistencial e terapêutico que atue para a integralidade da saúde, em substituição à racionalidade biomédica (Peduzzi, 1998). Esse aspecto também é explorado por Carapinheiro (1993), ao analisar o saber nuclear biomédico, o saber periférico dos demais profissionais não médicos e o saber profano dos usuários.

Portanto, é preciso compreender a intenção e a racionalidade que orientam o trabalho em equipe de saúde, de modo a distinguir aquele que se fundamenta na tradição biomédica, ancorado na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços, do que se baseia nas necessidades de saúde dos usuários e da população da área de abrangência do serviço, orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde.

Essa distinção requer a análise do processo de trabalho em saúde e dos específicos processos que o compõem, seja em sua dimensão tecnológica e técnica, com ênfase nos instrumentos materiais e imateriais, seja em sua dimensão interativa e intersubjetiva, visto que o trabalho em equipe remete à articulação de

ações de vários profissionais, por meio de sua interação e da interação profissional/usuário (Peduzzi, 1998; Peduzzi, 2002). No trabalho em equipe, a comunicação é intrínseca ao processo de trabalho, pois “por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes” (Peduzzi, 1998, p. 229). Assim, há que se analisar e entender o processo de trabalho em saúde como ação produtiva que leva a resultados que atendam às necessidades de saúde e também como interação social (Peduzzi, 1998; Schraiber et al., 1999).

Considera-se, portanto, que, de um lado, o estudo do processo de trabalho em saúde produz um quadro interpretativo dos diversos arranjos tecnológicos criados ao longo da história de sociedades concretas como formas de produção social e de organização dos serviços de saúde ou, conforme Mendes-Gonçalves (1994), modelos tecnológicos em saúde, que serão tratados mais adiante também como modelos assistenciais.

De outro lado, essa abordagem do processo de trabalho desloca a análise da atividade em si – “a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho”, segundo Marx (1994, p. 202) – para a análise do trabalhador de saúde e as conexões que estabelece com os demais elementos constituintes do processo de trabalho e com os demais agentes e sujeitos do trabalho – outros trabalhadores e usuários ou população da área de abrangência do respectivo serviço de saúde. Assim, os estudos do processo de trabalho em saúde passam a valorizar a presença expressiva de seus agentes, como sujeitos formuladores do saber operante ou do saber tecnológico que fundamenta as ações executadas frente à interpretação das necessidades de saúde trazidas pelo usuário ou pela população e o saber prático que consiste no próprio saber tecnológico, que se testa e se enriquece no exercício profissional cotidiano. Nesse processo, o trabalhador cria inovações em todo ato prático, ao mesmo tempo em que reitera a técnica naquilo que ela tem de estabelecido (Schraiber, 1996, 1997; Schraiber et al., 1999).

A possibilidade de re-criação de todo saber tecnológico na sua concretude cotidiana destaca o espaço de mudança que se coloca em potência para o trabalhador de saúde. Este, além de reiterar a tecnicidade do trabalho, também

reinterpreta e re-cria, na utilização dos instrumentos e em particular no uso dos saberes.

Portanto, por um lado, o trabalho implica uma technicalidade, especificações dos atos técnicos que conferem ao trabalho a capacidade de ser ação repetida por muitas mãos diferentes com alguma garantia do mesmo resultado, ou seja, há uma norma social, uma regra técnica sobre como o trabalho deve ser executado. Não se reinventam, a cada dia, certos procedimentos técnicos tidos como consensuais e tradicionais na saúde, pelo contrário, o êxito, em grande parte, depende do cumprimento rigoroso de algumas regras. A título de exemplo, lembremo-nos de toda a extensa normatização sobre contaminação, assepsia e esterilização de materiais, que se espera ver rigorosamente cumprida, para a proteção da saúde dos usuários e dos trabalhadores.

Por outro lado, o trabalho em saúde não consiste apenas em técnicas e tecnologias consagradas, pois estas não recobrem todas as questões envolvidas na atenção à saúde, um campo de incertezas por excelência. Imprevisibilidade e incerteza integram o trabalho em saúde, pois a aplicação pertinente das regras técnico-científicas decorre do apropriado julgamento e da apreciação do profissional acerca das necessidades trazidas pelos usuários, expressas ou não, ou seja, a boa prática de saúde depende de se ter em conta a “especificidade do caso” (Offe, 1995) e da interação entre profissional e usuário, pois todo ato assistencial e de cuidado em saúde é executado nesse encontro, em que se espera que o trabalhador seja capaz de reconhecer e atuar na esfera da alteridade e da intersubjetividade.

Merhy (1997, 2002) analisa a micropolítica do processo de trabalho em saúde destacando a diferença entre trabalho vivo e trabalho morto, instituinte e instituído, e chama a atenção para a possibilidade de captura que os saberes tecnológicos instituídos podem exercer por referência ao trabalho vivo em ato, dificultando ou mesmo impedindo a autonomia do trabalhador em imprimir mudanças no ato do trabalho, visto que permanece amarrado à lógica do trabalho morto, expressa no saber operante que configura uma modalidade de tecnologia

denominada leve-dura³ pelo autor. Nesse sentido, o trabalho vivo em ato, com sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos aos atos produtivos em saúde, com base nas tecnologias ditas leves, é considerado o lugar central da transição tecnológica, sobretudo no que se refere ao ato de cuidar dos processos produtivos em saúde (Merhy, 2002; Merhy, Franco, 2006).

Fica assim evidenciado que a abordagem das duas dimensões do processo de trabalho em saúde – como ação produtiva e como interação social – permite um duplo movimento, que contempla aspectos tanto macrosociais, com suas estruturas cristalizadas e permanentes por um dado período e configuração histórica da sociedade, quanto microsociais, dos sujeitos – trabalhador-usuário e trabalhador-trabalhador – e de sua dinâmica de interação. Podem-se matizar, por um lado, as influências estruturais, pois os sujeitos atualizam seus projetos imprimindo mudanças às práticas sociais e, por outro, as dimensões dos sujeitos, consideradas as bases matérias e objetivas que os constituem como as técnicas e tecnologias consagradas, as condições de trabalho, o contexto sócio-histórico etc. (Schraiber, 1997, p. 33).

Nesse sentido, vale resgatar a concepção do processo de trabalho como processo de transformação de necessidades humanas e sociais que produz bens e serviços e, simultânea e imediatamente, forma e espaço de socialidade. Só através da interação humana, das relações entre trabalhadores e entre trabalhador e usuário, os trabalhadores se inserem nos processos de trabalho e, ao mesmo tempo, geram produtos, re-produzem as relações sociais e re-produzem a si próprios como trabalhadores e sujeitos sociais (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber et al., 1999).

Em sua obra inicial, Mendes-Gonçalves (1979) busca na socialidade e na historicidade do trabalho em saúde, com base na concepção marxista, a articulação desse específico processo de trabalho à estrutura social. Mas, ao longo de sua investigação e da escola de pensamento (Mendes-Gonçalves, 1995) que ajudou a formar, aprofunda sua leitura da concepção marxista de trabalho numa perspectiva ética e epistemológica, com base em outros referenciais teórico-

---

³ Merhy (1997: 121) classifica assim as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: leves, para as tecnologias de relação como a produção de vínculo, autonomização etc.; leve-duras, para os saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a

filosóficos, que lhe “permitiram trabalhar mais positiva e produtivamente os aspectos dinâmicos e relacionais do trabalho em saúde, necessários para pensá-lo não apenas como estrutura de socialidade mas como prática social” (Ayres, 2002, p. 15). Nessa trajetória, que, segundo Ayres (2002), configura uma guinada epistemológica, o autor é fortemente inspirado pela epistemologia francesa de Bachelard (1984) e Canguilhem (1982) e posteriormente pela epistemologia crítica da Escola de Frankfurt, além de autores como Gianotti (1984) e Heller (1986, 1991), e contribui com desdobramentos do estudo inicial sobre o processo de trabalho e seus elementos constituintes que incluem as categorias *necessidades de saúde, saber operante, tecnologia e modelos tecnológicos de organização da atenção à saúde* (Mendes-Gonçalves, 1992, 1994). Mendes-Gonçalves se aproxima das contribuições frankfurtianas, em especial de Habermas (1994, 2001), por meio da interlocução com seus orientandos Edmundo Gallo, Francisco Javier Uribe Rivera e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, tematizando a razão no sentido comunicacional (Ayres, 1996).

Inicialmente, Mendes-Gonçalves (1995) faz ressalvas à teoria do agir comunicativo, de Jürgen Habermas, mas dialoga com ele, reconhecendo sua fecundidade teórica e prática, sobretudo ao analisar a relação recíproca e dialética entre trabalho e ação comunicativa, dado que o autor aponta como imprópria a mútua exclusão entre, de um lado, razão/ação instrumental/estratégica e, de outro, comunicativa.

Nessa direção, o autor destaca dois aspectos que evidenciam a fecundidade dessa teoria no campo da saúde. O primeiro diz respeito à possibilidade de revalorização radical da dimensão comunicativa de quaisquer ações para promover e conduzir à emancipação, pela “elevação da argumentação racional à condição de valor inestimável enquanto força de pulsação histórica” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 22). O segundo aspecto refere-se à peculiaridade de “trabalhos diretamente comprometidos com a reprodução do ser humano em sua dimensão sócio-histórica”, entre os quais destaca os trabalhos em saúde, educação, comunicação social, arte e filosofia, pois:

---

epidemiologia, a clínica psicanalítica, o taylorismo, o fordismo etc.; e duras, para as normas, os equipamentos, as estruturas organizacionais etc.

Em todos esses casos, a presença de seres humanos como objetos de trabalho implica de modo evidente a contemporaneidade e a interconexão das dimensões teleológicas, normativas, expressivas e comunicativas (...) As possibilidades de práxis construtivista já dadas no interior do trabalhador coletivo em saúde não devem, nesse sentido, ser menosprezadas: é certo que ainda predominam fortemente as dimensões instrumentais e estratégicas no interior das experiências realizadas, é certo também que a instituição da comunicação intersubjetiva emperra em obstáculos objetivos que conhecemos mal, mas é muito significativo que seja exatamente nos momentos em que a dimensão comunicativa consegue melhor se expressar que mais notadamente apareçam, então, os conflitos corporativos, as ameaças à preservação do estatuto social anteriormente obtido e garantido, as divergências acerca dos aspectos parciais do trabalho pensadas em termos de suas finalidades humanas (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 22).

Vê-se que o autor está se referido a experiências de planejamento e gestão em serviços de saúde, que adjetiva como expressão da “fortíssima tradição autoritária e elitista” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 23) dos responsáveis pela organização do trabalho, que tendem a desqualificar e a desconsiderar a alteridade e a intersubjetividade presente no trabalho em saúde. Essa referência particular ao trabalho de gestão e planejamento em saúde fica mais clara no debate que o autor estabelece com Edmundo Gallo, com quem dialoga no papel de orientador e argüidor da Dissertação de Mestrado (Gallo, 1995). Como se verá adiante, a teoria do agir comunicativo inspira e influencia uma importante reflexão sobre a gestão em saúde que também compõe o quadro teórico desta pesquisa.

Assim, o processo de trabalho no exercício cotidiano dos profissionais inseridos em serviços de saúde remete, de imediato, a duas dimensões: a tecnológica e a interativa e comunicacional.

Embora usualmente “a conversa” seja vista como “não trabalho”, percepção que traduz a cisão historicamente constituída entre trabalho e vida social e interação, aqui se argumenta em favor de uma relação recíproca entre trabalho e interação humana e social. Segundo Liedke (1997), a ênfase nos aspectos físicos e utilitários do trabalho como atividade econômica apartada de outras dimensões da vida social e individual como a religiosidade, a organização familiar, a política e a sexualidade é constitutiva da hegemonia cultural burguesa. O trabalho foi incorporado à ideologia burguesa universal independentemente de seu contexto histórico, no entanto, nas sociedades pré-industriais, as atividades de trabalho eram indissociáveis das demais atividades da vida social.

A separação da esfera interativa e relacional, portanto, do humano, valorativo e ético-político da esfera técnico-científica do trabalho em saúde – supostamente objetiva e isenta de valores – tem sido reconhecida como cisão que compromete a boa prática de saúde, na perspectiva de uma intervenção ao mesmo tempo eficaz e ética, assim como compromete o domínio e a prática de conhecimentos e saberes que se ponham a serviço das necessidades de saúde dos usuários/população e da vida social (Schraiber, 1997b).

A abordagem da dupla dimensão do processo de trabalho em saúde – como ação produtiva e como interação social – é especialmente pertinente ao objeto de estudo – o trabalho em equipe multiprofissional da perspectiva dos gerentes de serviços de saúde. Assim, concebe-se a interação entre os profissionais e destes com os usuários não como comunicação alienada do trabalho, mas como algo que o compõe e integra – a comunicação como elemento constitutivo do processo de trabalho em saúde (Peduzzi, 1998, 2001, 2002; Schraiber et al., 1999).

2.2 Intersubjetividade e prática comunicativa

Nesta pesquisa, a dimensão da interação social do processo de trabalho em saúde funda-se na concepção de intersubjetividade (Ayres, 1997, 2001) e na teoria do agir comunicativo de Habermas (2001).

Ayres (2001) faz uma crítica à concepção e ao lugar do sujeito no campo da saúde coletiva, apontando dois núcleos problemáticos de significado implícitos nessa concepção: a idéia de permanência e de mesmice que se imputa a esse sujeito, como se ele fosse sempre igual através dos tempos, e a idéia de produção que vê o sujeito como agente da história, “aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana”. O autor propõe:

(...) com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea
(...) Uma conceituação de subjetividade em que a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar

pela produção de bens. (...) que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos (Ayres, 2001, p. 65).

Quanto à intersubjetividade, Ayres (2001, p. 65) destaca que é ela que constitui a subjetividade, pois é no encontro com o outro, a cada vez e a cada encontro, que a identidade do sujeito é construída e reconstruída, contrapondo-se à idéia de que o sujeito “se faz a si mesmo a partir de uma natureza dada, moldada por um devir voluntário”, pelo qual ele opta de fora da interação intersubjetiva, que o constitui como identidade em permanente reconstrução.

Um dos autores nos quais Ayres (2001, 2002) se inspira e se apóia teórica e filosoficamente é Habermas, em cuja obra encontram-se importantes contribuições que fundamentam a abordagem sobre a constituição dialógica das subjetividades – a intersubjetividade.

Na investigação sobre o trabalho em equipe multiprofissional da perspectiva do processo de trabalho em saúde, destaca-se a comunicação entre os profissionais, sobretudo por constituir o substrato e o veículo por meio do qual se articulam as ações e interagem os agentes – elementos imprescindíveis para a integração das equipes de trabalho. Nesse ponto, converge toda a literatura identificada nas sucessivas buscas e revisões bibliográficas sobre o trabalho em equipe de saúde – é consenso entre os autores que a comunicação é a sua condição *sine qua non*.

Nesse sentido é que a investigação sobre o trabalho em equipe da perspectiva do processo de trabalho em saúde, ao tecer o diálogo de dupla mão entre a teoria e o empírico, levou a incluir Habermas no marco teórico, o que permitiu contemplar a relação recíproca entre trabalho e interação e a articulação entre a dimensão tecnológica e a dimensão comunicativa, que foi se mostrando como constitutiva do objeto de estudo.

É o próprio Habermas (1994) que retoma de Hegel, nas lições de Iena, três tipos de dialética, fundamentais na relação entre sujeito e objeto, ou seja, na busca da auto-objetivação racional: a da linguagem, a do trabalho e a da interação.

Como utilização de símbolos representativos, a linguagem é substrato necessário à interação e ao trabalho:

Como tradição cultural, a linguagem entra na acção comunicativa; pois só as significações intersubjetivamente válidas e constantes, que se obtêm da tradição, facultam orientações com reciprocidade, isto é, expectativas complementares de comportamento. Assim, a interacção depende das comunicações lingüísticas que se tornam familiares. E também a acção instrumental, logo que como trabalho social aparece sob a categoria do espírito real, está inserida numa rede de interacções e depende, portanto, por seu lado, das condições marginais comunicativas de toda a cooperação possível. (...) Certamente, as regras técnicas só se formam sob as condições da comunicação lingüística, mas nada têm em comum com as regras comunicativas da interacção. Não é possível uma redução da interacção ao trabalho, ou uma derivação do trabalho a partir da interacção (Habermas, 1994, p. 30-1).

Com base nos três tipos de dialética, que são heterogêneas, vê-se que a “interacção depende das comunicações lingüísticas que se tornam familiares” e que tanto a dialética da interação como a do trabalho pressupõem a mediação da linguagem. Há, assim, uma relação recíproca, também de caráter dialético, entre trabalho e interação, sendo impossível subsumir uma à outra, mas, sim, reconhecer suas peculiaridades complementares, de mútua influência (Habermas, 1994; Ayres, 1997; Peduzzi, 1998).

Na construção da teoria da ação comunicativa, Habermas parte da teoria da ação social e do conceito de racionalidade de Max Weber, que indica o predomínio, na modernidade, da racionalidade dirigida a fins, cujo *telos* é a dominação do mundo a serviço de certos interesses humanos. Segundo Habermas, Weber também supõe, embora não muito claramente, a distinção entre relações sociais orientadas e mediadas por uma trama de interesses e outras mediadas por acordos normativos, às quais denomina, respectivamente, ações orientadas para o êxito e ações orientadas para o entendimento (Habermas, 2001). As primeiras dirigem-se a fins prefixados e concretos, para os quais o ator elege meios que parecem adequados numa situação dada e toma como efeitos colaterais do êxito quaisquer outras conseqüências previsíveis da ação. Essas ações podem ser instrumentais, quando têm base em regras técnicas, ou estratégicas, quando fundadas em regras racionais que permitem um certo grau de influência sobre as decisões do interlocutor ou dos interlocutores. As ações instrumentais podem estar ligadas a

interações sociais e as estratégias representam, elas mesmas, ações sociais. Nas ações comunicativas, os participantes se orientam pela busca do entendimento, de modo que perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus planos de ação se possam coordenar com base numa compreensão compartilhada da situação (Habermas, 2001). A ação comunicativa difere da estratégica porque esta pode – e deve – ser tomada de forma fundamentalmente monológica, sem levar em conta o outro ou as possibilidades que ele enseja (Habermas, 1994).

Para melhor esclarecimento da teoria do agir comunicativo, cabe reiterar que a comunicação é mediada pela linguagem e destacar que Habermas parte do pressuposto de que, embora possa haver comunicação com base numa racionalidade instrumental ou estratégica, a linguagem traz implícito um *telos* comunicativo – ela está orientada para a ação comunicativa e para a busca do entendimento. O autor também fundamentou sua análise na teoria dos atos de fala, ou atos de linguagem, de J. L. Austin, que distingue, em cada enunciado, atos locucionários (algo é dito), atos ilocucionários (o locutor faz algo ao dizer) e atos perlocucionários (atos de fala produzem efeitos por serem ditos), de modo que nenhum ato de fala se reduz ao que é dito, mas é também ação (Habermas, 2001; Ricoeur, 1976).

Segundo Habermas, nossa capacidade de comunicação tem um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam ao falar uma língua. O autor sublinha que a competência comunicativa não se deve apenas ao domínio de regras gramaticais, pois, ao falar, o sujeito se põe em relação com o mundo objetivo que o cerca, com os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos. Com isso, introduz um importante elemento de sua teoria, que consiste na validação intersubjetiva da comunicação, referida a três planos: a verdade proposicional, a correção normativa e a autenticidade expressiva. Assim, os interlocutores estão sempre estabelecendo reciprocamente pretensões de validade acerca do que é dito. Para que se mantenha o diálogo, é preciso, em todo o transcurso da comunicação, compartilhar acordos quanto aos regimes de validação através da argumentação e da intelecção (McCarthy, 1995).

A verdade proposicional expressa a correspondência do que é dito com a realidade, ou seja, a proposição de enunciados é intersubjetivamente aceitável como expressão da realidade, o que permite ao ouvinte assumir e compartilhar o que diz o sujeito que fala. A correção normativa permite aos interlocutores estabelecerem uma relação interpessoal que podem considerar legítima, porquanto compartilham o enunciado do ponto de vista ético, moral e político. Finalmente, a autenticidade expressiva faculta aos interlocutores que estabeleçam uma relação de confiança, posto que reconhecem que as opiniões, intenções, sentimentos e desejos expressos são sinceros e autênticos (Habermas, 2001).

Coloca-se, portanto, um sistema formal de referência que constitui três mundos distintos, complementares e mutuamente referidos, nos quais se apóiam as pretensões de validade: o mundo objetivo, o mundo social e o mundo subjetivo, que expressam, respectivamente, o estado das coisas, as normas sociais e o mundo subjetivo. Este último permite distinguir o mundo externo não só do nosso próprio mundo interno, mas também dos mundos internos e subjetivos dos demais envolvidos no diálogo. A ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas as três dimensões, articuladas pelo mundo da vida (Artmann, 2001).

O conceito de mundo da vida é um complemento do conceito de ação comunicativa e se refere a um horizonte comum formado por convicções mais ou menos difusas mas não problemáticas, com base no qual se entendem os sujeitos envolvidos na interação. O mundo da vida acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas e, portanto, consiste num acervo de padrões de interpretação culturalmente transmitido e lingüisticamente organizado. Compõe-se de três elementos estruturais – cultura, sociedade e personalidade – e se reproduz simbolicamente na prática comunicativa cotidiana (Habermas, 2001; McCarthy, 1995).

As relações cotidianas se pautam no agir e na razão comunicativa que transcorre com base nas convicções compartilhadas do mundo da vida, mas, evidentemente, as pretensões de validade podem não se cumprir ou pode surgir um desacordo; nesses casos, a problematização de algum aspecto dos enunciados leva os interlocutores a outras formas de comunicação, sobretudo à forma estratégica. No

entanto, os sujeitos envolvidos também podem recorrer à argumentação para recompor a modalidade comunicativa, colocando-se em situação de discurso.

Segundo Habermas (2001), o discurso é uma forma de comunicação que se impõe quando é preciso resgatar uma situação de consenso em que os indivíduos compartilham o mesmo pano de fundo do mundo da vida e reconhecem reciprocamente as pretensões de validade dos atos de fala enunciados pelos envolvidos. Com base no discurso, busca-se a discussão das pretensões de validade sobre os enunciados que se tornaram problemáticos e a recomposição de um consenso entre os sujeitos envolvidos que permita recuperar a validade acerca dos proferimentos, das normas em que pautam os sujeitos e da autenticidade de expressão dos interlocutores.

Além de distinguir trabalho e interação, Habermas (2001) também distingue o “marco institucional de uma sociedade”, que se compõe de normas que orientam a ação simbolicamente mediada pela linguagem, dos “subsistemas de ação racional dirigidos a dados fins inseridos na sociedade” (McCarthy, 1995, p. 58). Assim, para Habermas, também existe uma dialética entre o mundo da vida e o sistema, respectivamente sob o marco da racionalidade comunicativa e sob o da racionalidade técnica, o que, segundo Siebeneichler (1989), permite identificar duas formas de integração: a social, que segue a via das orientações que os agentes colhem do mundo da vida, e a sistêmica, produzida pelos modos estratégicos de se orientarem as conseqüências da ação. Com base nessas categorias, Habermas diagnostica, na sociedade contemporânea, um avanço da racionalidade técnica, ou do sistema e dos subsistemas, sobre o mundo da vida, ou seja, uma colonização das ações instrumentais e estratégicas em esferas da vida que deveriam ser orientadas pelo agir comunicativo.

Retomando o trabalho em equipe multiprofissional da perspectiva dos gerentes de serviços de saúde, sua configuração se expressa imediatamente na dupla face – trabalho e interação social –, pois, como se viu, a comunicação entre os componentes da equipe e destes com os usuários é condição *sine que non* da própria equipe, dada a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde. Assim, esse trabalho consiste, de um lado, na ação racional teleológica dirigida a um fim, caracterizada

predominantemente como instrumental e estratégica, e, de outro, na interação social, ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que devem ser entendidas e reconhecidas pelos interlocutores, pois são compartilhadas de forma intersubjetiva (Habermas, 1994, 2001).

Nesse sentido, a comunicação e a interação podem se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração dessa equipe e a recomposição dos trabalhos especializados, tanto quanto o trabalho em equipe pode ser considerado um dos princípios organizadores do trabalho em saúde, junto a outras idéias reguladoras como a integralidade da saúde (Schraiber, 1990; Mendes-Gonçalves, 1994; Campos, 2003; Mattos, 2003, 2004), o cuidado em saúde (Ayres, 2001, 2004, 2006) e a centralidade do usuário e da população de referência, que Franco e Merhy (2003) denominam trabalho usuário centrado, o que permitiria à gerência constituir um eixo em torno do qual promova o trabalho em equipe integrado. Nesse caso, a relação entre trabalho e agir comunicativo se assenta sobre o compartilhamento da correção normativa e do horizonte constituído pela integralidade, pelo cuidado e pela primazia dos interesses e das necessidades de saúde dos usuários e da população de referência (Artmann, Rivera, 2003).

A correção normativa que remete aos valores e normas sociais que subjazem aos enunciados permite situar o horizonte normativo em que se colocam os sujeitos envolvidos na comunicação:

[Horizonte normativo] entendido como uma inescapável referência ética e moral que orienta qualquer formação discursiva, e que, especialmente nos discursos que visam à regulação da vida social, é levada a condição problemática, isto é, reclama ativamente processo de validação intersubjetiva, de legitimação social (Ayres, 2005, p. 550).

As necessidades e os interesses dos usuários e da população do território destacam-se tanto pela natureza intersubjetiva do trabalho em saúde como pela especificidade do trabalho do gerente em saúde, no qual, no enfoque adotado aqui, cabe a mediação entre os projetos técnico e político. Nesse sentido, se o gerente do serviço pautar seu trabalho na ação comunicativa, mediada pela linguagem, deve levar em conta tanto as relações entre os trabalhadores quanto as relações destes com

os usuários e a população de referência do serviço. Embora se destaque a comunicação entre os trabalhadores das equipes e do serviço, a intersubjetividade e a prática comunicativa sempre dirão respeito, irredutível e simultaneamente, aos trabalhadores e aos usuários.

2.3 Processo de trabalho em saúde e modelo assistencial

Quando se fala nas concepções que fundamentam o processo de trabalho em saúde e cada processo específico das diversas áreas profissionais que compõem o campo da saúde, não se alude à dimensão individual dessas concepções, como se cada trabalhador decidisse por si o que fazer, mas às representações sociais que refletem uma tradição consolidada no campo da saúde. Ou seja, tanto as concepções sobre o processo saúde-doença quanto o modo de operacionalização do processo de trabalho pelos profissionais de saúde são condicionados e expressão dos sucessivos contextos mais ou menos imediatos em que se encontram, de modo que é preciso apreender simultaneamente as condições concretas em que se desenvolve o trabalho. Estas dizem respeito tanto à dimensão macrosocial do modelo de organização da sociedade quanto, num plano microsocial e mais imediato do cotidiano do trabalho, às políticas de saúde e ao modelo assistencial (Peduzzi, 2002).

No Brasil, a organização sanitária se originou no início do século XX e desenvolveu-se de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária e liberal, de outro, o que motivou, ao longo das décadas, uma série de debates, consolidados a partir da segunda metade dos 1970, no movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento não se limitou a elaborar propostas racionalizadoras para o setor da saúde, mas formulou a reorganização das práticas de saúde em consonância com o processo de democratização da sociedade e da própria prestação de serviços de saúde – o que viria a culminar com o reconhecimento, incorporado à Constituição Federal, da saúde como *direito de todos e dever do Estado*, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, com base nos princípios da descentralização, regionalização, universalização do acesso, equidade, integralidade da atenção à

saúde, participação e controle social. Nesse contexto, a partir de meados dos anos 1980, impõe-se uma reflexão teórica sobre modelos assistenciais e o desenvolvimento de modelos de atenção alternativos (Paim, 2002).

De modo geral, concebem-se modelos assistências segundo a forma com que o Estado e os serviços de saúde se organizam para a produção e a distribuição de ações de saúde, portanto, como expressão das políticas de saúde. Nesse sentido, os modelos assistenciais estabelecem intermediações entre o técnico e o político, como uma dada concretização de diretrizes da política sanitária em diálogo com um certo saber técnico (Campos, 1992; Campos, 1989, 1994).

Visto pela ótica do processo de trabalho em saúde que preconiza, o modelo assistencial se expressa como a própria dimensão técnica e tecnológica das práticas de saúde na organização social da produção de serviços, isto é, como modelo tecnológico (Mendes-Gonçalves, 1994) do modo operatório da estruturação institucional das práticas em saúde. Dito de outro modo, para além da oferta de serviços em rede com diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, o modelo assistencial, ou tecnológico, de saúde, expressa também o conjunto estruturado de processos de trabalho para a intervenção sobre a saúde e a doença de usuários e da população de referência dos respectivos serviços (Schraiber, 1990).

Dessa perspectiva, os modelos assistenciais são combinações tecnológicas para responder aos problemas e/ou necessidades de saúde, individuais e coletivas, em determinados espaços e populações, incluindo ações sobre o ambiente, equipamentos comunitários, usuários e grupos populacionais (Paim, 1999, 2002, 2006).

As concepções de modelo assistencial que foram apresentadas permitem apreender uma dupla qualidade – tecnológica e ético-política – dos modelos assistências, imbricada e com influência mútua, pois sempre expressam um projeto político que é também tecnológico. Essas dimensões se articulam, instaurando, na atenção à saúde do país, dois modelos que, segundo Paim (1999), convivem de forma contraditória ou complementar: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista. O primeiro voltado fundamentalmente para a chamada demanda espontânea, orientado pela lógica do mercado, que acarreta

desigualdade de acesso dos consumidores de serviços, com privilégios para a população de maior poder aquisitivo e centrado na assistência médica individual, com base no saber da clínica anatomopatológica (Campos, 1994; Paim, 1999). O segundo modelo voltado para o conjunto da população, mas orientado pelas campanhas sanitárias e pelos programas especiais de saúde pública, que geralmente dispõem de uma administração única e vertical, de modo que atravessam os serviços de saúde de forma fragmentada, sem integração com as demais ações implementadas (Paim, 1999).

Frente aos problemas e críticas que suscitam ambos os modelos, vêm sendo propostos e experimentados modelos assistenciais alternativos, orientados para a integralidade da saúde, a fim de provocar impactos sobre os problemas de saúde e as condições de vida dos usuários e da população de referência dos serviços, integrados em rede. Os modelos assistenciais alternativos apresentam uma variedade de propostas, dentre as quais constam: ações programáticas de saúde, modelo técnico-assistencial em defesa da vida, vigilância à saúde, cidades saudáveis, programa de saúde da família e promoção da saúde (Paim, 2002; 2006).

Ultrapassa os limites deste estudo recuperar e analisar os modelos alternativos propostos, posto que se busca apenas contextualizar o debate em torno dos modelos assistenciais, à medida que interferem nas possibilidades de implementação do trabalho em equipe de saúde. Nesse sentido, entende-se como cenário mais favorável aquele orientado pela lógica das necessidades de saúde e da integralidade da saúde e se destaca um único aspecto: o modelo assistencial não deve ser entendido e adotado como padrão, receita ou orientação burocrática, mas como racionalidade, ou seja, como uma lógica que orienta as ações de saúde do conjunto de trabalhadores inseridos em cada serviço e na rede de atenção à saúde. Assim, toma-se aqui como referência de modelo assistencial a orientação do processo de trabalho e da organização dos serviços segundo a lógica das necessidades de saúde dos usuários e da população do território, na perspectiva da integralidade da saúde e dos princípios e diretrizes do SUS.

Segundo Feuerwerker (2005), a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo assistencial são aspectos em que o SUS ainda não foi capaz

de avançar significativamente, sobretudo no que diz respeito às tecnologias mais adequadas para se organizarem as práticas e as possibilidades de inová-las no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores da saúde.

Para Campos (2003), as dificuldades do SUS têm ainda duas origens principais: de uma parte, a insuficiência de recursos financeiros, visto que a média *per capita* nacional de aproximadamente R\$ 300/habitante/ano não basta para assegurar atenção universal, equitativa e integral e, de outra, o próprio desafio de mudar o modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade. Nessa direção, tomam-se como referência tanto a reflexão de Mendes-Gonçalves (1994) em torno da integralidade médico-sanitária da atenção primária quanto a integração mais geral da formulação de Campos (2003) no mesmo sentido, isto é, a ampliação das ações de promoção e prevenção e de atenção clínica, de forma articulada e incluindo os sujeitos e seu contexto. Cabe destacar que Campos (2003) aponta como elemento central e crítico dos modelos assistenciais vigentes reconhecer e construir solidamente o papel ativo dos usuários na produção da própria saúde ou doença.

2.4 Gerências de serviços de saúde

Por não apresentarem nenhuma diferença conceitual expressiva, os termos “administração”, “gerência” e “gestão” são, de modo geral, tomados como equivalentes. Contudo, há certas nuances de sentido que exprimem alguma novidade técnica ou um uso diverso de idéias antigas, introduzidas com a difusão de um novo termo, mesmo que seja para compensar desgastes terminológicos, sem significar mudança de conceito (Motta, 1995).

Assim, observam-se diferenças na origem desses termos. “Administração” nasce na área pública, no século XVII, para expressar uma função subordinada e que executa as ordens emanadas dos órgãos públicos superiores ou dos parlamentos e das assembléias legislativas. “Gerência” origina-se no setor privado, também para designar uma função subordinada àqueles que estão nos conselhos superiores – diretores, proprietários ou membros da administração central das

empresas. “Gestão” é uma tradução de terminologia europeia, principalmente francesa e portuguesa, introduzida no Brasil desde a década de 1980, para qualificar formas participativas em administração tais como co-gestão e autogestão (Motta, 1995).

Embora a prática administrativa tenha se desenvolvido originalmente, a partir do século XVII, por meio do acúmulo de experiências na administração pública, desde o final do século XIX e início do século XX, passa a incorporar um saber de grande poder operativo, sistematizado a partir de experiências de organização do trabalho industrial do setor privado, o que leva à conformação de certas modalidades de abordagens e técnicas que passam a influenciar e a instrumentalizar o controle e a organização do trabalho tanto no setor privado como no setor público (Castanheira, 1996a).

Assim, o termo “administração” passa a designar uma área específica de conhecimento, aplicado à condução racional das atividades das organizações, tenham fins lucrativos (empresas) ou não. A administração como prática trata do planejamento, da estruturação, da direção e do controle de todas as atividades que ocorrem dentro de uma organização e se desenvolve com base na teoria geral da administração (TGA), que reúne o campo de conhecimento que se ocupa do estudo da administração em geral (Chiavenato, 1993; Castanheira, 1996a; Mishima et al., 1997).

A despeito do predomínio da influência da administração como campo de saber sobre a organização e o controle dos processos de trabalho, a administração pública mantém-se como área especificamente relacionada a ações públicas que expressam a implementação de políticas públicas, “constituindo-se como um campo específico de práticas, cujos determinantes históricos e sociais não permitem a simples transposição das experiências e concepções desenvolvidas no setor privado” (Castanheira, 1996a, p. 35).

No entanto, não se podem perder de vista as marcas da administração empresarial em todos os setores de produção. A abordagem das questões ligadas à organização do trabalho desde a perspectiva desse campo de saber está centrada na condução racional das atividades e na burocracia, que, segundo a

concepção weberiana, é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade tal como constituída na modernidade, isto é, uma racionalidade dirigida a fins, a adequação entre meios e fins, que visa à dominação do mundo a serviço dos interesses humanos ou aos interesses próprios de cada um (McCarthy, 1995). Essa racionalidade meios-fins busca garantir a máxima eficiência possível no alcance dos objetivos da organização, seja empresa privada ou instituição pública. Nesse sentido, vale destacar que essa racionalidade instrumental deixa de considerar os atores sociais envolvidos nos processos desenvolvidos pelas organizações, uma vez que a ação racional não supõe que esses sujeitos sociais ajam racionalmente também no que concerne a seus valores, aspirações e desejos, e que conjuguem, portanto, projetos técnicos do processo de trabalho e do projeto institucional aos projetos coletivos de que são portadores. Esse aspecto, que será retomado adiante, tem importantes repercussões na gerência dos serviços de saúde, dadas as características do trabalho em saúde, sobretudo a intersubjetividade, presente tanto nas relações profissional-usuário como nas relações entre os profissionais mais diretamente ligados à assistência ou a gerência dos serviços (Mishima et al., 1997).

Especificamente na literatura nacional sobre a organização do trabalho em saúde, não parece haver diferenças conceituais entre esses termos, mas devem-se reconhecer usos específicos recorrentes. Fala-se em “gerência”, para o trabalho da administração local de uma unidade ou estabelecimento de saúde como uma unidade básica, um ambulatório ou um hospital; em “gestão”, para os níveis centrais de formulação de políticas e tomadas de decisão, referindo-se a atividades e responsabilidades na direção de um sistema de saúde municipal, estadual ou federal; e em “administração”, para as atividades de apoio intermediário ou para se designarem áreas de conhecimento – administração sanitária e administração hospitalar (Castanheira, 1996a; Mishima, 2003).

Considerando-se o uso corrente dos termos no campo da saúde e o objeto de estudo desta pesquisa – uma vez mais, o trabalho em equipe da perspectiva dos profissionais que respondem pela gerência central de cada um dos serviços de saúde que compõem a rede pública em uma região do Município de São Paulo –, adota-se preferencial mas não exclusivamente o termo “gerência”.

Lembrando que a pesquisa trata também da gerência pública de serviços de saúde, vale assinalar que, desde a introdução da administração em saúde no Brasil, nos anos 1920, sob influência norte-americana, até a década de 1970, não se distinguem a administração sanitária da administração hospitalar. Só a partir de meados dos anos 1970, quando a habilitação em administração hospitalar foi aprovada pelo Conselho Federal de Educação, começaram as experiências dos Programas de Administração em Saúde (Proasa), ligados aos cursos de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, com ênfase na administração hospitalar. A partir daí, o ensino da administração sanitária com ênfase nos serviços públicos da rede extra-hospitalar integra a formação de sanitarista nos cursos de Saúde Pública, inicialmente dirigidos aos profissionais médicos e, depois, abertos como especialização para o conjunto das profissões da saúde (Castanheira, 1996a).

A consolidação da ação gerencial nos serviços públicos de saúde ocorre entre o final dos anos 1970 e início dos anos 80. Esse processo liga-se às mudanças nas práticas de saúde que se consolidam pela conversão da medicina liberal em medicina tecnológica (Schraiber, 1993), a partir dos anos 1960, e, nos países centrais, entre as décadas de 1930 e 50, e pela institucionalização dos serviços de saúde e a extensão de cobertura, implementadas a partir dos anos 1970. A implantação de estabelecimentos de saúde que congregam inúmeros trabalhadores, com tarefas diversificadas e bem definidas, contribui para a constituição de organizações complexas, que passam a exigir um suporte administrativo e gerencial (Castanheira, 1996a).

A partir da implantação do SUS, no final dos anos 1980, em especial com o aprofundamento da discussão e implementação da diretriz de descentralização, a temática da gerência e gestão em saúde ganha um espaço mais amplo na agenda política, dada sobretudo a necessidade de se reorganizarem o próprio sistema de saúde e os serviços prestados à população, o que leva à explicitação da diferença entre gestão e gerência, na Norma Operacional Básica 1/96 (NOB/96), já assinalada anteriormente (Mishima, 2003).

Feitas as considerações iniciais sobre a terminologia e a consolidação da gerência de serviços públicos de saúde no país, passa-se, à origem histórica da prática gerencial, com diferentes abordagens desenvolvidas até a atualidade e suas repercussões no contexto da gerência em saúde no Brasil.

2.4.1 Diferentes enfoques da gerência

Como processo de trabalho específico, pode-se situar a origem da gerência no final do século XIX, como prática vinculada à organização e ao controle do processo de produção, nos moldes, já consolidados, do capitalismo. As mudanças havidas no trabalho industrial, com o desenvolvimento das grandes indústrias de capital monopolista – concentração de maquinário pesado, crescente parcelamento do trabalho, cisão entre concepção e execução e a reunião de muitos trabalhadores sob um único teto de fábrica, centralizando a força de trabalho agora assalariada – configuraram a necessidade de ações de organização, coordenação e controle dos trabalhadores e dos processos de trabalho, que caracterizam, até hoje, o trabalho da gerência (Bravermann, 1987; Castanheira, 1996b).

O conjunto de práticas e estudos sobre a gerência compõe a já mencionada TGA, sobretudo nas vertentes do taylorismo, do fordismo e do toyotismo, mas esses modelos de gestão já não são únicos – mesclam-se entre si ou apresentam variações, na busca de novos padrões de gestão da força de trabalho, que, contudo, mantêm a centralidade das ações de organização e controle dos processos de trabalho, visando garantir eficiência na produção, com os melhores níveis possíveis de produtividade e rentabilidade (Antunes, 1995).

Ao longo de todo o século XX, predominam o taylorismo e o fordismo, cujas características básicas eram a rígida divisão do trabalho, que gera o trabalho parcelar e a fragmentação das funções, a separação entre a concepção e a execução do trabalho, a centralização do poder de planejar e decidir na direção da empresa, o controle dos tempos e dos movimentos pelo cronômetro taylorista, a produção em série e de massa de bens de consumo duráveis, com base na

especialização e na linha de montagem fordista, e a dissociação do trabalho da qualificação do trabalhador, entre outros (Antunes, 1995; Campos, 2000).

A escola das relações humanas, que compõe a TGA, criticou a concepção taylorista do homem, valorizando fatores subjetivos no funcionamento concreto da empresa e advogando que o nível de produção é resultado da integração do trabalhador no grupo de trabalho, que o comportamento dos trabalhadores está condicionado a normas e padrões do grupo em que está inserido, que o homem não pode realizar tarefas cujos fins desconhece e que o conflito é reflexo de desajuste e um mal que deve ser banido da organização. Nesse sentido, essa vertente administrativa adota o paradigma comportamental, da teoria Behaviorista, como suporte teórico e instrumental para cumprir seu objetivo de adequar o indivíduo à empresa, em resposta às demandas colocadas na esfera da produção, e entram em cena as noções de liderança, motivação e participação. Com base na psicologia experimental behaviorista, instrumentalizou-se, com nova roupagem, o projeto de controle que facilita a adesão dos trabalhadores aos objetivos da empresa, ampliando de fato os recursos técnicos usados para controlar (Rozendo, 1995; Martins e Poz, 1998; Campos, 2000).

A partir da década de 1970, em nível mundial, e dos anos 80, no Brasil, observam-se mudanças nos modelos de gestão e gerência que expressam as mudanças havidas no processo de produção que conformaram o *modelo de produção flexível* do capitalismo de *acumulação flexível*, orientado pela demanda e voltado para atender as exigências mais individualizadas do mercado. Essas mudanças se dão num contexto de recessão, acirramento da concorrência internacional, globalização econômica, nova divisão internacional do trabalho e crescente inovação tecnológica, que impulsiona a automação e a robótica. Nesse cenário, os novos modelos de gestão e gerência buscam assegurar a flexibilidade de oferta com qualidade, mantida a produção a baixos custos, promover um enxugamento das estruturas de operação, com redução dos níveis hierárquicos, diminuir os níveis de divisão do trabalho e promover maior integração de funções, reduzir o efetivo de empregados permanentes, aumentar o ritmo de trabalho e mudar os perfis profissionais, com a constituição de trabalhadores multifuncionais e polivalentes, convocados a realizar tarefas diversificadas e multiqualificadas. O novo contexto do trabalho enfatiza o

trabalho em equipe, que, na produção industrial, torna dispensável a função de supervisor, posto que os próprios trabalhadores ficam continuamente submetidos à vigilância dos colegas, uma vez que as falhas individuais se refletem no trabalho conjunto (Antunes, 1995, 2005; Martins e Poz, 1998; Peduzzi, 2003).

Na era da produção flexível, a gestão e a gerência passam a questionar a crença excessiva na racionalidade gerencial, preservando-lhe a validade mas incorporando à decisão gerencial noções como a ambigüidade, a intuição e o ilógico. Um dos primeiros movimentos nessa direção foi o reconhecimento da estrutura como mero instrumento da ação organizacional, alterável segundo dimensões internas e condições do ambiente externo. Verificaram-se experiências de implosão do organograma, para a busca da flexibilidade organizacional, e propostas inovadoras de se estruturar a organização de forma altamente descentralizada ou na perspectiva de estrutura matricial, que combina equipes de projeto, com trânsito horizontal pela organização, com a forma funcional de departamentalização. Outra variação na busca da flexibilidade foi a mudança de crença com relação aos objetivos, pois a experiência mostrou que os objetivos, por mais bem definidos que sejam, sempre são algo ambíguos e mutáveis, de acordo com as circunstâncias, e que a percepção a seu respeito varia em diferentes setores de uma mesma empresa, de modo que se compreenderam os limites desses objetivos como fatores determinantes da estrutura, tal como propunha o modelo da gestão por resultados. Enfim, flexibilizou-se a rígida predefinição dos procedimentos fixada em manuais, pois, em função da variedade e da fortuidade das demandas, a necessidade de permanente adaptação nas tarefas fez com que o desvio das normas se tornasse uma constante para o alcance dos resultados e a manutenção da eficiência das empresas (Motta, 1995).

Segundo o autor, configura-se, assim, um novo modelo gerencial descentralizado, com unidades autônomas mas interdependentes, buscando cada uma delas refletir o todo organizacional, baseadas no trabalho em equipes, com menos hierarquia e com responsabilidade compartilhada. Destaque-se que a interdependência dos setores autônomos é garantida por um conjunto de valores compartilhados e por um sistema de comunicação intensiva, que busca assegurar que todas as informações sejam igualmente distribuídas por todos os setores, pois a

conexão entre as partes tem sua base na comunicação. Quanto aos valores organizacionais críticos, mantêm-se também mecanismos de controle que garantem a coesão e a adesão ao projeto organizacional e aos resultados coletivos e setoriais, com o mínimo controle possível dos procedimentos.

O modelo de gestão e gerência flexível se insere no movimento de reestruturação produtiva que, a partir dos anos 1980, busca fazer frente aos desafios de competitividade por meio de novas formas de ganhos de produtividade, aliadas à flexibilidade da produção, visando adequar a empresa às exigências de um mercado de muita produção e pouco consumo. Para produzir melhor do que os concorrentes – nacionais e internacionais –, esse modelo enfatiza o primado do êxito e a adaptabilidade a desafios permanentes, de modo que exige do trabalhador um comprometimento total e uma adesão passional que desconsideram suas necessidades como sujeitos sociais portadores de outros projetos que não os da produção e rentabilidade da empresa (Chanlat, 1996; Garay, 1997).

Outra estratégia empresarial na busca de aumento de produtividade é a “gestão participativa”, que pode resultar de iniciativas patronais, que outorgam espaços delimitados de participação para obter a redução de conflitos e a maior colaboração e dedicação dos trabalhadores. A participação promovida pelas gerências restringe-se aos problemas técnicos de produção, obstando a discussão e a contestação das relações de poder e do sentido da produção e do trabalho. Contudo, por definição, a gestão participativa deveria ser um processo coletivo, no qual os trabalhadores, diretamente ou por delegação, fossem investidos de poder de decisão na organização e no controle do trabalho e, mais raramente, na condução geral da empresa ou instituição (Cattani, 1997).

De acordo com Bobbio, Matteucci, Pasquino (2004), nas sociedades industriais democráticas, defende-se que se faculte ao trabalhador a possibilidade de participar da gestão da empresa, o que pode acontecer de varias maneiras e em diversos níveis, dentre os quais a co-gestão, que no sentido estrito do termo, é o mais alto grau, pois o acordo recíproco entre empresa e trabalhadores não se limita às deliberações programáticas, mas estende-se às decisões efetivas. Trata-

se, portanto, da efetiva democratização das relações de trabalho e das empresas privadas e das instituições públicas.

2.4.2 A gerência no contexto dos serviços de saúde

Segundo Campos (1998), há varias experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde, tais como a descentralização de poder para os municípios e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde com a maioria de usuários, mas é preciso também construir modelos de gestão que permitam “diminuir o alto grau de alienação que se constata entre a maioria dos trabalhadores” e assegurar sua participação mais ampla. Para o autor, embora se identifiquem mudanças nas técnicas e abordagens da administração, ainda predominam concepções originárias da TGA na gerência em saúde, com variações tayloristas que ele denomina manutenção da “racionalidade gerencial hegemônica”. Essa racionalidade se apóia numa série de arranjos organizacionais orientados para cultivar no trabalhador uma atitude de servilismo e mediocridade, visto que no cotidiano de trabalho “foram reduzidas as possibilidades de exercício de uma subjetividade voltada para a resistência à dominação, para a ousadia, para a criatividade e para a composição de interesses com outros Sujeitos relativamente autônomos” (Campos, 2000, p. 31).

A construção da democracia institucional por meio da co-gestão e o simultâneo fortalecimento dos sujeitos envolvidos por meio de instrumentos advindos da análise institucional e da psicanálise são os elementos centrais da proposta de Campos (1998, 2000) para o enfrentamento dessa hegemonia e para a reconstrução de estruturas, saberes, normas e valores que imprimam outra racionalidade à gestão em saúde e à gerência dos serviços.

Entretanto, é importante reconhecerem-se os obstáculos para a mudança. Por exemplo, os conflitos derivados dos interesses e poderes diferenciados que configuram esse contexto heterogêneo – coexistem, de forma contraditória e tensa, de um lado, interesses em se atenderem as necessidades de saúde dos usuários

e da população do respectivo território e/ou de se garantir a reprodução e a sobrevivência do serviço como organização e, de outro, os interesses individuais ou corporativos dos diferentes agentes envolvidos, forças que tendem a operar com lógicas distintas (Campos, 2000).

As teorias administrativas clássicas tratavam o conflito como disfunção e fonte de desafios e necessidade de mudança das regras estabelecidas, o que ensejava sua negação ou repressão. Mas, nas últimas décadas, o conflito passou a ser entendido como inerente e inevitável nas relações organizacionais e a ser enfrentado por todas as instâncias, desde a gerência até as equipes de trabalho, com o reconhecimento de sua positividade, à medida que pode levar à melhor compreensão das relações e dos processos de trabalho, com base na reflexão sobre o próprio trabalho e a negociação (Motta, 1995; Spagnol, 2006).

Motta (1995) identifica três concepções de conflitos, nas teorias gerenciais: a primeira os toma como sendo essencialmente de interesse, reproduzidos na organização tal como existem no sistema social, cuja estratificação se reflete nas relações de trabalho; a segunda aborda os conflitos de papéis ligados à reorganização da produção, fruto da evolução tecnológica e econômica, e a terceira considera que provêm de percepções individuais e grupais, em função de expectativas não atendidas. Assim, há que se consideram interesses e conflitos de interesses tanto individuais e de pequenos grupos quanto de classe social e de grupos profissionais.

Entende-se que os conflitos entre a organização e os trabalhadores não são mera expressão de tensões entre indivíduo e organização, mas também de tensões entre, de um lado, os interesses dos trabalhadores como coletivo de uma dada classe social ou grupo profissional e, de outro, os interesses da empresa ou da instituição, que, no caso da saúde, referem-se à atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território, bem como às de reprodução e de sobrevivência do serviço e dos trabalhadores.

Nos serviços de saúde, a tensão pode se dar entre os interesses dos trabalhadores ou dos grupos profissionais – que são fortes, em função da própria natureza coletiva desses serviços – os objetivos e o projeto técnico e político do serviço. Esse projeto é expressão da política de saúde – em relação à qual é preciso

mencionar os conflitos entre o SUS e o segmento da saúde suplementar, representado pelos seguros e planos de saúde – e de um modelo assistencial que varia no espectro entre a proposta de atenção integral à saúde e a da assistência médica privatista (Paim, 2000).

Um estudo de Spagnol (2006) sobre os conflitos vividos pelas equipes de enfermagem de um hospital público aponta basicamente dois tipos de causa de conflitos: a macropolítica e a micropolítica institucional. Segundo a autora, a esfera macropolítica congrega conflitos ligados ao Estado e ao modo de vida nas sociedades capitalistas, que inclui a duplicidade de vínculos empregatícios, a escassez de recursos humanos, as deficiências da estrutura organizacional e do modelo gerencial, referidos pelos entrevistados como questões intocáveis e impessoais – “a culpa é sempre do Estado” (Spagnol, 2006, p. 198). Quanto à micropolítica, aparecem questões ligadas ao modo de funcionamento das equipes e dos setores do hospital: a centralização do trabalho, as hierarquias, o autoritarismo, a falta de respeito pelo trabalho do outro, as inseguranças, as imaturidades, o descompromisso profissional e as escalas de plantão, vistas pelos depoentes como aspectos mais contornáveis, posto que dependem dos próprios trabalhadores – “de nós mesmos”, em suas palavras.

Entende-se que a explicitação e o enfrentamento dos conflitos, que pode contribuir para a construção de relações pautadas na democratização institucional, requer negociações e, assim, tange a esfera da comunicação e das relações entre os sujeitos envolvidos. Esse enfoque vem sendo enfatizado por diferentes correntes de gestão em diferentes setores, inclusive no da saúde, tanto pela crescente complexidade da produção e pela necessidade de se racionalizarem os custos quanto pela conseqüente necessidade de cooperação.

Nesse sentido, destacam-se as contribuições de Rivera (1996, 2003) e Artmann e Rivera (2006) sobre a gestão pela escuta, ou gestão comunicativa, em que se abordam a gestão e a gerência em saúde na perspectiva do agir comunicativo habermasiano.

Os estudos de Francisco Javier Uribe Rivera trazem desdobramentos de sua tese de doutorado, em que, na busca de uma maior

flexibilidade metodológica, que permita resgatar o planejamento a serviço de uma gestão comunicativa, apresenta um contraponto teórico-metodológico entre a teoria do agir comunicativo, de Habermas, e a teoria do planejamento estratégico em saúde, de Carlos Matus (Rivera, 2003).

Além desses, Rivera também dialoga com outros autores da área da administração e gestão, sempre considerando as especificidades do campo da saúde. Nesse sentido, enfatiza a tipologia organizacional, de Mitzberg, também destacada por Dussault (1992), que permite configurar um conjunto de características das organizações profissionais de saúde: a coordenação dos processos de trabalho com base em conhecimento especializado adquirido, em grande parte, fora do serviço, a diversidade dos processos de trabalho, que envolve vários setores, com relações insumo-produto instáveis e variadas, o que gera produtos e resultados de difícil precisão, o controle dos processos de trabalho e das decisões gerenciais pelos centros operadores, com uma grande dose de autonomia, as dificuldades impostas pelo corporativismo profissional ao trabalho em equipe de saúde, tão necessário aos serviços, a distribuição do poder no interior dos serviços, nos quais ninguém concentra todo o poder, a intrínseca relação entre as atividades-fim e a interação e comunicação com os usuários do serviço (Rivera, 1996; 2003).

Essas características se aproximam muito das identificadas nos serviços de saúde pela abordagem do trabalho: a autonomia dos profissionais, em particular do médico, na operação dos seus respectivos processos de trabalho, a complexidade do trabalho e da organização dos serviços, dado o caráter multidimensional do processo saúde-doença e, portanto, dos objetos de intervenção, a incerteza e a descontinuidade inerentes ao trabalho em saúde, que não permitem normatizar por completo as funções técnicas de produção a serem adotadas como critério de controle de execução do trabalho, destacando a impossibilidade de uma padronização mecânica do trabalho, a intersubjetividade, que, mesmo com a crescente incorporação tecnológica, é inevitável, no encontro usuário-profissional, e a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados e das diferentes disciplinas, por meio do trabalho em equipe de saúde multiprofissional e interdisciplinar (Schraiber 1993, 1997; Merhy, 1997, 2002; Peduzzi, 2003).

Em face das características dos processos de trabalho e da estrutura de poder dos serviços de saúde, Rivera (1996, 2003) considera pertinente a constituição de modelos de gestão e gerência comunicativa, visto que é necessário estabelecer formas de comunicação e de coordenação do trabalho de vários profissionais e setores, bem como formas de negociação do poder e de conflitos, além de considerar as diferentes esferas de autonomia profissional, de negociar critérios de avaliação da eficácia e eficiência do desempenho profissional e dos resultados produzidos, de garantir a responsabilização consciente que contrabalance eventuais efeitos deletérios de uma excessiva autonomia e de integrar os âmbitos assistencial e gerencial.

Ao analisar a gerência dos serviços de saúde e, em particular, a gerência do trabalho das equipes de saúde, Campos (1997) parte das premissas de que a qualidade dos serviços prestados à população está na combinação entre autonomia profissional e definição de responsabilidades dos trabalhadores e de que a operação dos sistemas de saúde requer um certo grau de controle organizacional, pautadas nas já citadas características do trabalho em saúde. Para o enfrentamento do que denomina paradoxo entre liberdade e controle para se assegurar a qualidade do trabalho em saúde, o autor propõe que se articulem, de um lado, a constituição de equipes multiprofissionais que trabalhem com base no estabelecimento de vínculo profissional-usuário e com a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso – isto é, equipes que trabalhem com o conceito de vínculo definido e a adscrição individual da clientela – e, de outro, a reaproximação dos trabalhadores de saúde do resultado de seu trabalho, para o que se vale da noção de obra entendida como “o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho” (Campos, 1997).

Coloca-se, assim, uma importante discussão para a gerência dos serviços de saúde em torno da díade responsabilidade profissional e necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, pois os trabalhadores podem se responsabilizar pelo seu trabalho – e usualmente o fazem –, mas também prestar contas de suas ações e dos resultados produzidos para o serviço em que se inserem e para os usuários e a população de referência.

Então, é preciso definir a adscrição dos usuários aos respectivos profissionais responsáveis, demarcar, com clareza e organicidade, as atribuições de cada profissional, o modo de cobrança de responsabilidades e a forma de petição e prestação de contas em relação aos problemas e aos resultados, com base nos objetivos e no projeto institucional, e, numa esfera mais microscópica, no planejamento e na execução cotidiana do trabalho.

Tanto o modelo de gestão participativa como o de gestão comunicativa buscam ampliar a democratização das relações de trabalho e a descentralização da tomada de decisões associadas ao compromisso dos trabalhadores com os objetivos e o projeto institucional. Assim, a prestação de contas se estabelece sobre compromissos assumidos com a participação dos sujeitos e objetos da cobrança, ou seja, a prática de responsabilidade e de prestação de contas dos profissionais liga-se à possibilidade de controle dos processos de trabalho por parte de quem se admite objeto de controle (Rivera, 1996; 2003).

A literatura internacional sobre trabalho em equipe usa o termo *accountability*, que pode ser interpretado como a prestação de contas por problemas, ações ou resultados da parte dos profissionais de saúde (Lorimer, Manion, 1996; Ingram, Desombre, 1999; Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2006). Na dimensão ética, o conceito de *accountability* tem vários sentidos e pode ser tomado como sinônimo de “responsabilidade”; embora, nas suas raízes, seja associado à expectativa e à assunção da prestação de contas, reflete uma opção e uma disposição pessoais de colaborar com uma petição de prestação de contas. No campo da política, em particular na democracia representativa, *accountability* é tido como um importante fator para se assegurar governança e legitimidade ao poder público. Na Inglaterra, desde 1995, é formalmente um dos sete princípios da vida pública, apesar de essa ser uma acepção menos usual em países fora da esfera Anglo-Americana (wikipedia, 2007).

Desse modo, na gerência dos serviços de saúde, em especial no que tange à promoção do trabalho em equipe, é preciso atribuir e cobrar responsabilidade profissional, bem como fomentar uma prática e criar uma cultura de solicitação e prestação de contas, com base na participação e no compromisso de todas as partes

envolvidas, reconhecendo seu caráter complementar. Supõe-se sua existência tanto nas relações entre o serviço, representado nessas situações em geral pela gerência, e os trabalhadores; entre os trabalhadores e as equipes de saúde e sobretudo nas relações entre profissionais/equipes e usuários ou população de referência, pois estes são os destinatários das ações de saúde, em relação aos quais se define a finalidade dos processos de trabalho em saúde, tomados aqui na perspectiva da saúde – integral – como direito.

Para Merhy (1997), os trabalhadores de saúde operam num espaço de autogoverno, que lhes faculta “privatizarem-no” sem ter que prestar conta *do que* e de *como* atuam, o que se liga tanto à dimensão individual do profissional como à dimensão ético-política institucional, em especial, ao modelo técnico-assistencial centrado em procedimentos médicos. Contudo, no trabalho em saúde, há uma dinâmica, que é orgânica, entre as dimensões pública e privada, e os modelos gerenciais devem operar sobre a privatização dos processos decisórios no sentido de publicizá-los, concentrando a decisão nos interesses dos usuários e suas necessidades de saúde. O usuário é o “único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros, na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios” (Merhy, 2003). Assim, a possibilidade de se “publicizar” o uso do espaço do trabalho, tanto assistencial como gerencial, depende de que os profissionais de saúde reconheçam que seu processo de trabalho pertence à esfera pública da vida e pode ser um meio pelo qual operam uma transformação que atende às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência – entendida a saúde como direito de cidadania – e, portanto, sua responsabilidade e seu dever de prestar contas de forma pública a todos os envolvidos.

A abordagem da responsabilidade e da prestação de contas dos profissionais e das equipes de saúde por referência aos serviços e aos usuários coloca-se no contexto de uma prática comunicativa intersubjetiva, pois, do contrário, num cenário de relações unilaterais e monológicas, se manteria seu caráter de exigência e controle externo, o que reitera uma prática gerencial técnico-burocrática e conservadora, perpetuadora do modelo gerencial hegemônico. O contexto de uma prática comunicativa configura um movimento circular, em que todos os sujeitos

envolvidos – trabalhadores da assistência, gerentes, usuários e população de referência – constroem, de forma intersubjetiva, a responsabilidade e um sistema de petição e prestação de contas necessário para a eficácia e eficiência da atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território.

Segundo Rivera, Artmann (2003, p. 19) a gestão comunicativa:

(...) não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromisso.

No excerto, fica clara a fundamentação da gestão comunicativa na teoria habermasiana do agir comunicativo, pois supõe um conceito amplo de razão, que não se limita à racionalidade instrumental, cujo êxito está na relação entre meios e fins, mas abarca também a razão estratégica e especialmente a razão comunicativa, ancorada no conceito de mundo da vida.

Rivera, Artmann (1999, 2003, 2006) estabelecem mediações entre a teoria do agir comunicativo e o campo da gestão e planejamento em saúde e buscam contribuir de forma pragmática, isto é, com conteúdos práticos e não apenas teóricos, na formulação e na implantação de experiências de gestão intersubjetiva, sobretudo com base no desenvolvimento de três habilidades gerenciais – trabalho com a cultura institucional, negociação e liderança –, instrumentos do gerenciamento do trabalho em equipe de saúde.

A cultura organizacional ou institucional entendida como compartilhamento de um conjunto de valores, crenças, tradições e pré-interpretações de situações tem um papel importante na configuração da dinâmica do serviço, e sua abordagem concorre para a compreensão dessas características, bem como de suas possibilidades e limites para a consecução dos objetivos estabelecidos, mesmo que reflitam as tensões e contradições entre os diferentes segmentos e interesses que compõem o serviço.

Destaca-se a necessidade de se compreenderem os valores-chave da cultura institucional e os elementos positivos que podem ser reforçados à medida que

vão ao encontro das finalidades definidos. Mesmo com tensões e contradições, esses valores-chave podem ser trabalhados pelos gerentes junto às equipes e o coletivo de trabalhadores do serviço de forma compartilhada e com base em argumentação crítica intersubjetiva, ou seja, em situações de discurso ou discussão.

Rivera (1996, 2003) propõe uma aproximação entre o conceito de cultura organizacional e o conceito habermasiano de mundo da vida, na medida em que ambos se configuram com base na cultura, que armazena tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores, na sociedade, que nos dá o contexto normativo em que agimos, e na personalidade dos participantes, com suas competências individuais para a comunicação. Rivera (2003) pensa que as instituições são reguladas sistematicamente por ambas as tradições, as que compõem o mundo da vida e as que integram a cultura institucional, concebidas como conjunto de configurações simbólicas ancoradas historicamente e que compõem o pano de fundo compartilhado na prática comunicação, até que esta venha a ser interrompida pelo surgimento de uma situação problemática que requer o questionamento das pretensões de validade e a argumentação crítica intersubjetiva.

Nesse sentido, também se pode aplicar o entendimento da teoria de Habermas segundo o qual as tradições culturais, mesmo que condicionem fortemente as ações dos sujeitos e o funcionamento do serviço, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico, da argumentação mútua livre de coação (Habermas, 2001).

A gerência comunicativa, que busca construir junto aos trabalhadores, equipes e usuários uma prática de atenção à saúde baseada em consensos, deve se basear em processos de negociação. Sobretudo nos serviços da administração pública entendida como uma arena de interesses variados de atores em disputa por uma dada hegemonia, é preciso aprimorar a comunicação interna pautada na negociação como meio para a construção de pactos normativos capazes de garantir a coesão dos vários segmentos e grupos profissionais envolvidos no trabalho (Rivera, 2003).

Na análise da negociação como habilidade necessária para o exercício cotidiano do trabalho do gerente, Rivera (2003), mais uma vez, articula a

teoria do agir comunicativo com as contribuições de outros autores. De Carlos Matus e D. L. Chalvin, usa a concepção de negociação cooperativa; de I. Zajdsznajder, duas formas básicas de negociação – a argumentação e a persuasão; e, de R. Fisher, da Escola de Negociação de Harvard, o modelo de negociação cooperativa do tipo ganha-ganha, que se aproxima da argumentação crítica intersubjetiva⁴.

O enfoque cooperativo de negociação é entendido como a opção mais promissora na perspectiva de se construírem consensos com base num conjunto amplo de idéias ou opções que multipliquem as possibilidades de se levarem os envolvidos a um acordo, em substituição à fixação numa única proposta ou resposta, o que reduz sensivelmente as chances de entendimento intersubjetivo. Os negociadores buscam preservar as relações e os objetivos do serviço, de modo que se preocupam também com o interlocutor, e não só com o êxito daquela específica negociação, o que aumenta a possibilidade de se encontrar em conjunto uma solução nova. Nesse sentido, vale ressaltar a necessidade de se separar a negociação da substância do problema do relacionamento intersubjetivo, que requer um investimento particular, voltado para o relacionamento interpessoal, com atenção especial à percepção, à emoção e à comunicação (Rivera, 2003).

Embora se destaque a negociação cooperativa, nem sempre o resultado é obtido com base na argumentação crítica, fundamentada e aberta a questionamentos e à revisão dos próprios fundamentos apresentados pelos interlocutores. Por isso, Rivera (2003) sugere o recurso à distinção feita por I. Zajdsznajder entre negociação argumentativa e persuasiva. Aquela é baseada na comunicação crítica, ou seja, na apresentação de razões ou provas para as teses defendidas que logrem um convencimento legítimo e livre de qualquer coação ou manipulação, e esta, no convencimento sem fundamentação ou crítica. Além disso, considera-se a possibilidade de negociações argumentativas-persuasivas, em relação às quais, desde uma perspectiva comunicativa, busca-se subordinar o componente persuasivo à argumentação crítica.

---

⁴ Para maior esclarecimento sobre o tema, consulte-se Rivera (2003, p. 219-244), que, nesse capítulo do livro, retoma o trabalho sobre o modelo de negociação de Harvard. Esse modelo, também denominado método de negociação a partir de princípios ou em função de mérito, é visto como uma alternativa à negociação suave, em que o negociador se limita a fazer concessões unilaterais para

No que se refere especificamente a gestão e gerência de recursos humanos, a tensão entre ações que buscam o entendimento e ações persuasivas e de manipulação está sempre presente, visto que a prática gerencial, nas suas diferentes versões, visa produzir e implementar estratégias e instrumentos que melhorem o desempenho dos sujeitos sociais na condução de outros sujeitos sociais, no interior das relações de trabalho. O gerente deve conduzir os trabalhadores na direção dos objetivos do serviço e da finalidade dos processos de trabalho que compõem a rede de ações que permitem responder às necessidades sociais que dão origem àquela modalidade específica de prestação de serviço – no presente caso, as necessidades de saúde. Entende-se que a diferença reside na abordagem argumentativa e crítica que o gerente adota e promove junto aos trabalhadores e às equipes inseridas no serviço, embora não se possa tomar essa abordagem como absoluta, porquanto esteja sujeita à variedade de interesses e contradições presentes no contexto de trabalho.

A liderança é um dos instrumentos centrais da gerência para conduzir ou coordenar os trabalhadores na direção do projeto institucional que, segundo as várias definições encontradas na literatura, surgiu e se desenvolveu com características mais próximas à interação social do que ao controle, à organização e à hierarquização que caracterizam a prática hegemônica da gerência (Rozendo, 1995). Contudo, a autora avalia que o coordenador do trabalho coletivo – que, denominado gerente pela escola clássica da administração, na escola das relações humanas passa a ser designado líder da equipe, com a função de atenuar os conflitos que obstem a adesão dos trabalhadores ao projeto organizacional – pode fazer uso da manipulação para o alcance dos objetivos preestabelecidos, o que leva ao desenvolvimento do controle, que, sob os auspícios da liderança, se confunde ou equivale à gerência.

Embora haja tensões e contradições na distinção entre gerência e liderança, as concepções contemporâneas desta não a relacionam mais com a posição hierárquica ou a função de mando e questionam o tipo carismático, vertical e tradicional, propondo, em substituição a ele, a liderança comunicativa e coletiva (Rivera, 2003; Rivera, Artmann, 2006).

---

evitar conflito, e também à negociação áspera, em que um posicionamento radical busca acirrar o conflito na expectativa de derrotar o interlocutor.

Afinada com a proposta de gerência comunicativa, a liderança comunicativa se ancora na concepção de liderança como fenômeno lingüístico, desenvolvida em grande parte por Fernando Flores, com base na teoria dos atos de fala, de Austin, que permite compreender o caráter de ação dos atos de linguagem e sua capacidade de criar realidades no mundo. A liderança na acepção comunicativa é gerada por competências que são essencialmente lingüísticas e, portanto, é um fenômeno social, e não individual (Rivera, Artmann, 2006).

Também está ancorada na escola da organização que aprende (*Learning Organization*), que destaca a noção de liderança coletiva, interessante para as organizações profissionais de saúde, na medida em que o poder está muito disseminado e em que se inserem em redes de serviços de saúde, o que coloca a necessidade de se articularem várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema. Essa vertente enfatiza ainda a concepção de aprendizagem coletiva, pois supõe que, embora seja individual, a aprendizagem é mediada pela comunicação inerente à linguagem e, portanto, pautada na intersubjetividade discursiva (Rivera, Artmann, 2006).

Vários autores da literatura internacional destacam a atuação da gerência na promoção do trabalho em equipe multiprofissional e alguns dão especial importância às competências de liderança (Lorimer, Manion, 1996; Wachs, 2005), fazendo referência às habilidades de comunicação – a partilha de informações, ao invés de se as reservarem para si, a articulação de conceitos complexos de forma clara e o recurso a múltiplas formas de levá-los aos demais, ensejando o diálogo através da escuta e da verbalização articulada. Além disso, também a promoção do empoderamento dos profissionais e das equipes, atribuindo-lhes responsabilidade e autoridade, a manutenção do foco na missão, a criação de uma visão de futuro da organização e a conquista da adesão dos profissionais a essa missão e visão.

Para Wachs (2005), a liderança deve agir sempre como uma ligação ou coordenação entre a equipe e a gerência do serviço, aderindo a essa concepção contemporânea que distingue gerência e liderança, tendendo esta a ser coletiva e fruto de um aprendizado e de uma prática intersubjetivos.

2.4.3 A gerência em saúde como processo de trabalho específico e como instrumento do processo de trabalho em saúde

Nesta pesquisa, adota-se o modelo de gestão e gerência comunicativa, por sua sintonia com o referencial teórico do processo de trabalho em saúde e do agir comunicativo. Pela mesma razão, adotam-se também contribuições do modelo de gestão participativa, sobretudo no sentido da democratização institucional e da participação social tanto dos trabalhadores como dos usuários e da população de referência. Contudo, restar explicar um último aspecto – as características da gerência em saúde como processo de trabalho específico e como instrumento do processo de trabalho em saúde.

Entendida como prática social historicamente constituída, a gerência de serviços de saúde é um processo de trabalho específico, composto de um conjunto de atividades próprias inter-relacionadas em função de uma dada finalidade que o norteia e incorpora a ele a dinâmica das relações sociais vigentes. O aprofundamento da análise da gerência como processo de trabalho permite identificar seus elementos constituintes: objeto, instrumentos e finalidade. Embora o tema ultrapasse os limites desta investigação, cabe registrar as contribuições de alguns autores na caracterização desses elementos.

Castanheira (1996a, 1996b) concebe a gerência do trabalho em saúde referida mais diretamente ao processo de produção das ações de saúde como um conjunto de atividades de organização, supervisão, controle e coordenação geral de trabalhos parcelares orientados pelos mesmos fins, que se realiza a partir de preceitos técnicos e das diretrizes da política pública de saúde. Para a autora, “a gerência constitui-se por ações técnicas e políticas dirigidas à organização do trabalho-fim de assistência à saúde”, o que permite a interpretação de que a organização do trabalho é que constitui seu objeto de intervenção (Castanheira, 1996b, p. 223).

Ao analisar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, Felli, Peduzzi (2005) também referem a organização do trabalho e os recursos humanos (em particular, o conjunto de trabalhadores da enfermagem) como objeto de

intervenção específico do trabalho gerencial. Segundo as autoras, que adotam o enfoque da atenção integral à saúde, a finalidade desse processo de trabalho é estabelecer e manter condições favoráveis à implementação de um dado modelo assistencial.

Os instrumentos do trabalho gerencial abarcam um conjunto de saberes, técnicas e tecnologias utilizados para operar o processo que visa promover condições para a atenção às necessidades de saúde, conforme uma dada concepção de processo saúde-doença e de modelo assistencial – planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho e de serviço, supervisão, materiais, equipamentos, instalação e os diversos saberes expressos nas diferentes abordagens da gestão e gerência em saúde, onde se incluem práticas de comunicação e de participação sem as quais o trabalho da gerência não se viabiliza, no enfoque adotado aqui.

Mishima (1995) também analisa a gerência de serviços de saúde da perspectiva das práticas sociais e do trabalho em saúde, cunhando três pressupostos que também são adotados neste estudo: a gerência tem um caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante do processo de organização dos serviços, lida com sujeitos em ação e interação, de modo que, na prática cotidiana, há necessidade de uma íntima e estreita articulação entre a racionalidade instrumental e a comunicativa, e a ação gerencial responde a um dado modelo assistencial e, assim, nunca é neutra em relação ao projeto político de saúde. Com base nessas premissas, afirma que “a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde” (Mishima et al., 1997, p. 268).

A autora também analisa a gerência como processo de trabalho específico, destacando-a como um componente do processo de trabalho em saúde, visto que o trabalho gerencial é atividade-meio para o trabalho assistencial e que seu caráter articulador, integrativo e político permite-lhe ser um instrumento para a transformação do processo de trabalho em saúde. Assim, o gerente de serviços de saúde é um mediador, um tradutor da política pública ou da política organizacional para a dimensão cotidiana da ação técnica executada pelos trabalhadores da

assistência e do cuidado em saúde, e a gerência em saúde compõe-se de quatro dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento de cidadania (Mishima, 1995; Mishima et al., 1997).

Ao analisar as relações possíveis entre as políticas públicas, o planejamento e as práticas de saúde, Schraiber (1995) afirma que, se, de uma parte, a cientificidade e tecnicidade das ações em saúde têm sido muito reconhecidas, de outra, tem sido mais difícil reconhecer a ação técnica como objeto da política e da gerência em saúde, ou seja, da perspectiva da política de saúde, a autora questiona próprio ato técnico – as ações de saúde –, dadas suas qualificações ética e política. Evidências de que a ação em saúde não é mera expressão do desenvolvimento científico e tecnológico são os aspectos ligados às condições de trabalho, fundamentais para a gestão. Citem-se, entre outras, a desigualdade nas disponibilidades tecnológicas, os diferentes vínculos empregatícios e, mais recentemente, a desigual inserção dos trabalhadores no mercado, formal e informal, flexibilizado e precarizado, os modos diversos de se captarem os usuários e população de referência no mercado de trabalho em saúde e as práticas empresariais de organização do trabalho que convivem com as práticas do setor público. Todos esses aspectos – e muitos outros – interferem no exercício do trabalho e na execução da ação ou intervenção em saúde e estão ligados às dimensões econômica, política, social e ética.

É especialmente necessário que, em sua prática, os gerentes reconheçam essas dimensões das ações de saúde e as tenham sempre em conta, pois as mediações que eles fazem, na implementação de um dado modelo assistencial, orientam a organização do trabalho e se expressam, por exemplo, no fluxo das atividades, em sua distribuição entre os trabalhadores de saúde, nas articulações entre as atividades e os profissionais, na alocação de recursos e tecnologias, nos processos educativos dos trabalhadores inseridos no serviço e na priorização da atuação profissional por áreas especializadas ou em equipe.

Outros autores também mencionam a dimensão política do trabalho de gerência em saúde, revelando-a no cotidiano dos serviços. Ao apontar a necessidade de se repensar criticamente a gerência, Campos (1989, p. 10-11) a

redefine como prática subordinada à política predominante num determinado período:

(...) o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas, por sua vez, a partir dos interesses diversos ou até mesmo contraditórios de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde (...) Pois, se a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas, ela é, ao mesmo tempo, “condicionante do” e “condicionada pelo” modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Essa dupla posição – de produto de um determinado contexto e de criador desse mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência de diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde.

Também Castanheira (1996b: 223) faz referência à dimensão política do trabalho gerencial em saúde, ao afirmar que “a gerência, investida de seu papel institucional de tradutora de políticas públicas, procura garantir que o produto do trabalho corresponda às finalidades definidas também pelo ‘projeto’ técnico de saúde que representa”. Destaca, assim, o papel de mediação da gerência, à medida que esta busca traduzir tecnologicamente os princípios políticos gerais e as normas institucionais, ou seja, levá-los para o plano das ações, do exercício cotidiano do trabalho assistencial e de cuidado à saúde.

Mantendo os mesmos contornos para a gerência de serviços de saúde como processo de trabalho, ou instrumento para a reorganização do processo de trabalho em saúde, Campos (2000) e Mishima (2003), amparados no referencial teórico da análise institucional, acrescentam à gerência local o sentido de instrumento para a construção de subjetividades singulares tanto dos trabalhadores como dos usuários. Mishima (2003, p. 113-114) recoloca a ênfase no trabalho de articulação da gerência em saúde, considerando:

(...) [sua] dimensão estratégica para a transformação do processo de trabalho no nível local e, nesse sentido, seu papel é fundamental na articulação das relações entre os trabalhadores, tecnologias nas suas distintas naturezas (dura, leve-dura, leve), projeto político assistencial e contextos em que se insere.

Dadas a necessidade e a importância da articulação e da integração que a gerência deve e pode promover junto aos trabalhadores, às equipes de saúde, aos usuários e à população do território, cabe retomar sua já analisada dimensão

comunicativa. A face relacional que torna tão peculiar a própria técnica da ação em saúde se expressa, segundo Schraiber (1995), sobretudo em dois componentes interligados e inscritos por meio da dimensão comunicacional no trabalho em saúde – a interação dos sujeitos e a gestão do projeto técnico-assistencial.

Com isso, estamos trazendo à cena, desde a perspectiva técnica e em seu interior, aqueles que, afinal, são o suporte da instância ética e das políticas na vida social: os sujeitos, os que optam e escolhem caminhos, realizando vontades políticas e os valores éticos que as fundamentam (Schraiber, 1995, p. 30).

Neste estudo, concebe-se a comunicação segundo o agir comunicativo orientado pela busca do entendimento e, portanto, além da transmissão de informações e da persuasão buscadas respectivamente pelo agir instrumental e pelo agir estratégico. O modelo habermasiano pressupõe a coexistência de distintas racionalidades e um processo recíproco e intersubjetivo de comunicação, mesmo em situações em que os sujeitos envolvidos estejam em posições assimétricas tal como ocorre entre gerentes, profissionais de saúde, usuários e população de referência do serviço. Vale destacar que as assimetrias estão em diferentes planos: entre os vários saberes técnicos ou tecnológicos operados pelos distintos profissionais de saúde, com a primazia de alguns saberes sobre outros, igualmente necessários para se atender à integralidade da saúde, a possível subordinação do trabalho gerencial ao trabalho assistencial, dados os eventuais efeitos deletérios de uma exagerada autonomia técnica, e entre os profissionais da assistência e da gerência e os usuários e a população, sobretudo pela suposta superioridade do saber tecnológico daqueles em relação à sabedoria e ao conhecimento de si de que estes certamente são portadores.

A possibilidade da prática comunicativa em situações de assimetrias está na argumentação crítica intersubjetiva e no compartilhamento da correção normativa, tomada num horizonte ético de aceitação da cidadania e, portanto, do acesso igualitário aos direitos, da alteridade, do reconhecimento da diferença legítima entre os envolvidos e do vínculo pautado na confiança, no respeito e na autêntica preocupação com o outro (Ayres, 2001; Teixeira, 2003; Artmann, Rivera, 2006).

Por fim, abordam-se questões ainda mais específicas da gerência de recursos humanos, ou gestão do trabalho.

2.4.4 Gestão do trabalho

No Brasil, particularmente no setor público de saúde, há um amplo consenso sobre a necessidade de se superarem entraves e limitações dos processos gerencias de recursos humanos e sobre a adoção de uma compreensão e concepção mais ampla e dinâmica do que é usualmente designado por recursos humanos. Pelo já citado conjunto de características do trabalho em saúde e da gestão em saúde e pelo reconhecimento da importância do “trabalho” no processo de produção-consumo de serviços de saúde e dos “trabalhadores” das diversas áreas profissionais para a atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população, observa-se um deslocamento da concepção de gerenciamento de recursos humanos para a de gestão do trabalho (Santana, 1997).

A expressão “recursos humanos” vem do campo da administração e se subordina à ótica de quem exerce alguma função gerencial ou de planejamento, seja no âmbito macro ou microinstitucional, e tende a tomar os recursos humanos como equivalentes a outros tipos de recursos como os materiais, físicos ou financeiros, subsumindo, portanto, sua especificidade de sujeitos sociais (Nogueira, 1987). Por outro lado, a denominação “profissional”, muito usual no campo da saúde, destaca o domínio de um saber específico, que fundamenta uma atuação altamente especializada e de cunho científico, que tende a ocultar a inserção do profissional no mundo do trabalho e, assim, sua caracterização como trabalhador de saúde.

O reconhecimento do trabalhador que, inserido no serviço, opera o respectivo processo de trabalho segundo sua formação e área de atuação – sempre no contexto do marco conceitual que supõe a dupla face do trabalho em saúde, de ação produtiva e de interação social – enseja uma concepção ampla de gestão do trabalho, incluindo as condições de trabalho e a proteção aos direitos dos trabalhadores, o

exercício cotidiano dos processos de trabalho voltados para uma prática comunicativa e participativa e a redução dos conflitos entre trabalhadores, serviço e usuários, fazendo prevalecer os interesses destes, numa prática orientada pelas necessidades e pela integralidade da saúde. Assim, a gestão deve promover um ambiente de trabalho que contemple, ao mesmo tempo, os interesses do trabalhador e os dos usuários e da população de referência do serviço (Cherchiglia, 2004).

Uma vez apresentadas as opções feitas desta pesquisa quanto aos modelos de gestão e à concepção sobre a gerência de serviços de saúde, resta tratar das repercussões das mudanças contemporâneas no mundo do trabalho – sobretudo a flexibilização e a precarização das relações de trabalho – na gestão e, em especial, no trabalho em equipe.

Como vimos, essas mudanças dão origem ao novo modelo de produção flexível, que se apóia na flexibilização dos processos de trabalho, dos produtos e padrões de consumo e dos mercados de trabalho. No contexto da globalização, ou mundialização, do capital, essa lógica de reestruturação da produção tem consequências muito negativas, que são a precarização e a eliminação de postos de trabalho, resultando em desemprego estrutural explosivo (Antunes, 1995, 2005).

Da perspectiva do discurso neoliberal, a flexibilização laboral é uma estratégia que minimiza os impactos do desemprego, mas os estudos do trabalho no mundo contemporâneo mostram seus efeitos deletérios – redução do piso salarial e perda de direitos trabalhistas conquistados ao longo de décadas, o que torna o trabalhador mais vulnerável (Antunes, 1995, 2005; Baraldi, 2005). Vários autores mostram que essa flexibilização já se faz sentir no mercado brasileiro de trabalho em saúde e tende a acirrar-se (Cherchiglia, 1999, 2004; Silva, Costa, 2002; Girardi, Carvalho, 2002; Baraldi, 2005).

O processo de mundialização do capital e o novo modelo de produção facilitam a ordenação de estruturas permeáveis à flexibilização e à precarização também no setor saúde, sobretudo pela “utilização de referenciais dos países dominantes/desenvolvidos, que na maior parte dos casos atritam com as realidades de cada localidade” (Baraldi, 2005, p. 10).

No que se refere ao setor público de saúde, há que se considerar o processo de reforma do Estado, nos termos da nova economia, que, em novas roupagens, obedece à lógica de racionalização dos custos e busca estabelecer formas institucionais capazes de garantir a máxima eficiência econômica. Nesse contexto, a gestão do trabalho é influenciada pela ruptura da estabilidade, pela redução dos efetivos do setor público, pelo estabelecimento de novas relações contratuais e de avaliação de desempenho, produzindo uma polarização (Cherchiglia, 2004) semelhante à contraditória processualidade do novo mundo do trabalho apontada por Antunes (1995) que, de um lado, reduz o proletariado industrial estável que se desenvolveu na vigência do binômio taylorismo/fordismo e, de outro, aumenta o subproletariado fabril e de serviços, o trabalho precário, os subcontratos *part-time* e os contratos emergenciais.

Nesse contexto, há, de um lado, um núcleo sólido de trabalhadores muito qualificados, assalariados, com carreira estruturada, estabilidade e bem remunerados e, de outro, uma força de trabalho mais instável, com uma variedade de direitos trabalhistas, com contratos por tempo determinado, em tempo parcial e até mesmo sem vínculo empregatício com o serviço que se insere, como os ditos terceirizados. Essa forma de gerenciar o trabalho, que enseja a ruptura da estabilidade, os contratos de curto prazo e as mais variadas formas de flexibilização, pode vir a anular o sentido de interesse público e o compromisso que deveria caracterizar as instituições públicas (Cherchiglia, 2004).

No que respeita à relação direitos/deveres concedidos ao trabalhador e ao empregador, a legislação brasileira é relativamente avançada, mas, desde os anos 1990, vem sofrendo sutis ajustes, que facultam a heterogeneidade das relações contratuais entre empregador-trabalhador, com uma redução de direitos trabalhistas, e facilitam a incorporação de contratos flexíveis de prestação de serviços segundo o modelo norte-americano, que estimula a desregulamentação das relações de trabalho para a redução da proteção social (Baraldi, 2005).

Nesse sentido, cumpre distinguir trabalho informal, flexível e precário. O primeiro expressa a ausência de quaisquer relações contratuais, sejam trabalhistas ou fiscais, o segundo, a existência de diferentes contratos em regime de

prestação de serviços por prazo determinado, com perdas parciais de proteção social do trabalho, e o terceiro, a total ausência de direitos trabalhistas e condições adversas e precárias de trabalho (Baraldi, 2005).

No Brasil, a flexibilização do setor saúde, inclusive no âmbito público, cresce, sobretudo por meio da terceirização, técnica gerencial pela qual se interpõe um terceiro – geralmente uma empresa – na relação típica entre empregado e empregador, e pode ser feita por referência a serviços (limpeza, alimentação, manutenção, laboratórios, serviços de imagem, pronto atendimento etc.) ou a mão-de-obra (Cherchiglia, 1999). No setor saúde, a terceirização pode acarretar não só a flexibilização das relações de trabalho, mas a precarização do próprio processo de trabalho, que:

(...) reveste-se de uma dupla face: de um lado, os próprios serviços de saúde são produtores dessa precarização, ou seja, contribuem para o aumento da desigualdade, exclusão e injustiça social e também para o aumento de patologias típicas do trabalho e, por outro, ele tem que responder ao incremento de demanda provocada pela exclusão social e doenças ocupacionais (Cherchiglia, 1999, p. 380).

Além dessas implicações, a terceirização lança uma série de outras questões que facilmente podem se configurar como problemas relevantes, frente à necessidade imperiosa de se pactuar e monitorar o “melhor contrato possível” para o interesse público e de se buscarem alternativas políticas, institucionais e legais para a gestão do trabalho que atenda aos interesses do usuário e da população do território em que se insere o serviço. Nessa direção, destacam-se dois aspectos correlatos e que dificultam a gestão do trabalho assinalado: o aumento da fragmentação institucional, com diversos prestadores de serviço e trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios e níveis de proteção social do trabalho, e a instabilidade do quadro de trabalhadores e das equipes de trabalho, sejam assistenciais ou gerenciais. Registre-se a pergunta de Cherchiglia (1999, p. 381): “Como construir equipes de trabalho, ou trabalho em equipe, com profissionais que podem estar trabalhando nesse local por apenas alguns meses? Como motivá-los? Capacitá-los?”

Dado que, dentre outras coisas, o trabalho em equipe de saúde requer a construção de um projeto de trabalho comum, com base na articulação das

ações e numa prática comunicativa dos membros da equipe orientada pela busca do entendimento (Peduzzi, 1998, 2001), não é difícil perceber que o processo de flexibilização e precarização das relações de trabalho tem implicações adversas, que obstam a gestão na modalidade do trabalho em equipe de saúde.

Embora não haja flexibilização e precarização entre os trabalhadores de saúde da região de estudo, trata-se de tema relevante para a gestão do trabalho, que deve ser tomado em consideração no cotidiano de trabalho gerencial, no conjunto dos aspectos referentes ao contexto e às condições de trabalho.

Capítulo 3 -Trabalho em Equipe de Saúde

3.1 Gênese da concepção de trabalho em equipe de saúde⁵

No campo da saúde, a concepção de trabalho em equipe emerge num contexto de que cabe destacar três aspectos inter-relacionados. O primeiro diz respeito à noção de integração formulada e divulgada pelo movimento da medicina preventiva nos anos 1950, pela medicina comunitária nos anos 1960 e pelos programas de extensão de cobertura e de integração docente-assistencial inspirados nos dois primeiros e implantados, no Brasil, nos anos 1970. O segundo aspecto refere-se às mudanças na abordagem de saúde e de doença, que transitam entre as concepções da unicausalidade, multicausalidade e determinação social (Laurell, 1983; Facchini, 1993; Arouca, 2003). E o terceiro, que reflete os dois anteriores, liga-se às alterações no processo de trabalho em saúde com base na busca de ampliação do objeto de intervenção, na redefinição da finalidade do trabalho e na recomposição e introdução de novos instrumentos e tecnologias (Paim, 1999, 2002).

Até meados dos anos 1950, a conceituação das necessidades sociais relativas aos serviços médicos era predominantemente dirigida à cura das doenças. A partir daí, passa a se reorientar no sentido da obtenção de um estado “global” de saúde – com a prevenção das doenças e a recuperação “integral” do paciente –, que os avanços no conhecimento médico, clínico e epidemiológico já permitiam. Essa visão integral do indivíduo implica uma concepção da saúde e da doença como estados que se dão em processos contínuos que envolvem as relações do indivíduo com o meio ambiente, incluído o meio social, e configura a proposta de atenção

---

⁵ A análise sobre a gênese do trabalho em equipe multiprofissional de saúde aborda questões tratadas em texto já publicado, da própria autora: Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (organizadores). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, 2006. p. 269-276.

integral com enfoque biopsicossocial que foi divulgada e implementada com base nos movimentos da medicina integral, da medicina preventiva e da medicina comunitária (Schraiber, 1989).

No processo de emergência da Medicina Preventiva, nos anos 1950, nos EUA, propõe-se um projeto de mudanças da prática médica, com uma redefinição radical do papel do médico, incorporando, pela primeira vez, em propostas curriculares de ensino de graduação, a idéia de trabalho em equipe multiprofissional liderada pelo médico. Esse novo ator social, dotado de novas atitudes, ideologia e habilidades, adquiridas no interior da escola médica, deve estabelecer igualmente novas relações com paciente, família e comunidade, bem como com os demais profissionais de saúde – enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais etc. (Silva, 2003; Arouca, 2003). Observe-se que essa proposta de mudança da prática médica não se refere a uma reforma do setor saúde, mas apenas ao ensino médico, por ação direta do poderoso *lobby* das corporações médicas norte-americanas (Paim, Almeida Filho, 2000).

Assim, no contexto da Medicina Preventiva, a integração é uma noção estratégica, que busca difundir o discurso preventivista numa multiplicidade de espaços e obter consenso em torno dele. Nesse sentido estratégico, o conceito de integração propõe mudanças das representações e atitudes dos sujeitos da educação médica a partir de um trabalho conjunto de todas as especialidades médicas com a Medicina Preventiva, sobre a noção de sujeito descontextualizado do mundo das relações técnicas e sociais que o posicionam e da ordem institucional que reproduz o modo de formação dos médicos (Arouca, 2003). Além dessa integração, a Medicina Preventiva também adota um novo conceito de saúde/doença, segundo qual a saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio e a doença é um processo de interação do homem com os agentes patogênicos e o ambiente.

Essa concepção de saúde e doença está ancorada no paradigma da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark (1976), que assumem a definição de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1946, esse órgão internacional adota o conceito global e multicausal da saúde, que a define como o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a

ausência de doença ou enfermidade. Essa concepção, por um lado, tematiza a simultaneidade complexa de processos em ordens diferenciadas mas repletas de implicações de reciprocidade e, por outro, equipara o orgânico, o mental e o social, igualando dimensões da vida que se organizam em diferentes ordens de complexidade (Dâmaso, 1989).

Quanto ao modelo de causalidade do processo saúde-doença, a Medicina Preventiva se liberta da unicausalidade, pois se tornara insustentável explicar a doença como efeito da atuação de um agente patogênico, e adota o modelo da multicausalidade. Contudo, ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a multicausalidade é reduzida a uma nova forma de monismo causal, agora referida a redes de causalidade (Arouca, 2003). Nessa direção e corroborando as análises de Dâmaso e de Arouca, Laurell assinala que:

A limitação mais imediata do modelo multicausal sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atam de maneira igual (Laurell, 1983, p. 154-5).

A teoria da multicausalidade emerge no pós-II Guerra Mundial, num cenário com, de uma parte, intensificação da reestruturação produtiva, incorporação de novas tecnologias e maior investimento nas políticas sociais nas áreas de saúde e educação, nos países industrializados e, de outra, o fim do predomínio absoluto do estudo das doenças infecto-contagiosas que mantivera o domínio do paradigma da unicausalidade. O desenvolvimento do modelo da multicausalidade se dá com base em diferentes abordagens como a simples análise das múltiplas causas das doenças, o modelo ecológico e o conceito de história natural das doenças, bastante divulgado pelo livro de Leavell e Clark (1976) e o modelo de determinação social da doença (Facchini, 1993). Este último procura, a partir dos anos 1960, construir um novo marco explicativo para a determinação do processo saúde-doença, que, de modo hierarquizado, articulasse todas as condições que participam de forma essencial na produção de uma doença; não contrapõe o social ao biológico, mas o social ao natural, pois concebe o biológico em si mesmo como histórico e social (Facchini, 1993).

À medida que o modelo da história natural das doenças reconhece o ambiente dentre os seus determinantes, permite a identificação de diferentes períodos na evolução dos processos patogênicos e de diferentes oportunidades de intervenções médico-sanitárias, que passam a ser analisadas por referência a sua eficácia e eficiência em diferentes âmbitos – a promoção da saúde ou intervenções sobre os determinantes sociais, ambientais e comportamentais inespecíficos, a prevenção ou atuação sobre determinantes específicos, o tratamento, tanto precoce como das doenças já instaladas, e a reabilitação, que busca superar as limitações decorrentes das doenças e promover a reinserção social do doente (Sabroza, 2005). Ainda segundo o autor, no campo da saúde pública, o modelo da Medicina Preventiva ampliou as possibilidades de atuação dos serviços de saúde, propondo a integração da atenção médica com as ações preventivas, de controle ambiental e de educação para a saúde.

Assim, a idéia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença e de história natural das doenças e da estratégia da integração. No entanto, mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual se agregarão os outros trabalhos especializados. Como aponta Arouca (2003), em sua clássica análise do discurso preventivista:

O conceito de integração propõe um trabalho coletivo no interior de uma profissão essencialmente individualista. O fundamental da prática liberal é o encontro do médico e paciente em suas singularidades, em suas independências de escolha e nas suas responsabilidades individuais, de tal forma que o processo de trabalho médico caracteriza-se por ser um trabalho essencialmente individual, mesmo quando é realizado em termos de equipe (Arouca, 2003, p. 188).

Também na área de enfermagem a proposta do trabalho em equipe surge na década de 1950, nos EUA, através de experiências realizadas no Teacher's College da Universidade de Columbia, que preconizam a organização do serviço de enfermagem com base em equipes lideradas por médicos. Esse modelo de organização do trabalho de enfermagem expressa tanto uma crítica ao modelo funcional centrado na tarefa, sobretudo à execução de procedimentos, em detrimento do cuidado do paciente, bem como a busca de solução para a escassez de pessoal de

enfermagem no pós-II Guerra Mundial (Lambertsen, 1966; Almeida, Rocha, 1986; Peduzzi, Ciampone, 2005). A equipe de enfermagem estabelece relações de trabalho com a equipe de saúde, cuja liderança cabe ao médico.

A responsabilidade de certos aspectos do plano total de cuidados médicos é delegada pelo médico aos outros membros. Fica claramente entendido que cada membro tem uma função específica e que as diferentes funções se relacionam com o plano total do cuidado prestado ao paciente (Lambertsen, 1966, p. 15-16).

Tanto na medicina como na enfermagem, buscam-se alternativas para o problema crescente dos custos da atenção médica. Segundo Donnangelo, Pereira (1976), os custos médicos progressivos, em grande parte decorrentes da incorporação do custo dos produtos industriais, farmacêuticos e equipamentos ao valor do cuidado médico, introduzem um dos elementos contraditórios da prática médica, em seu processo de extensão, ampliação quantitativa dos serviços, com a incorporação crescente da população, e extensão do campo da normatividade médica por referência às concepções de saúde e das condições gerais de vida, pois, à medida que esse processo de extensão não foi aleatório e, portanto, não parece reversível, encontra uma barreira de efetivação no problema dos crescentes custos.

A Medicina Comunitária emerge e se difunde como parte do processo de extensão da prática médica e de controle dos custos e configura como objeto de intervenção as categorias sociais até então excluídas da atenção à saúde, “a ‘pobreza’ constitui, por excelência, o objeto atribuído à medicina através desse novo projeto” (Donnangelo, Pereira, 1976, p. 72).

Essa extensão de cobertura e da normatividade médica requerem uma nova estruturação dos elementos que compõem a prática médica, sobretudo uma forma diferente de utilização do trabalho médico, o que se fará através da incorporação do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais, configurando uma prática complementar e interdependente entre os diversos trabalhadores de saúde.

O reforço desse elemento não corresponde necessariamente, entretanto, à diluição de um saber e de uma técnica especificamente médicos apropriados agora por outros grupos e agentes, mas diz respeito propriamente à incorporação de novas práticas que encontram seu campo privilegiado de exercício na

manipulação do comportamento social dos grupos humanos. Esse social, de que a prática médica se dá conta e com o qual opera, mesmo quando não o conceptualiza, será objeto de formas específicas de conceptualização e tratamento que permitirão, de outra parte, que o domínio do saber biológico que compõe a medicina e as práticas tecnológicas que ela sucessivamente incorporou sigam liberados de uma permanente intrusão do social, diversamente conceptualizado, no campo da prática médica. (...) a Medicina Comunitária implica a emergência, de um lado, de uma medicina tecnologicamente simplificada, por referência à prática médica predominante, e ao mesmo tempo ampliada, de respeito às funções sociais a que serve de suporte (Donnangelo, Pereira, 1976, p. 72).

Assim, a Medicina Comunitária engendra um processo simultâneo de simplificação e alargamento do campo de interferência das práticas de saúde, pela distribuição de tarefas com base nas quais a atenção à saúde passa a ser feita por um conjunto de agentes que compõem a equipe de saúde e que são mais auxiliares do que complementares ao trabalho médico. A divisão de trabalho por meio da qual se distribuem as tarefas ocorre no interior de um processo social de mudanças da concepção de saúde e doença que é acompanhado de alterações introduzidas nos processos de trabalho e no modelo assistencial.

O movimento da Medicina Preventiva desloca o eixo central da assistência médica, representado pelo conhecimento científico de caráter biológico, para outro possível eixo norteador, da agora denominada assistência à saúde, que é representado pela prevenção das doenças e pela integração entre prevenção, recuperação da saúde e reabilitação.

Assim, configura-se uma crítica às práticas de saúde desenvolvidas com enfoque predominantemente biológico com base no reconhecimento das relações entre o processo saúde-doença e os problemas sociais, como concebera a Medicina Social do século XIX, agora incluindo a dimensão psicológica, evidenciada pelo saber da psicanálise, desenvolvido sobretudo por Sigmund Freud, no começo do século XX. Essa conceituação tridimensional do processo saúde-doença exigia uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, envolvendo áreas profissionais pautadas no saber biológico, nas ciências sociais e na psicologia (Arouca, 2003).

Portanto, o trabalho multiprofissional não tem o caráter só de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida,

mas também responde à necessidade de integração disciplinar e profissional, entendida, a partir dessa nova concepção tridimensional de processo saúde-doença, como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde.

Essas práticas são entendidas como ação humana que transforma um dado objeto de intervenção – aqui relacionado especificamente às necessidades de saúde – num produto que atende a uma dada finalidade social que é interiorizada e conduz os processos de trabalho sob determinadas relações sociais. O trabalho, por sua vez, é a expressão mais concreta das práticas sociais. Assim concebidas, as práticas de saúde e a prática de cada área profissional em particular se constituem historicamente e, portanto, reproduzem a segmentação e a fragmentação das áreas de conhecimento, dos saberes e das profissões. Sua recomposição requer um esforço de articulação e integração que não decorre automaticamente das mudanças da concepção do processo saúde e doença – objeto de intervenção das distintas áreas profissionais. Como aponta Paim (2002, p. 233), “as práticas de saúde podem existir independentemente da presença da ‘integração multiprofissional e mutidisciplinar’”.

À medida que a integração das diferentes áreas profissionais e de seus respectivos agentes se torne necessária para o modelo de organização social das práticas de saúde vigente, convertendo-se em ferramenta para a maior eficácia das ações de saúde e maior eficiência e efetividade dos serviços prestados, poderá constituir-se historicamente uma prática de trabalho em equipe integrada como modo predominante de organização dos serviços.

No exercício cotidiano do trabalho multiprofissional, há, de fato, inúmeras dificuldades de articulação e de integração, pois os profissionais das diferentes áreas tendem a reconhecer cada uma delas como se fosse peculiar e constituída isoladamente, obscurecendo a historicidade e a dinâmica social que engendrou e configurou cada campo profissional e o respectivo processo de trabalho especializado. Além disso, o processo histórico que deu origem e propiciou o desenvolvimento de cada um desses trabalhos especializados – e, desde os anos 1960, cria espaço para sua recomposição na modalidade de trabalho em equipe – mantém a doença como fenômeno apreendido fundamentalmente nos níveis individual e biológico e o saber clínico desempenhando o papel principal e nuclear

nas intervenções sobre o processo saúde-doença, o que dificulta a construção de abordagens que contemplem a atenção integral à saúde (Mendes-Gonçalves, 1994). Segundo o autor, a expressão “práticas de saúde”:

Tem a vantagem de ser mais ampla do que “prática médica” e as desvantagens óbvias de mascarar a quase total identificação dessas práticas com a doença – e não com a saúde, por um lado, e de excluir outros conjuntos de práticas às vezes mais diretamente relacionados com a produção de um certo “estado de saúde” do que as nele incluídas, por outro lado. A propósito desta última desvantagem, basta pensar em todo o conjunto de práticas que resultam em um certo estado nutricional coletivo, por exemplo, e no impacto desse estado sobre a saúde, para bem entender o viés que consiste na sua exclusão (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 70-71).

Embora persistam a expressiva identificação das práticas de saúde com a doença e, assim, a hegemonia do modelo biomédico, bem como a atuação profissional fragmentada e corporativa, centrada na busca do fortalecimento de cada área e do respectivo mercado de trabalho, o que dificulta a articulação e integração dos diferentes profissionais que compõe as equipes de saúde e a prática interdisciplinar, o trabalho em equipe passa a constituir, desde a sua gênese, um dos aspectos relevantes das propostas de reorganização de serviços de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde. Além disso, nas últimas décadas, essa proposta é impulsionada por alguns aspetos, apontados a seguir.

Ao longo dos anos 1980, a concepção de trabalho em equipe de saúde ganha destaque, sobretudo nos debates sobre as políticas de saúde e as mudanças do modelo assistencial e, mais especificamente, das políticas de recursos humanos em saúde, aspectos influenciados, de uma parte, pelo projeto da Reforma Sanitária, que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição de 1988 (Paim, 2002) e, de outra parte, pelo projeto neoliberal e de reforma do Estado, num contexto de reestruturação produtiva (Campos, 1992, 2003; Mendes, 1994).

As políticas de recursos humanos em saúde, para as quais a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representa uma inflexão importante, enfatizam cada vez mais a “equipe de saúde” como unidade produtiva, em substituição ao trabalho individualizado, independente e isolado por profissional.

A partir dos anos 1990, voltam a se intensificar os debates sobre a integralidade da saúde, que também colocam foco no trabalho multiprofissional, à medida que aprofundam o entendimento sobre os múltiplos sentidos da integralidade que contemplam a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde e a organização integrada dos serviços e da rede (Mattos, 2004).

É também dos anos 1990 a implantação do Programa de Saúde da Família, como estratégia de reorganização da atenção à saúde (Brasil, 1998; 2006a) que inclui o trabalho em equipe dentre suas diretrizes operacionais para a reorganização do processo de trabalho em saúde.

Há ainda um outro aspecto que merece ser destacado no desenvolvimento da concepção e da proposta de trabalho em equipe de saúde, no país, que se refere às críticas ao modelo clássico de administração e gestão, adotado e predominante no setor saúde. As críticas se dirigem sobretudo à rígida e excessiva divisão do trabalho, que se expressa na fragmentação das tarefas e da assistência e do cuidado em saúde, à centralização das decisões e do exercício do poder e à crescente despersonalização do trabalho, que oculta a presença do trabalhador nas ações que executa (Dal Poz, Martins, 1998; Campos, 2000; Mishima, 1995, 2003).

3.2 Revisão da literatura nacional e internacional⁶

Como se viu, a proposta do trabalho em equipe de saúde vem sendo debatida há décadas e constitui um consenso entre os gestores e os profissionais de saúde, mas, de modo geral, os argumentos pró-equipe diferem e carecem de evidências e fundamentação teórico-conceitual. Na literatura, não se encontra um consenso sobre sua definição, embora seja possível identificar um conjunto de características comuns, com base nas quais se pode estabelecer um referencial ou

---

⁶ A revisão da literatura aborda questões tratadas em texto produzido pela autora e encaminhado para publicação: Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Castilho EA, Alves VAF, Cerri GC, editores. Clínica Médica. Barueri: Manole; 2007. No prelo.

quadro de abordagem para o reconhecimento do trabalho em equipe de saúde tanto como objeto de estudo quanto como ferramenta do trabalho em saúde.

Na revisão da literatura, buscou-se identificar a produção teórica nacional e internacional que trata do trabalho em equipe como objeto de estudo e, com base nesse recorte, selecionou-se a bibliografia que apresenta concepções, características e tendências sobre o tema e também aquela que explicita a abordagem teórica e metodológica utilizada.

Realizou-se busca bibliográfica na base de dados Lilacs (Bireme) com os descritores “equipe de assistência ao paciente” e “equipe de cuidados de saúde”, que obtêm o mesmo resultado, o descritor “relações interprofissionais” e o refinamento com a palavra “tendências”. Na busca mais recente, de julho de 2006, identificaram-se 559 resumos, de que se selecionaram 20, com base na inclusão de artigos publicados em periódicos e na exclusão de dissertações e teses, pela dificuldade de se obterem exemplares na íntegra, mesmo por meio de comutação entre bibliotecas acadêmicas, além do critério já referido, da literatura que toma o trabalho em equipe como objeto de estudo.

Quanto à produção nacional, também se fez uma busca bibliográfica na base de dados Lilacs sobre trabalho em equipe no Programa Saúde da Família, com o cruzamento dos descritores “equipe de assistência ao paciente” e “saúde da família” e também com as palavras-chave “equipe” e “programa de saúde da família”. Identificaram-se 19 registros, dos quais três eram repetições em relação à busca anterior.

Na base de dados Medline/PubMed (National Library of Medicine), com o descritor “*patient care team*” e o qualificador “*trends*”, obtiveram-se 1.129 registros. Para o refinamento da busca, usaram-se os limites “período de 1999 a 2006”, “idioma inglês”, “com abstract” e “estudos com humanos”, obtendo-se 120 resumos. Submetidos aos mesmos critérios referidos, restaram 16 artigos e um editorial.

Na análise da literatura, também se usam outras publicações, que não foram selecionadas a partir de busca eletrônica, mas tratam do tema estudado da

perspectiva dos critérios de seleção e eram já do conhecimento da autora, incluindo-se teses e dissertações.

Quanto à literatura nacional, observa-se, a partir de meados dos anos 1990, o aumento da produção teórica sobre o tema, sobretudo de publicações que apresentam concepções e características, o que permite a melhor compreensão da prática multiprofissional no país, embora a maior parte da produção identificada até então não esclareça as concepções utilizadas e não apresente resultados de pesquisa empírica.

Em revisão da literatura nacional realizada em meados dos anos 1990 (Peduzzi, Schraiber, 1994), identificaram-se a ausência de definição de termos e de concepção sobre trabalho em equipe e apenas sua abordagem como “pano de fundo” de outra temática, esta, sim, objeto de estudo – por exemplo, o estudo que trata do trabalho em equipe no atendimento a desnutridos, cujo tema central é a desnutrição, e não a equipe. Mesmo em buscas recentes, ainda se observa que raramente os artigos apresentam uma concepção clara e bem delimitada de trabalho em equipe, mesmo os que o tomam como objeto de reflexão.

A produção identificada na literatura nacional parte da premissa de que o trabalho em equipe multiprofissional é benéfico para a assistência e o cuidado, pois permite uma atuação na perspectiva da integralidade da saúde, que é entendida como uma abordagem ampliada do processo saúde-doença e que, portanto, confere melhor qualidade aos serviços prestados à população.

Considerando que o trabalho em saúde está majoritariamente orientado pela racionalidade médica e que busca sua transformação com base no pressuposto da integralidade da saúde, a literatura nacional investiga se, como modalidade de organização do trabalho integrado em pequenos grupos de profissionais, o trabalho em equipe reproduz o modelo biomédico ou pode articular diferentes saberes e intervenções, configurando outra racionalidade, ou nuances de uma racionalidade do cuidado integral à saúde. Todavia, os estudos mostram a possibilidade de equipes produzirem um trabalho integrado, em algumas situações específicas, como certas equipes de saúde da família (Silva, Trad, 2005), equipes de saúde mental (Peduzzi, 1998; 2001; Montanari, 2003; Bichaff, 2006) e equipes de

saúde que incluem a odontologia (Teixeira, 2006), mas não trazem evidências empíricas da produção da integralidade nos seus múltiplos sentidos, de atenção integral à saúde na sua acepção ampliada.

Estudo que analisa as possibilidades e os limites da articulação dos processos de trabalho desenvolvidos por trabalhadores de diferentes formações para otimizar a integração e melhorar a qualidade da assistência aos pacientes com HIV/Aids mostra a unanimidade em torno da importância do trabalho multiprofissional nos centros de referência, pelas peculiaridades desse trabalho, que, contudo, são percebidas como justapostas ao objeto de trabalho propriamente dito – o corpo como entidade biológica –, dada a centralidade do tratamento medicamentoso, da racionalidade clínica e, portanto, do trabalho do profissional médico. Também aparece a necessidade de produção de vínculo e acolhimento, traduzidos como escuta, conversa e apoio, mas como distintas e apartadas das necessidades centradas no plano biomédico, o que limita a integração multiprofissional e a atenção integral, à medida que gera intervenções separadas para cada um dos planos, biológico e comunicacional (Silva et al., 2002).

A literatura nacional que usa um referencial teórico claro e explicitado adota quatro grandes vertentes: a teoria do trabalho em saúde (Peduzzi, 1998; 2001; Lima, Almeida, 1999; Santana, 2000; Almeida, Mishima, 2001; Schimith, Lima, 2004; Ribeiro, Pires, Blank, 2004; Crevelim, Peduzzi, 2005; Silva, Trad, 2005; Teixeira, 2006), a análise institucional e a escola argentina de grupos (Fortuna, 1999; Campos, 1999, 2000, 2007; Fortuna et al., 2005; Matumoto, 2005; Ceccim, 2005), a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (Jacob Filho, Sitta, 2002; Iribarry, 2003; Ceccim, 2005). A teoria do agir comunicativo também aparece, articulada à teoria do trabalho em saúde (Peduzzi, 1998, 2001; Silva, Trad, 2005; Crevelim, Peduzzi, 2005), assim como a escola argentina de grupos se articulada à teoria do trabalho em saúde, em Ciampone e Peduzzi (2000).

Com base nessas vertentes teóricas, a literatura que aborda o trabalho em equipe usa uma ampla variedade de categorias de análise: processo de trabalho, divisão do trabalho e as correlatas interdependência e complementaridade, autonomia profissional, autogoverno, comunicação e interação entre os profissionais

da equipe, comunicação e interação profissional/usuário, acolhimento, vínculo e responsabilização na relação profissional/usuário, campo e núcleo de competências, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, integralidade, dispositivo, grupo operativo, poder, participação social e controle social. As categorias mais utilizadas são comunicação e interação entre os profissionais da equipe, que é abordada por toda a literatura analisada tanto nacional como internacional, integralidade e processo de trabalho.

Na literatura internacional, identificam-se estudos de revisão bibliográfica sobre o tema, e a abordagem teórica que predomina toma como base justamente as concepções da literatura sobre trabalho em equipe (Ingram, Desombre, 1999; Schofield, Amodeo, 1999; Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2001; Wiecha, Pollard, 2004). Há também a perspectiva da atenção integral (*integrated care*), no enfoque biopsicossocial (McCallin 2001; Wiecha, Pollard, 2004) e a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar (McCallin, 2001, 2006; Miller, Freeman, Ross, 2001; Wiecha, Pollard, 2004; Wachs, 2005). Em estudo recente, além da interdisciplinaridade, McCallin (2006) usa a teoria fundamentada em dados. Cabe destacar que, na literatura internacional, a abordagem da perspectiva da atenção integral também aparece associada à abordagem clínica do paciente e do trabalho em equipe (Wiecha, Pollard, 2004).

Como já se disse, a literatura mostra que não há um consenso sobre a concepção de trabalho em equipe de saúde, mas um conjunto de definições que permite identificar características comuns que permitem estabelecer um referencial de abordagem do tema.

Na literatura nacional, identificaram-se duas autoras do campo da Saúde Coletiva e da Enfermagem, que, a partir de pesquisas empíricas qualitativas, constroem concepções que expressam os processos que as equipes usam no trabalho e na interação entre os profissionais (Peduzzi, 1998, 2001; Fortuna, 1999; Fortuna et al., 2005).

Peduzzi (1998, 2001) concebe o trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade do trabalho coletivo que é construída pela relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas dos vários

profissionais e pela interação entre esses agentes, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais. Portanto, distingue trabalho em equipe de trabalho coletivo, caracterizando o primeiro eminentemente pela relação recíproca entre duas dimensões complementares – trabalho e interação social.

Quanto à distinção entre trabalho coletivo em saúde e trabalho em equipe de saúde, observa-se que o primeiro se refere ao processo de divisão do trabalho especificamente no campo da saúde, que se inicia em meados do século XIX, com a profissionalização da enfermagem, e gera o parcelamento de um trabalho comum originário, o trabalho médico, constituindo trabalhos especializados, em que cada grupo profissional presta, separadamente, parte da assistência e do cuidado à saúde (Pires, 2006a, 2006b). O segundo consiste num instrumento ou numa estratégia de recomposição dos vários trabalhos especializados, na perspectiva da atenção integral, que emerge em meados do século XX (Peduzzi, 2006).

A construção dessa concepção de trabalho em equipe de saúde passa pela identificação de um conjunto de características do objeto que permitem seu reconhecimento: a comunicação entre os profissionais, a elaboração de um projeto assistencial comum, a preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, o questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos especializados, a flexibilidade da divisão do trabalho e a autonomia profissional de caráter interdependente (Peduzzi, 1998, 2001).

Fortuna (1999) e Fortuna et al. (2005, p. 264) conceituam o trabalho em equipe de saúde como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar”. Assim, as autoras destacam a dimensão das inter-relações entre os profissionais e da dinâmica grupal que se estabelece entre os integrantes da equipe.

As autoras recomendam que as equipes se treinem como tal pela técnica de grupos operativos, desenvolvida pelos autores da escola argentina de grupos. Distinguem equipe e grupo, com base na já vista definição da primeira e concebendo grupo operativo como “um conjunto de pessoas com um objetivo

comum, que opera e se estrutura à medida que se relaciona. Grande parte do grupo operativo consiste no treinamento para operar como equipe” (Fortuna et al., 2005, p. 264). Essa distinção esclarece que se trata de objetos diferentes, pois, com base nessa concepção de grupo operativo, entende-se que a constituição de uma equipe vai além do próprio grupo, configurando uma situação de trabalho, ou seja, com sujeitos em relação, operando processos de trabalho com objetivos e uma dada finalidade social que é internalizada nos respectivos processos de trabalho. O destaque para as inter-relações e a dinâmica grupal permite que as autoras proponham o reconhecimento e a compreensão desses processos grupais como forma de construir a própria equipe no cotidiano do trabalho, ou seja, de usar a dinâmica grupal na análise e na organização do trabalho em equipe.

Na revisão da literatura nacional, identifica-se um terceiro autor, que analisa o trabalho em equipe com base no conceito de transdisciplinaridade, baseado na produção teórica de Hilton Japiassu e Basarab Nicolescu e nos documentos produzidos pelo Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires (Ciret) (Iribarry, 2003). Destaca-se que o autor trata da transdisciplinaridade e do trabalho em equipe sem fazer distinção entre os planos de integração das disciplinas e áreas de conhecimento científico e das práticas profissionais no trabalho cotidiano, no qual os agentes executam ações fundamentadas em saber técnico-científico, também denominado saber operante, ou saber tecnológico, mediante um dado contexto e uma dada condição de trabalho (Peduzzi, 1998).

Iribarry (2003) descreve os diferentes níveis de contato entre as disciplinas com base em Japiassu (1976) – multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade – e exemplifica cada uma delas com situações de equipes de saúde. Assim, observa-se que, na multidisciplinaridade, não há nenhuma cooperação entre as disciplinas, na pluridisciplinaridade, há cooperação entre as disciplinas, mas sem coordenação, na interdisciplinaridade, há uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas coordenadas por uma delas, que ocupa uma posição hierárquica superior, e, finalmente, a transdisciplinaridade envolve uma coordenação de todas as disciplinas, com base em uma axiomática geral (Iribarry, 2003).

É importante observar que, segundo os autores que se dedicam ao tema (Japiassu, 1976; Fazenda, 1995; Nunes, 1995; Almeida Filho, 1997; Iribarry, 2003, e outros), a transdisciplinaridade diz respeito à interação entre as disciplinas, ou seja, ao diálogo e à cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento, a partir do reconhecimento de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo.

Embora seja possível reconhecer uma especificidade na concepção de transdisciplinaridade, que se refere à integração das áreas de conhecimento, Iribarry (2003) refere que aqueles que a buscam se colocam a necessidade de trabalhar em equipe, pois, para uma formulação transdisciplinar, é vital a reunião de diversos profissionais num trabalho em equipe. Estudo sobre o trabalho interdisciplinar em saúde também aponta que a habilidade para o trabalho em equipe consiste num saber fazer necessário para o desenvolvimento da competência para a atuação interdisciplinar em saúde (Saupe et al., 2005).

Iribarry (2003) apresenta um conjunto de características da transdisciplinaridade que também se aplicam ao trabalho em equipe: colaboração, coordenação, compartilhamento de uma mesma finalidade, compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado, busca de cada integrante de familiarizar-se com as demais disciplinas e a produção de discursos de cada área do conhecimento com legibilidade e prática de uma comunicação horizontal entre os membros da equipe em que se compartilham os diferentes saberes. Com base nelas, o autor conceitua trabalho em equipe transdisciplinar:

Uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversas especialidades com a finalidade de uma cooperação entre elas sem que uma coordenação se estabeleça a partir de um lugar fixo. É claro que isso gera, de saída, um problema. Como evitar a verticalidade de uma coordenação? Isto é, como evitar que uma especialidade se torne uma espécie de juiz no processo de tomada de decisão? Ora, a transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto, como um modelo aplicável e como um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipe estejam atentos para eventuais cristalizações e centralização do poder (Iribarry, 2003, p. 488).

Segundo Iribarry (2003), a transdisciplinaridade configura uma atitude que busca o diálogo intercultural entre as disciplinas, respeitados o rigor dos argumentos, a abertura para o inesperado e a tolerância com as diferenças. Esse

diálogo não ocorre em abstrato, mas pautado em necessidades colocadas pela prática, de se refletir sobre a solução de um problema.

Por analogia, pode-se afirmar que o trabalho em equipe multiprofissional integrado também é uma prática dialógica, cujo diálogo se pauta na necessidade de apreender e responder de forma ampliada e resolutiva, com eficácia, eficiência e efetividade às necessidades de saúde dos usuários e da população do território. A atuação especializada dos profissionais de cada área e integração da equipe não são antagônicas, mas complementares, e a prática articulada das diferentes áreas profissionais passa pela ação própria de cada trabalho especializado, ou seja, a integração da equipe supõe a atuação especializada. A integração não anula as diferenças entre as áreas profissionais, mas constitui uma prática na qual os profissionais buscam reconhecê-las por meio do reconhecimento do trabalho do outro, não de forma superficial e estereotipada, mas buscando ter uma idéia abrangente sobre as atividades e os saberes de outros trabalhos especializados, para conhecer as conexões entre as ações do cotidiano do trabalho.

Na literatura internacional, encontra-se uma produção mais extensa sobre trabalho em equipe de saúde, sobretudo no que se refere a publicações que tomam o tema como objeto de estudo e apresentam concepções a seu respeito.

Wiecha e Pollard (2004) analisam o trabalho em equipe de saúde na atenção às doenças crônicas com a mediação do computador e a utilização da internet – eHealth Team. Os autores definem equipe como um pequeno número de profissionais empenhados, com uma finalidade compartilhada e objetivos comuns, com habilidades complementares, uma mesma abordagem no trabalho e responsabilidade pelos resultados produzidos. Ou seja, destacam a orientação interdisciplinar da equipe, na qual todos os membros buscam uma maior colaboração, com base na contribuição de diferentes referenciais que combinam conhecimentos e intervenções para atender a diferentes necessidades do plano de cuidados do paciente e atingir os objetivos do serviço.

Também apresentam características do trabalho em equipe que denominam *12 C's of teamwork*, que visam produzir uma sinergia criativa entre os membros do grupo e levar a idéias e soluções novas e até inesperadas, resultando

numa equipe com bom funcionamento, ou seja, que produza para o paciente os resultados esperados. As doze características acima referidas são: *comunicação*, considerada *sine qua non* no trabalho em equipe, *cooperação*, definida como empoderamento dos membros da equipe, *coesão*, a união dos membros da equipe, *compromisso*, investimento nos processos da equipe, *contribuição*, que é o sentimento que os membros da equipe devem ter na sua atuação conjunta, *colaboração*, equidade entre os membros da equipe, *coordenação* dos esforços, que se refere à execução de ações com base em um plano comum, *consistência* entre os membros da equipe e destes com o ambiente organizacional, *confronto* direto dos problemas da equipe, *conflitos*, que devem ser gerenciados pela equipe, *consensos* construídos entre os membros da equipe para a tomada de decisão e *cuidado*, no sentido de produzir um trabalho centrado nos resultados para o paciente (Wiecha, Pollard, 2004).

Dois estudos sobre trabalho em equipe de saúde produzidos por McCallin apresentam concepções que se complementam. O primeiro, pautado em revisão da literatura, refere a equipe como pessoas com diferentes formações profissionais trabalhando juntas, com uma finalidade e objetivos comuns, contribuições complementares e foco no cuidado do paciente (McCallin, 2001). O segundo, no qual apresenta uma reflexão teórica e resultados de pesquisa empírica, a define como uma contribuição coletiva na qual os profissionais tomam decisões e, juntos, resolvem problemas para atingir o melhor desempenho da equipe, que também requer que se compartilhem finalidade e objetivos de trabalho e que se assumam coletivamente a responsabilidade e a prestação de contas pelos resultados (McCallin, 2006).

Como características do trabalho em equipe, a autora destaca a colaboração, a cooperação, a comunicação entre os profissionais, a responsabilização coletiva e a prestação de contas sobre os resultados produzidos, a resolução de problemas e a tomada de decisão coletivas e o reconhecimento do papel profissional e das responsabilidades dos demais integrantes da equipe. Dentre elas, enfatiza a colaboração e a cooperação entre os profissionais, lembrando que essas relações não podem ser desenvolvidas se cada indivíduo, membro da equipe, não respeitar as competências dos demais (McCallin, 2001, 2006).

Observa-se que há muito em comum entre as concepções apresentadas, bem como nas definições de outros autores, que também são próximas às anteriores. Nesse sentido, Lorimer e Manion (1996), Ingram e Desombre (1999) e Wachs (2005) afirmam que o trabalho em equipe de saúde é constituído por um pequeno grupo de pessoas com habilidades complementares, que trabalham juntas para construir uma abordagem comum e conseguir atingir finalidade e objetivos também comuns, de forma sinérgica e comprometida com o crescimento e o êxito de cada um e de todos os envolvidos.

Com base nos resultados de pesquisa empírica qualitativa realizada no Reino Unido, com o objetivo de conhecer a variedade de equipes em que os estudantes das diferentes áreas da saúde podem aprender a prática em equipe e os aspectos-chave de seu funcionamento, Miller, Freeman e Ross (2001) analisam cinco características que consideram típicas de equipes bem sucedidas em seu propósito de integração: finalidade ou objetivo nuclear claro, que é reconhecido como um foco central do trabalho, articulação das disciplinas, em que todos os membros entendem o papel e as funções do outro e reconhecem áreas que se sobrepõem às tradicionais fronteiras, comunicação, que decorre do entendimento que os membros da equipe devem ter dos conceitos e métodos das demais áreas, para compreender como elas interpretam os mesmos fenômenos e aproximar as diferentes linguagens profissionais, flexibilidade, para tomar em consideração diferentes perspectivas, aceitar mudanças na autoridade e *status* e dispor-se a aceitar desafios, e resolução de conflitos, que pode incluir o entendimento da diferença entre *accountability* e *responsability* dos membros da equipe e o reconhecimento do que é esperado de cada um deles. Segundo as autoras, quando os membros da equipe estabelecem uma base comum de valores, uma linguagem e também uma abordagem comum, a equipe pode vir a perceber os conflitos como oportunidades de crescimento e integração.

Dentre essas cinco características, as autoras referem que a literatura destaca duas – a comunicação e o reconhecimento do papel ou funções dos demais profissionais que compõem a equipe, o que denominaram articulação das disciplinas, ou seja, enfatizam a comunicação e o reconhecimento do trabalho do outro (Miller, Freeman, Ross, 2001).

Vale ressaltar o consenso entre os autores quanto à importância da comunicação para promover o trabalho em equipe integrado (Peduzzi, 1998, 2001; Fortuna, 1999; Risser et al., 1999; Ingram, Desombre, 1999; Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2001, 2006; Iribarry, 2003; Wiecha, Pollard, 2004; Fortuna et al., 2005; Wachs, 2005).

O reconhecimento do trabalho dos demais profissionais da equipe implica o reconhecimento do modo como diferentes profissionais podem contribuir para a assistência e o cuidado dos usuários e da população do território, bem como o fato de que o compartilhamento de saberes e habilidades dos diferentes profissionais se dá em benefício dos usuários e não acarreta a perda das especificidades de cada trabalho especializado (Miller, Freeman, Ross, 2001).

A literatura mostra um acordo sobre as características do trabalho em equipe, mas pouco se analisam as formas pelas quais as equipes podem atingir essas características na sua configuração, o que pode ajudar a compreender a ausência de consenso sobre a concepção ou definição de equipe apontada por Wiecha e Pollard (2004). Considerando que o trabalho em equipe é uma estratégia bem aceita no campo da saúde, tanto na perspectiva da atenção integral como na da redução de custos, a literatura apresenta uma abordagem positiva sobre o tema, mas usualmente aponta dificuldades na sua operacionalização.

Entende-se que essas dificuldades estão ligadas às próprias características do trabalho em equipe, visto que, na sua maioria, remetem à dimensão da intersubjetividade, e não à técnica e ao conhecimento técnico-científico separado da interação social. Mesmo a necessidade de se articularem as disciplinas e as ações requer a busca do entendimento, o reconhecimento das diferenças, dos nexos e das conexões, bem como dos benefícios da própria articulação para a atenção às necessidades de saúde do usuário, o que desloca o foco da ação profissional da intervenção e de seu trabalho especializado para o cuidado do usuário e o reconhecimento do trabalho especializado dos demais – o reconhecimento do outro.

As concepções e características correlatas referidas pelos diversos autores da literatura nacional e internacional permitem configurar um conjunto comum e amplo de características do trabalho em equipe de saúde que possibilita seu

reconhecimento como objeto de estudo e ferramenta do processo de trabalho em saúde. Assim, apresentam-se as características que configuram as equipes de saúde: comunicação entre os profissionais, compartilhamento de finalidade e objetivos do trabalho, compartilhamento da abordagem dos pacientes, construção de uma linguagem comum da equipe, construção de um projeto assistencial comum, articulação das ações e das disciplinas, cooperação e colaboração entre os profissionais, responsabilidade e *accountability* (referente à prestação de contas pelos resultados produzidos por parte da equipe e dos profissionais), reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, reconhecimento da complementaridade e da interdependência das atividades dos diferentes membros da equipe, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais e questionamento da desigualdade de sua valoração social.

Contudo, essas características não se manifestam igualmente em todas as situações de trabalho em equipe, de modo que há diferenças que podem ser entendidas como diferentes modalidades ou tipos de equipe.

Com base na análise das características e da dinâmica de trabalho de quatro equipes de saúde, Peduzzi (1998, 2001) estabelece uma tipologia que distingue duas modalidades: equipe-integração e equipe-agrupamento. Na primeira, as ações se articulam e os agentes interagem e, na segunda, justapõem-se as ações e os profissionais apenas se agrupam. Essa tipologia se fundamenta em pesquisa que estudou equipes de uma enfermaria clínica e de uma UTI, ambas de um hospital especializado em saúde da criança, uma unidade mista que reunia unidade básica de saúde e ambulatório de especialidades médicas e um ambulatório de saúde mental. Dentre estes, o ambulatório de saúde mental tinha uma prática de equipe integração, assim como a UTI infantil, embora apenas nas situações de emergência como os episódios de parada cardio-respiratória. A enfermaria clínica e a unidade mista se caracterizaram como equipes-agrupamento.

Também se encontra uma tipologia de trabalho em equipe em estudo realizado no Reino Unido, com seis equipes multiprofissionais de hospitais e

serviços extra-hospitalares, que identificou três tipos de equipe: a equipe integrada, a equipe “coração e periferia”, em que há um núcleo de profissionais atuando integradamente e outros com uma atuação periférica em relação a ele, e a equipe fragmentada. A equipe integrada só foi identificada na unidade de neuro-reabilitação, a fragmentada foi identificada na saúde mental comunitária, na atenção primária e na enfermagem médica e o tipo “coração e periferia” apareceu nas equipes do centro de diabetes e do centro de cuidados à criança (Miller, Freeman, Ross, 2001).

As duas tipologias e os resultados de ambas as pesquisas apontam a predominância de equipes fragmentadas. Também se pode observar que, na mesma área de trabalho – como, por exemplo, a saúde mental extra-hospitalar –, um dos estudos identifica o trabalho em equipe integrada e o outro, uma equipe fragmentada, o que mostra que a integração da equipe expressa mais a dinâmica e o contexto de trabalho de cada grupo do que a área de atuação em si. Isso merece destaque por se considerar a experiência e a tradição mais consolidada de trabalho em equipe na área de saúde mental.

Embora o recorte da perspectiva da gerência no estudo do trabalho em equipe seja reconhecido como minoritário (Schofield, Amodeo, 1999), identificaram-se vários autores que problematizam o tema também dessa ótica (Lorimer, Manion, 1996; Ingram, Desombre, 1999; Schofield, Amodeo, 1999; Fortuna, 1999; Campos, 1999, 2000, 2007; McCallin, 2001; Miller, Freeman, Ross, 2001; Wachs, 2005).

Campos (1999, 2000a) discute a ordem organizacional tradicional e parte do pressuposto de que a subjetividade dos trabalhadores de saúde que compõem as equipes de saúde também é influenciada pela estrutura organizacional e pela organização dos processos de trabalho. Nesse sentido, caracteriza o que denomina contexto socioeconômico e político do trabalho em equipe, em que destaca o estilo de governo, a estrutura organizacional, as relações de poder e o modelo técnico-assistencial. Segundo o autor, a estrutura tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional, produz fragmentação e dificulta o trabalho em equipe, pois os profissionais, pares ou de diferentes áreas, somam procedimentos, lado a lado,

com a suposição que cada um cumprindo sua parte estaria garantindo a qualidade do todo e da atenção à saúde.

Nesse sentido, propõe a organização do serviço segundo equipes de referência e apoio especializado matricial, como um arranjo organizacional para a gestão do trabalho que pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investir na construção da autonomia dos usuários e reforçar o poder de gestão de equipes de saúde, ou seja, deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas para o poder da gestão de equipes (Campos, 1999, 2007).

Segundo o autor, a organização do trabalho em equipes de referência também facilita o vínculo e a responsabilização dos profissionais e das equipes com os respectivos usuários, embora ele reconheça que nenhuma equipe completará toda a potencialidade de um trabalho interdisciplinar necessário para a integralidade da atenção à saúde. Daí a necessidade de apoio matricial de especialidades, para assegurar a retaguarda especializada e um amplo leque de alternativas terapêuticas.

O sistema matricial proposto combina a referência, que é caracterizada por um trabalho mais polivalente – visto que busca responder a um conjunto amplo de necessidades de saúde dos usuários –, com a oferta horizontal de serviços mais específicos e especializados, o que permite tanto valorizar e preservar a especificidades de cada área profissional como a flexibilização da divisão de trabalho que privilegia as competências de cada agente do trabalho, e não a rigidez das fronteiras das respectivas áreas e a exploração ao máximo das possibilidades dos campos e núcleos de competências (Campos, Chakour, Santos, 1997; Campos, 1997; Campos 2000b). Nessa nova forma de organização dos serviços de saúde, as áreas profissionais tradicionalmente organizadas como departamentos (médicos, enfermagem etc.) que estruturam o serviço passariam a compor o eixo matricial (Campos, 1999), ou serviços departamentalizados poderiam atenuar sua estrutura vertical, que tende à fragmentação dos processos de trabalho e da unidade de gestão, com a criação de ações horizontais do tipo apoio matricial (Campos, 2007).

Na mesma direção da problematização da ordem organizacional tradicional, Fortuna (1999) identifica e analisa a potência da gerência do serviço em

se constituir em desencadeador dos processos de revisão do trabalho, favorecendo a reconfiguração das equipes no sentido de maior integração e compartilhamento do poder. Para a autora, o trabalho em equipe requer a revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que está instituído, de modo a revelar o explícito e o implícito dos papéis assumidos e adjudicados e dos objetivos em disputa no serviço.

Também Lorimer e Manion (1996) abordam o trabalho em equipe da perspectiva da mudança organizacional baseada em mudanças na estrutura e na cultura da organização. Os autores propõem a gestão de serviços de saúde com base no trabalho em equipe (*team-based organizations*), cuja menor unidade da estrutura é a equipe, embora nem todos os trabalhadores devam estar inseridos em equipes de trabalho. Analisam um conjunto de mudanças que precisam ser implementadas para orientar a atuação dos profissionais no sentido do trabalho em equipe: descentralização da gerência para as equipes do processo de tomada de decisão, no que se refere ao trabalho que executam, estabelecimento de relações de colaboração entre o gerente e as equipes, de modo que ambos possam compartilhar o trabalho, lida conjunta com os problemas, e não mero endosso do trabalho ou da decisão de cada uma das partes, transferência da responsabilidade e da respectiva autoridade da gerência para as equipes, para que seu trabalho tenha êxito, reconhecimento da parte da gerência e da dos trabalhadores de que a crescente complexidade do trabalho em saúde requer o trabalho em equipe, definição clara do que é o trabalho de cada uma das equipes e do que é o trabalho do gerente, mudança na cultura organizacional, o que implica redesenhar a forma como o trabalho é realizado, como as pessoas trabalham juntas e como se mensuram os resultados e a qualidade, e manutenção constante de apoio da gerência e/ou de uma liderança para a promoção do trabalho em equipe.

A importância da presença de uma liderança na promoção do trabalho em equipe é analisada por Lorimer e Manion (1996) e Wachs (2005), que destacam a capacidade de a liderança focar seu trabalho na organização, no compartilhamento e na articulação dos membros da equipe em torno dos objetivos propostos – diariamente, se necessário. Frequentemente os membros da equipe dirigem sua atenção a outros aspectos ou problemas, esquecendo-se de que sua principal responsabilidade é com a saúde dos usuários, o que deve ser rapidamente

percebido pelo membro que exerce a liderança e trabalhado. A liderança da equipe deve agir ainda como uma ligação ou coordenação entre a equipe e a gerência do serviço (Wachs, 2005).

A liderança de equipes também requer competências de comunicação, para a promoção de ambiente de empoderamento dos profissionais e das respectivas equipes, atribuindo-lhes responsabilidade e autoridade. As responsabilidades devem ser definidas claramente, assim como a autoridade, em grau e qualidade suficientes para que se assumam a responsabilidade pelas atividades e os resultados do cuidado à saúde. Nesse processo de empoderamento, destaca-se a necessidade de *accountability*, ou de os profissionais e as respectivas equipes prestarem contas pelos resultados produzidos quanto à saúde dos usuários (Lorimer, Manion, 1996).

Vários autores discutem as evidências da efetividade do trabalho em equipe na atenção à saúde e referem que os estudos sobre o tema apresentam resultados conflitantes e apontam que o estado da arte da investigação tem sido considerado pobre. Devem se desenvolver métodos de avaliação do trabalho em equipe, pois pesquisas recentes mostram métodos e medidas mal definidos, inadequação na delimitação dos efeitos específicos do trabalho em equipe nos resultados da assistência à saúde e escassos estudos com grupo-controle. Também se mostra que a maior parte da literatura analisa tópicos isoladamente, sem se considerarem o contexto e o referencial sócio-histórico, que pouco se estudam os aspectos relacionados ao trabalho e aos processos envolvidos, mas apenas um tópico separado. Assim, a literatura assinala a necessidade de maior rigor conceitual nos estudos e de pesquisas empíricas que produzam evidências sobre os processos que as equipes usam no trabalho e na interação entre os profissionais, no contexto das práticas (Schofield, Amodeo, 1999; McCallin, 2001; Miller, Freeman, Ross, 2001; Wiecha, Pollard, 2004).

Estudos com base em revisão de literatura identificam a ausência de definição de termos como “equipe”, “trabalho em equipe”, “interdisciplinar” e “multidisciplinar”, o que, segundo os autores, mostra a frágil consistência de grande parte da produção, pois um dos pré-requisitos para uma rigorosa avaliação de um

modelo ou proposta é a clara definição da terminologia. Os autores verificaram que a maioria dos artigos analisados apenas endossa a proposta do trabalho em equipe interdisciplinar, sem apresentar argumentos ou fundamentação para tal, também destacam que poucos artigos apresentam um modelo conceitual de equipe interdisciplinar bem formulado (Schofield, Amodeo, 1999; McCallin, 2001).

Comentando a importância da “colaboração” no êxito do trabalho em equipe, o editorial do *British Medical Journal* (Zwarenstein, Reeves, 2000) destaca o caráter retórico da maioria das publicações sobre o tema e a escassez de pesquisas empíricas sobre a natureza da interação, dos conflitos e da colaboração entre os membros de equipe de saúde, sobretudo entre médicos e enfermeiros, profissionais que mais comumente compartilham situações de cuidados aos pacientes.

As críticas que apontam a necessidade de maior rigor teórico-conceitual e metodológico nos estudos sobre trabalho em equipe de saúde colocam em evidência as frágeis definições de termos e conceituação, o que também remete ao uso impreciso e indiscriminado da variada terminologia sobre o tema.

Os termos “multiprofissional”, “interprofissional”, “multidisciplinar”, “interdisciplinar” e “transdisciplinar” são frequentemente tomados como equivalentes ou intercambiáveis, além de serem definidos, na literatura, de formas diferentes. A distinção mais comum é o uso do prefixo “multi” para a composição de várias áreas profissionais e disciplinas sem interação entre os membros da equipe e de “inter” para situações com uma dada interação entre os membros da equipe (Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2001; Wiecha, Pollard, 2004). De modo geral, a variação dos termos é representada pelos prefixos “multi”, “inter” ou “trans”, com base nas concepções de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade ou pela utilização dos sufixos “disciplinar” e “profissional”.

McCallin (2006) assinala uma clara distinção entre trabalho interdisciplinar e pesquisa interdisciplinar, pois aquele se refere a práticas de trabalho com foco na assistência e no cuidado ao paciente e ênfase na colaboração entre os membros da equipe, ao passo que este visa a geração e construção do conhecimento.

Em publicação anterior, McCallin (2001) considera que a expressão “trabalho em equipe” refere-se ao desempenho ou à atuação dos profissionais para a produção de resultados e a realização dos objetivos propostos para os pacientes.

Embora sejam pertinentes as discussões sobre a terminologia, convém não desviar o foco da questão central, que é a constituição de equipes que funcionem com eficácia e efetividade, no sentido de produzirem resultados pertinentes às necessidades de saúde dos usuários e da população do território em que se insere o serviço, e não de um simples agrupamento de profissionais que reiterem a fragmentação dos processos de trabalho e da gestão e gerência locais.

Capítulo 4 -Metodologia

4.1 Tipo de estudo

Com base no objeto e nos objetivos do estudo, que se referem às concepções e às percepções dos gerentes sobre o trabalho em equipe na prática cotidiana dos serviços de saúde, optou-se por desenvolver uma pesquisa de natureza qualitativa e com caráter compreensivo e interpretativo. Busca-se conhecer e compreender as representações dos gerentes sobre o tema e a sua percepção sobre a operacionalização do trabalho em equipe no cotidiano dos serviços, seja esta ou outra a modalidade de organização do trabalho, sejam as ferramentas que eles usam para constituir, consolidar e dar sustentação às equipes.

Posto que a pesquisa trata de uma problemática de estudo que constitui um fenômeno social, à medida que se quer analisar o trabalho em equipe de saúde da perspectiva dos gerentes centrais de serviços, opta-se por um método qualitativo de abordagem e análise, com base no quadro referencial de interpretação da realidade já apresentado e num conjunto de técnicas de coleta e de análise do empírico que ensejem a apreensão dessa realidade, recortada conforme o objeto de estudo que foi construído no desenvolvimento da investigação. Ainda por se tratar de estudo qualitativo, a visão de mundo da pesquisadora está presente e implicada em todo o processo da pesquisa, desde a concepção inicial do problema, passando pela construção do objeto com base no quadro teórico, até o resultado, o que não exime pesquisadora ou pesquisa da necessária objetivação, coerência e consistência teórico-metodológica (Demo, 1985; Minayo, 1992).

Assim, ao longo do percurso da pesquisa, buscou-se manter o rigor conceitual do referencial teórico adotado, bem como o rigor de interpretação na articulação entre o quadro teórico e o material empírico. Também se procurou manter

a contínua e necessária vigilância metodológica teórica e empírica, com a crítica das idéias expostas nos documentos e publicações que permitiram a descrição do campo, no caderno de campo e nos depoimentos dos entrevistados, assim como a autocrítica em relação à visão de mundo da pesquisadora (Minayo, 2002; Rudio, 2004).

O trabalho em equipe de saúde é investigado, em especial, da perspectiva dos gerentes centrais dos serviços de saúde de uma região pertencente a uma das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. Embora a pesquisadora conheça a região de estudo, por ser semelhante ao investigado por ocasião de seu doutorado, em 1998, sabe-se que houve mudanças desde então, tanto no recorte geográfico como no conjunto de estabelecimentos de saúde que compõem a região, de modo que, para uma atualização do conhecimento da rede de serviços públicos de saúde desse cenário e a política de saúde vigente, levantaram-se documentos oficiais e de publicações, compondo-se a descrição do campo de estudo.

4.2 Campo de estudo

No município de São Paulo, a partir de 2001, as ações e os serviços públicos de saúde são prestados em consonância com os princípios e as normas do SUS, estabelecidos pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), com a opção pela municipalização plena do sistema segundo a NOB 01/1996-PAB e pela Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica.

A retomada do SUS no município de São Paulo ocorre após cinco anos de vigência do Programa de Atendimento à Saúde (PAS), que tinha sido criado pela Lei municipal nº 11.866, de 13 de setembro de 1995, e implementado a partir de janeiro de 1996. Com base no PAS, o município foi dividido em módulos assistenciais que passaram a ser gerenciados por cooperativas privadas às quais poderiam aderir os servidores públicos municipais solicitando licença sem vencimentos e sem perder nenhum benefício por trabalhar no PAS. Cerca de 28 mil

trabalhadores não aderiram e foram remanejados para outras áreas de atuação da Prefeitura, o que acarretou grande volume de contratação e onerou os cofres públicos (Junqueira, 2002).

Em 1998, retomaram-se as tentativas de se reintegrar a rede municipal de saúde ao SUS, com a eleição de conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS), cuja homologação e posse só ocorreu em fins de 1999. Nesse sentido, vale destacar que o CMS do município de São Paulo foi o primeiro a ser criado no país, em 1989, embora sua conformação legal só tenha ocorrido em gestão posterior, através da Lei nº 12.546, de 7 de janeiro de 1998 (Sobrinho, 2003).

No final de 1999, iniciou-se o processo de desmantelamento das 14 cooperativas privadas, às quais se tinha delegado o gerenciamento de 142 unidades de saúde municipais (Carvalho, 2000). O término da reincorporação à SMS das unidades de saúde que tinham sido privatizadas pelo PAS ocorreu em junho de 2001, com o encerramento dos convênios e a incorporação de 96 unidades básicas de serviço (UBS), 16 ambulatórios de especialidades, 13 hospitais e 12 prontos-socorros (Donnini, 2003).

No início de 2000, consolidou-se a entrada da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) na Comissão Intergestora Bipartite (CIB/SP), com pedido para assumir a Gestão Plena da Atenção Básica (Donnini, 2003: 37).

O processo de municipalização teve início em junho de 2001, e, em seis meses, foram incorporadas à SMS 141 UBS e 12 ambulatórios de saúde mental que estavam sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES). No mesmo ano, a SMS pleiteou e conseguiu sua classificação na Gestão Plena da Atenção Básica, após comprovar suas condições de acesso à categoria, marcando seu pleno retorno ao SUS. Contudo, a transferência das 59 unidades do PSF/Qualis, com cerca de 200 equipes de saúde da família (ESF), durou mais tempo, tendo sido concluída em meados de 2002 (Donnini, 2003; Barata, Tanaka, Mendes, 2004).

Vale destacar que a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo, iniciada em 1996, se deu vinculada à SES, em decorrência da opção política municipal da época, pelo PAS. Assim, o PSF implantado no município recebeu a denominação de Projeto Qualidade Integral em

Saúde (Qualis) e, embora calcado no modelo do PSF, tinha algumas particularidades tanto quanto à forma de gestão, operacionalizada por parcerias do Estado com organizações sociais, quanto à organização das atividades assistenciais, visto inserir-se numa metrópole como São Paulo (Silva, Dalmaso, 2002).

Ao lado do processo de municipalização e de descentralização para a gestão da política de saúde no município de São Paulo, a SMS opta pela distritalização, com a divisão da cidade em 41 distritos de saúde, cada qual respondendo, em média, por 250 mil habitantes (São Paulo, 2001). A instância Distrito de Saúde foi ajustada após a configuração definitiva das subprefeituras, passando inicialmente para a instância Coordenadoria de Saúde, junto a cada subprefeitura, e, mais recentemente, para a instância Supervisão Técnica de Saúde, ligada às Coordenadorias Regionais de Saúde.

São Paulo é um município de grande contingente populacional, com cerca de 10,5 milhões de habitantes, distribuídos em 1.509 km², e, com base na política de descentralização, a Prefeitura optou por se reorganizar em 31 subprefeituras, criadas pela Lei Municipal nº 13.399, de 1 de agosto de 2002. Uma subprefeitura é um órgão da administração direta instalado em áreas de limites territoriais estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos e tem a responsabilidade de planejar, controlar e executar os sistemas locais, de acordo com as políticas, diretrizes e programas de nível central. As subprefeituras foram criadas visando democratizar a gestão pública e melhorar o acesso do munícipe às estruturas administrativas, de modo que devem atuar propiciando o desenvolvimento local, a ampliação da oferta e a melhoria da qualidade dos serviços locais. Cada subprefeitura, constituída pelos respectivos distritos de saúde, incluía em sua estrutura básica, dentre outras instâncias, uma Coordenadoria de Saúde, responsável pelas ações de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, recursos humanos e financeiros da área da saúde e atividades afins (São Paulo, 2002).

A região de estudo desta pesquisa abarca os serviços de saúde que compunham uma das Coordenadorias de Saúde criada à época da instalação das subprefeituras, correspondendo à região de uma das subprefeituras do município de São Paulo. Contudo, o Decreto Municipal nº 46.209, de 15 de agosto de 2005,

introduz uma nova reformulação dos territórios de saúde, dispondo sobre a transferência das Coordenadorias de Saúde das subprefeituras para a SMS e unificando as antigas Coordenações de Saúde em cinco regiões – Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro –, desde então designadas Coordenadorias Regionais de Saúde. O mesmo Decreto também cria a instância de Supervisão Técnica de Saúde, num total de 24, que responde à Coordenadoria Regional de Saúde pelas unidades básicas de saúde (UBS) e pelos serviços especializados (SE), cada uma correspondendo à área de uma ou mais subprefeituras. Na Coordenadoria Regional de Saúde estudada, há três Supervisões Técnicas de Saúde, uma das quais corresponde à área de abrangência da região de estudo (São Paulo, 2005a).

Em 2002, com base na diretriz de descentralização, ou seja, na disponibilização de instrumentos e recursos mais próximos dos espaços de prestação dos serviços e mais claramente subordinados às suas exigências, a gestão da rede municipal de hospitais e prontos-socorros, introduz as entidades autárquicas de regime especial, pela Lei Municipal nº 13.271/2002, às quais ficam ligados esses serviços de saúde. Essas autarquias são dotadas de personalidade jurídica de direito público, sob regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Contudo, devem executar ações e serviços de saúde definidos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, observando os princípios e as normas definidos pelo SUS (Morimoto, Kon, 2003). Um dos hospitais e o pronto-socorro da região de estudo são administrados pela Autarquia Hospitalar Municipal da região.

Em julho de 2003, a prefeitura conquista a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, com o que a SMS passa a coordenar as redes municipal, estadual e privada credenciadas ao SUS, assumindo a responsabilidade pela gestão de 87 hospitais e 63 unidades ambulatoriais especializadas, que se somam às 386 UBS (Crevelim, 2004).

Em consonância com os princípios e as normas do SUS, a Prefeitura do Município de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, adere, a partir de 2006, às Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 –

Consolidação do SUS, com seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (Brasil, 2006b).

No que se refere ao Pacto de Gestão, ele radicaliza a descentralização das atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios e reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional. Dentre as prioridades do Pacto, consta o estabelecimento das diretrizes para a gestão do SUS com ênfase na descentralização, regionalização e gestão do trabalho e educação na saúde, entre outras (Portaria GM/MS nº 399/2006). Destacam-se essas prioridades por corroborarem o recorte do objeto de estudo desta pesquisa – o trabalho em equipe multiprofissional da perspectiva dos gerentes centrais dos serviços de saúde de uma região do município de São Paulo. Concebe-se o trabalho em equipe como instrumento da gestão e da gerência local de serviços de saúde, portanto, como ferramenta da gestão do trabalho, abordada aqui desde a ótica dos gerentes centrais de serviços de saúde, sobretudo quanto ao trabalho em equipe multiprofissional.

Por região de saúde entende-se um recorte territorial de um espaço geográfico contínuo, definido pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes. A cada região de saúde cabe organizar a rede de ações e serviços de saúde para assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade de acesso, equidade e integralidade do cuidado (Brasil, 2006b).

A região de estudo tem uma rede de ações e serviços de saúde com resolutividade para o respectivo território, com suficiência em atenção básica e de média complexidade, sob a responsabilidade da respectiva supervisão técnica de saúde, que responde à Coordenadoria Regional de Saúde pelas 13 UBS e quatro SE, isto é, um ambulatório de especialidades, um serviço de assistência especializada DST/Aids (SAE – DST/Aids), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e um Centro de Convivência e Cooperativa (Cecco). Nessa região, há também um hospital geral e um pronto-socorro municipal que fazem parte da Autarquia Hospitalar Municipal local, um hospital estadualizado e dois serviços de ensino, um hospital

geral e uma UBS, ambos integrados à rede loco-regional. Assim, a região de saúde reúne 22 serviços (14 UBS, quatro SE, três hospitais e um pronto-socorro).

Embora convenha relativizar a concepção de hierarquização dos serviços de saúde, com fluxos verticais representados pela figura clássica de uma pirâmide e, conseqüentemente, se deva trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada no sistema de saúde, de modo a ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços (Cecílio, 1997), para efeito de estudo, os serviços da região de pesquisa são distribuídos segundo níveis de assistência à saúde: atenção básica (14 UBS), serviços especializados (quatro SE), três hospitais e um pronto-socorro (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos serviços de saúde da região estudada, segundo o tipo de atendimento prestado

4.3 Caracterização dos trabalhadores de saúde da região de estudo

A caracterização do perfil dos trabalhadores e das equipes de saúde dos serviços de saúde públicos que compõem a região de estudo está baseada nos resultados da primeira fase da pesquisa principal a que se vincula esta investigação⁷ (Peduzzi, 2007).

Os 18 serviços de saúde estudados na primeira fase da pesquisa principal representam um total de 4.142 trabalhadores, dos quais 1.837 (44,4%) são

---

⁷ Na primeira fase da pesquisa, foram estudados apenas 18 serviços de saúde da região, pois o diretor de uma UBS se recusou a participar, e se perderam outras três unidades, que, embora tenham concordado em participar, acabaram não tendo condições de permitir a coleta de dados: numa, estava prevista a reforma do prédio, outra receberia os profissionais da que entraria em reforma e uma terceira estava implantando a estratégia de saúde da família na ocasião de coleta de dados.

do hospital de ensino da universidade, que tem 258 leitos, 972 (23,5%) são do outro hospital de ensino estadualizado, com 120 leitos, 354 (8,5%) são de um terceiro hospital, da rede municipal, com 81 leitos, 148 (3,6%) são do pronto-socorro – perfazendo 3.311 (79,9%) –, 641 (15,5%) estão nas dez UBS e 190 (4,6%), nos quatro SE (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de saúde da região de estudo, segundo a modalidade de atenção (atenção básica, especializada, hospitais e PS) São Paulo, 2006

Tipo de Unidade	Nº	%
Atenção Básica	641	15,5
Serviços Especializados	190	4,6
Hospitais e OS	3311	79,9
Total	4142	100,0

Quanto ao sexo, 3.038 (73,3%) trabalhadores são mulheres e 1.104 (26,7) são homens e, quanto à idade, predominam as faixas etárias de 41 a 50 anos, com 1.536 (37,5%) trabalhadores, e de 31 a 40 anos, com 1.082 (26,4%), ambas perfazendo 2.618 (63,9%) profissionais. O tipo de vínculo empregatício predominante é a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com 2.447 (59,4%) trabalhadores, seguido do tipo efetivo, com 1.088 (26,4%). Estes últimos, somados aos 316 (7,7%) trabalhadores com contrato pela Lei nº 500/1974, representam 1.404 (34,1%) servidores públicos.

Quanto ao tempo de trabalho no serviço, a média é de 9,87 anos, a mediana é de 8 anos e há 2.001 (48,1%) trabalhadores que têm entre 8 e 16 anos no serviço. Portanto, a tendência é de os trabalhadores se fixarem no respectivo serviço, o que é desejável, pois o trabalho em saúde requer o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário e o compromisso dos trabalhadores com o projeto de trabalho da unidade, que se refere à atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território, além de ser um elemento que favorece a interação e a integração no trabalho em equipe.

Por outro lado, há 1.354 (33,6%) trabalhadores que estão no serviço há até 4 anos, o que revela a recente incorporação de novos profissionais aos serviços de saúde e o retorno de outros que tinham sido alocados em outras Secretarias Municipais, durante a vigência do PAS. Várias unidades apresentam um alto percentual de trabalhadores com tempo inferior ou igual a 4 anos, o que coincide com o encerramento do PAS.

No tocante à política de recursos humanos em saúde, é importante observar os dados sobre a escolaridade, que tende a aumentar no setor saúde (Brasil, 2001), seguindo a tendência mundial do setor de serviços, com maior incorporação tecnológica e crescente complexidade dos serviços (Peduzzi, 2003). Na região pesquisada, 1.513 (41,1%) e 1.387 (37,7%) trabalhadores de saúde têm, respectivamente, ensino superior completo e ensino médio completo, o que representa cerca de 80% do total. Por outro lado, 295 (8%) trabalhadores de saúde têm apenas ensino fundamental incompleto, o que requer urgente e intensivo investimento em sua escolarização.

Outro aspecto relevante na análise do trabalho em saúde, particularmente da organização do trabalho para a prestação de serviços, refere-se à distribuição das categorias profissionais nos respectivos serviços de saúde, pois se trata de um tipo peculiar de trabalho, caracterizado pela complexidade dos objetos de trabalho e dos serviços e pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade das práticas.

Nesse sentido, vale destacar a distribuição dos trabalhadores entre as áreas assistencial, atividade-fim no setor saúde, e de apoio administrativo. Na região estudada, como esperado, 2.919 (71,2%) trabalhadores estão ligados à primeira e 1.141 (27,8%) à última, embora não tenha sido possível identificar literatura que analise a adequada distribuição de trabalhadores de saúde segundo a natureza do trabalho – assistencial e administrativo ou gerencial.

O cruzamento entre escolaridade e natureza do trabalho (assistencial e apoio administrativo) revela que os trabalhadores da área assistencial têm maior escolaridade, concentrando, respectivamente, 93,5% e 66,6% daqueles com ensino superior completo e ensino médio completo, ao passo que a área de apoio

administrativo apresenta, respectivamente, 25,2% e 16,2% dos trabalhadores com ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

Quanto à distribuição das categorias profissionais de saúde ligadas diretamente à assistência e ao cuidado, verifica-se que predominam os trabalhadores de enfermagem, com 917 (22,4%) auxiliares de enfermagem, 331 (8,1%) enfermeiros e 223 (5,4%) técnicos de enfermagem, somando 1.471 (35,9%) profissionais. Depois, há 779 (19%) médicos e 98 (2,4%) cirurgiões-dentistas, e as demais categorias de profissionais de saúde de nível superior comparecem em números reduzidos: 56 (1,4%) farmacêuticos, 38 (0,9%) psicólogos e assistentes sociais, 28 (0,7%) nutricionistas, 26 (0,6%) fisioterapeutas, 17 (0,4%) fonoaudiólogos e 15 (0,4%) terapeutas ocupacionais.

Foram identificados 112 (2,7%) agentes comunitários de saúde, que atuam na estratégia de saúde da família, implantada em quatro UBS da região. E nota-se a substituição dos atendentes de enfermagem por auxiliares e técnicos de enfermagem, sobretudo a partir de 2001, com a implantação do Projeto de Profissionalização de Trabalhadores de Enfermagem (Profae), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, pois aparecem 31 (0,8%) atendentes no conjunto dos serviços estudados. Esses trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, que eram qualificados tecnicamente de forma empírica, em serviço, representavam, no início dos anos 1980, 63,8% da força de trabalho de enfermagem e, em 1998, ainda persistiam, sendo 35% do total de trabalhadores de enfermagem do país (Silva, Peduzzi, 2005).

Embora a equipe do tipo atendente-médico, que predominava nos serviços de saúde do país até meados dos anos 1980, tenha, desde então, sido substituída por uma composição de equipe de saúde mais diversificada e complexa, com maior incorporação de auxiliares de enfermagem e outros profissionais de nível superior, respondendo, em parte, à necessidade de reorganização do modelo de atenção com foco na integralidade da saúde (Machado et al., 1992), observa-se que, na região de estudo, predomina a composição de equipe na modalidade auxiliar de enfermagem e médico. Isso mostra, por um lado, a melhora da qualificação profissional do binômio que predomina na assistência à saúde, mas, por outro, a

persistência de uma baixa incorporação de profissionais de nível técnico como o técnico de enfermagem e outros profissionais de saúde não médicos.

Esse resultado chama a atenção justamente pela necessidade e pela proposta de reorganização do modelo assistencial orientado pela atenção integral à saúde e pelo crescente reconhecimento da correlata proposta de trabalho em equipe de saúde, objeto de estudo desta pesquisa (Campos, 1997, 2000a; Peduzzi, 2001, 2006; Fortuna et al., 2005; McCallin, 2001, 2006; Wiecha, Pollard, 2004).

Nesse sentido, apresenta-se a distribuição do total de trabalhadores de saúde de nível superior entre, por um lado, aqueles que têm formação e prática predominantemente biomédica (médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista) e, por outro, aqueles com formação e prática psicossocial (assistente social, educador de saúde pública, psicólogo e terapeuta ocupacional)⁸. Observa-se que, do total de 1.427 profissionais de saúde de nível superior, 1.335 (93,5%) têm perfil biomédico e 92 (6,5%) têm perfil psicossocial. Destaca-se a necessidade de articulação entre eles, para que as equipes possam reconhecer e responder às necessidades de saúde dos usuários e da população do território no sentido da integralidade. Os profissionais de perfil psicossocial podem subsidiar as equipes no que se refere à dimensão social, cultural e psicológica do processo saúde-doença.

A proporção entre as categorias profissionais de nível superior da área assistencial mostra que há 14,5 trabalhadores de perfil biomédico para 1 de perfil psicossocial. Contudo, quando considerada a proporção entre médicos e os demais profissionais de nível universitário não médicos, verifica-se um resultado mais equilibrado, de 1,2 para 1. Ao se considerarem os trabalhadores médicos e de enfermagem, que, reunidos, compõem a maioria dos trabalhadores de saúde da região (54,9%), encontra-se 1 médico para 1,9 trabalhadores de enfermagem; quando

---

⁸ Considera-se que o perfil biomédico é o núcleo duro da formação e da prática das áreas profissionais incluídas nessa categoria, pois, segundo Donnangelo e Pereira (1976) e Mendes-Gonçalves (1994), a clínica refere-se a um campo de prática e saber cujo objeto de trabalho constitui o corpo anátomo-patológico. Os autores referem-se especialmente à medicina, mas, considerando o modo de intervenção pautado no raciocínio clínico e na terapêutica subsequente, as demais áreas profissionais incluídas nesse perfil também desenvolvem seu trabalho com base no saber clínico. Na definição das áreas que integram o perfil psicossocial, consideraram-se os saberes das ciências humanas, que fundamentam sua formação e suas intervenções profissionais.

se distingue cada profissional do conjunto – enfermeiros e trabalhadores de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) –, encontram-se 2,4 médicos para 1 enfermeiro e 1 médico para 3,4 auxiliares e técnicos de enfermagem.

4.4 Sujeitos de pesquisa

Como já se disse, os sujeitos de pesquisa são gerentes centrais de serviços de saúde públicos de uma região inserida em uma das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. Esses gerentes foram definidos como sujeitos de pesquisa a partir do entendimento de seu específico processo de trabalho, com ações de articulação e integração e como mediadores e tradutores da política pública de saúde e do respectivo modelo assistencial para o plano concreto das ações de saúde executadas pelos trabalhadores e pelas equipes de saúde do serviço. Assim, sua concepção e sua percepção do trabalho em equipe são elementos fundamentais para a própria configuração e sustentação das equipes de saúde e para o fortalecimento dessa modalidade de organização do trabalho em saúde.

Foram designados gerentes ou gerentes centrais de serviço porque não há um termo definido para o cargo que ocupam, e os próprios entrevistados o referem de diferentes maneiras – diretor técnico, coordenador ou gerente de unidade.

Na apresentação dos resultados e na discussão, os gerentes entrevistados são identificados segundo o tipo de serviço em que se inserem, aqui referido ao nível de atenção à saúde – atenção básica (UBS), serviços especializados (SE), hospitais e pronto-socorro (H e PS) –, representando-se cada serviço por uma letra do alfabeto: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, S, T, U, as UBS, de K, L, M, N, os SE e O, P, Q, R, os hospitais e o pronto-socorro.

A região de estudo foi escolhida porque a pesquisadora a conhece, tendo trabalhado em uma de suas UBS e desenvolvido a pesquisa de doutorado em serviços públicos da mesma região, além de ser um subsistema de assistência com serviços de atenção básica, especializada, hospitalar e de emergência. A região tem uma rede de ações e serviços de saúde públicos com resolutividade e suficiência em

atenção básica e de média complexidade e também integra hospitais e pronto-socorro, de modo que permite verificar se a presença do trabalho em equipe está ligada ao nível de complexidade e à densidade tecnológica dos serviços. Os cerca de 400 mil habitantes da região são atendidos por um total de 22 serviços públicos de saúde: 14 UBS, quatro SE – um ambulatório de especialidades, um serviço de assistência especializada (DST/Aids), um centro de atenção psicossocial (Caps) e um centro de convivência e cooperativa (Cecco), três hospitais e um pronto-socorro.

Assim, deveriam constar da pesquisa 22 gerentes centrais dos serviços públicos da região. Contudo, um gerente de UBS não aceitou participar desde o primeiro contato, feito por telefone pela pesquisadora, para apresentar sucintamente o estudo e agendar uma visita ao serviço, para a realização da entrevista, e, assim, os sujeitos de pesquisa totalizam 21 gerentes. O mesmo procedimento foi seguindo em todos os casos: um contato inicial por telefone e uma entrevista, agendada conforme data oportuna para entrevistado e pesquisadora e feita no serviço de saúde do gerente.

4.5 Procedimentos de coleta de informações

A técnica de coleta de informações também foi definida com base no objeto e nos objetivos de estudo, o que levou à escolha da entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pela pesquisadora, com a liberdade e a espontaneidade que lhe facultam um depoimento rico e enriquecedor da investigação (Triviños, 1987; Minayo, 1992).

Os depoentes são convidados a produzir sobre o objeto de estudo uma reflexão, um pensamento individual que não se reduz a uma impressão subjetiva. Como diz Schraiber (1995b, p. 65), o relato do sujeito de pesquisa “é produto de uma elaboração intelectual específica, porque é produto de um pensar que é trabalho, trabalho de refletir, de recordar. Por isso, não é apenas sentimento, mas reconstrução do vivido em nova objetivação”. Isso permite coletar material empírico

com base no qual se reconhecem as representações ou concepções do entrevistado sobre o tema de estudo, que expressam conteúdos sociais e coletivos, para além dos que se referem ao individual-singular. Cotejadas com os conceitos centrais da pesquisa, vinculados ao quadro teórico eleito, essas representações sustentam a análise e a interpretação que produzem os resultados da pesquisa.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro-guia (Anexo 1), composto por duas partes. A primeira, com questões fechadas, para a identificação do entrevistado, que subsidiaram a construção do Quadro 1, e a segunda, com questões abertas. Estas visaram um amplo campo de interrogativas, em função do quadro teórico e dos objetivos do estudo. Assim, as primeiras quatro questões perscrutavam as concepções do gerente sobre o tema estudado e a forma de organização do trabalho no respectivo serviço, e as duas últimas pretendiam colher suas informações sobre os instrumentos que usavam para promover o trabalho em equipe.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora. Começavam com uma breve apresentação e explanação do projeto, sobretudo de seus objetivos, seguida da confirmação da anuência de participação do entrevistado e de gravação da entrevista – 20 gerentes concordaram com a gravação, de modo que o relato do único que não concordou foi feito seguindo o mesmo roteiro-guia, mas registrado depois da entrevista e já fora do serviço. As gravações das entrevistas foram transcritas por terceiro e sua fidelidade, conferida pela pesquisadora. A duração média das entrevistas foi de 56 minutos, entre a mínima de 30 e a máxima de uma hora e 35 minutos.

Para a produção das informações da pesquisa de campo, usou-se um caderno de campo, em que se registraram os procedimentos e as condições dos contatos com cada entrevistado, aspectos sobre a realização de cada entrevista e as impressões após cada uma delas, além de informações sobre os serviços e outras.

Desde o contato inicial com os gerentes centrais dos serviços – o pedido de autorização para a execução do estudo e o agendamento da entrevista – até a conclusão da última entrevista, a pesquisa de campo foi de 17 de março a 4 de outubro de 2006, duração que se justifica pela tramitação da solicitação de

autorização para o estudo pelas diversas instâncias da Secretaria Municipal da Saúde, mesmo depois da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto da pesquisa principal, a que este estudo se vincula como um subprojeto, foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) (Anexo 2), da Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 3) e do hospital de ensino da região, e também pela Comissão de Pesquisa da SMS, pela Superintendência da Autarquia Hospitalar Municipal e pela Supervisão Técnica da Saúde da região de estudo. Solicitou-se ainda autorização para o desenvolvimento da pesquisa para cada um dos gerentes centrais dos serviços de saúde da região, assegurando-se sigilo quanto à identificação dos serviços, dos sujeitos de pesquisa e de todos os que participaram do estudo, que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4).

4.7 Procedimentos de análise

Usou-se a técnica de análise de conteúdo, especialmente da análise temática (Bardin, 1977; Minayo, 1992), que começa com a leitura flutuante dos depoimentos, dando início ao que, em pesquisa qualitativa, se chama processo de impregnação.

Depois da leitura flutuante de todo o material, procedeu-se à leitura vertical, ou seja, à leitura repetida e em profundidade de cada um dos depoimentos, até se construir uma síntese em que se procurou reconhecer as representações e as contradições e antagonismos de cada relato.

A seguir, fez-se, em duas etapas, uma leitura horizontal do conjunto dos relatos. Essa fase começou com a leitura horizontal para a análise referente a cada um dos três objetivos do estudo, ou seja, das concepções ou

representações dos gerentes, de suas percepções sobre a organização do trabalho no respectivo serviço e dos instrumentos que empregam no gerenciamento das equipes. Seguiu-se uma análise transversal, em que se cotejou esse conjunto de análises horizontais com os objetivos do estudo. Nessa etapa, buscou-se reconhecer as semelhanças, as contradições e os antagonismos entre os relatos, o que, no conjunto, permitiu estabelecerem-se relações entre os depoimentos, que tornam possíveis as interpretações das concepções e representações sociais (Schraiber, 1995b).

Esses procedimentos foram conduzidos à luz do quadro teórico-conceitual adotado na pesquisa, em especial dos conceitos ou categorias analíticas dele selecionados: processo de trabalho em saúde, agir comunicativo, agir estratégico e agir instrumental, gestão e gerência comunicativa e trabalho em equipe de saúde. Nesta última categoria, considerada a ausência de um consenso na literatura, usaram-se as características que os autores apontam ao analisá-la, o que permitiu arrolar um conjunto de elementos definidores do tema, tal como apresentado anteriormente.

As entrevistas também foram lidas e analisadas em função do contexto em que se produziram, pois só podem ser entendidas dentro de sua dinâmica de relações sociais de produção e reprodução (Minayo, 2002). Nesse sentido, tomou-se como contexto imediato de produção dos depoimentos dos gerentes entrevistados a política de saúde e o modelo de atenção à saúde vigente na região estudada e no município de São Paulo, pois ambos, na sua articulação, compõem o cenário da pesquisa.

A análise vertical de cada um dos relatos e a análise transversal do conjunto, no movimento que propiciam entre o material empírico e o referencial teórico, ensejam a definição de categorias empíricas. Quanto à concepção dos gerentes sobre o trabalho em equipe de saúde, utilizou-se o quadro teórico, mas sobretudo as características do tema listadas na literatura, o que levou à construção das categorias *concepção com elaboração e problematização do tema*, *concepção sem elaboração e problematização do tema*, *concepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo* e *concepção de trabalho em equipe de saúde estritamente como instrumento do trabalho médico*. Também por referência à percepção dos gerentes sobre o gerenciamento das equipes, definiram-se categorias

empíricas, em particular com base nos instrumentos de trabalho explorados pelos entrevistados: *comunicação, compromisso com o projeto institucional, mudança da cultura institucional, promoção da autonomia das equipes, promoção da responsabilização e prestação de contas, liderança e supervisão externa.*

Capítulo 5 -Resultados e Discussão

Neste capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa e a discussão com base no referencial teórico adotado e nos autores que estudam o objeto de que trata a investigação, bem como questões correlatas ao tema.

Considerando os objetivos da pesquisa, os resultados são apresentados em três seções. Começa-se pelas concepções dos gerentes centrais dos serviços estudados sobre o trabalho em equipe de saúde, segue-se com a análise da percepção dos gerentes sobre a organização do trabalho nos respectivos serviços, na modalidade de equipe ou individualizado por profissional, e se finaliza com a abordagem da sua prática de gerenciamento das equipes, em especial, dos instrumentos que usam para promover o trabalho em equipe.

5.1 Perfil dos gerentes de serviços de saúde estudados

Entrevistaram-se 21 gerentes – 13 diretores de UBS, quatro de serviços especializados ambulatoriais, três de hospitais e um de pronto-socorro. 14 (88,7%) são do sexo feminino e sete (33,3 %), do sexo masculino, com idade média de 45 anos, variando entre 34 e 61 anos. Formados no respectivo curso de graduação na área da saúde há 23,7 anos, em média, com uma variação entre 9 e 37 anos, estão no serviço em que exercem a função de gerente há 28,2 meses, em média, distribuídos entre o mínimo de seis meses e o máximo de 60 meses. Quanto à área profissional, predominam os médicos, com 12 (57,1%) profissionais e as assistentes sociais, com quatro (19 %), seguidos de uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. De saída, já se observam questões ligadas à multiprofissionalidade em saúde no perfil dos gerentes centrais dos serviços, pois há nove (42,9%) profissionais não médicos de diferentes categorias. Quanto à área de especialização, encontrou-se uma ampla variedade e

coerência com a área de atuação na gerência dos respectivos serviços da rede pública, pois 11 profissionais têm especialização relacionada à saúde pública, dos quais dez são gerentes de UBS, três têm especialização em administração hospitalar – os gerentes de dois hospitais e do pronto-socorro – e duas, em psicanálise e psicologia clínica, as coordenadoras de um centro de atenção psicossocial e de um centro de convivência. Na entrevista, os gerentes dizem que não há um nome definido para o cargo que ocupam, a que se referem como diretor técnico, coordenador de UBS, gerente de unidade e gerente (Quadro 1).

Quadro 1 – Gerentes de serviços de saúde entrevistados

unidade*	cargo/função	sexo	idade (anos)	categoria profissional	área de especialização	tempo de formado (anos)	tempo na gerência (meses)
A	diretor técnico	m	46	médico	Medicina Preventiva	20	31
B	coord. de UBS	f	41	médica	Pediatria e Adm. Saúde Pública	17	12
C	coord. de unidade	m	42	médico	Pediatria, Saúde Pública e Medicina Preventiva	17	10
D	coord. de UBS	f	40	assistente social	Pediatria e Educ. Saúde Pública	18	60
E	coord. de UBS	f	53	médica	Clínica Médica e Dermatologia	28	56
F	gerente de UBS	m	58	médico	Saúde Pública	29	60
G	gerente de unidade	f	52	médica	Pediatria e Saúde Pública	28	12
H	coord. de UBS	f	34	cirurgiã dentista	Saúde Pública	9	36
I	gerente de unidade	f	41	fonoaudióloga	Saúde Pública e Linguagem	19	60
J	coord. de UBS	f	41	enfermeira	Saúde Coletiva	21	06
S	coord. de UBS	f	49	assistente social	–	28	11
T	gerente de unidade	f	49	médica	Ginec./Obstet. e Saúde Pública	24	12
U	gerente	f	61	assistente social	Adm. Pública e Vig. em Saúde	37	10
K	gerente	m	58	médico	Cirurgia Geral	31	12
L	coord. de unidade	f	42	terapeuta ocupacional	Psicanálise e Psicologia Clínica	21	52
M	coord. de unidade	f	53	psicóloga	Psicanálise e Psicologia Clínica	28	48
N	coord. de unidade	f	51	assistente social	Saúde Pública	26	18
O	diretor técnico	f	45	médica	Ginec./Obstet. e Adm. Hospitalar	21	12
P	diretor técnico	m	57	médico	Pediatria e Adm. Hospitalar	32	19
Q	diretor técnico	m	41	médico	Ginec./Obstet. e Adm. Hospitalar	17	18
R	diretor técnico	m	49	médico	Epidemiologia	26	38

5.2 Concepção dos gerentes sobre trabalho em equipe de saúde

As concepções dos gerentes de serviços de saúde sobre o trabalho em equipe de saúde são analisadas sob o entendimento da concepção como “todo ato de pensamento que se aplica a um objeto [ou] mais especificamente ainda, operação que consiste em apoderar-se de ou formar um conceito” (Lalande, 1999l, p. 182). Os conceitos, por sua vez, são definidos como “noções gerais que definem as classes de objetos dadas ou construídas, e convindo de maneira idêntica e total a cada um dos indivíduos que formam essas classes, podendo-se ou não separá-las deles” (Lalande, 1999, p. 181).

A literatura mostra que não há um consenso sobre trabalho em equipe de saúde, embora contemple um conjunto de estudos que apresentam concepções a respeito. Esses conceitos ainda não alcançam a coerência, a consistência e o rigor necessários para que “representem somente aqueles elementos que são absolutamente essenciais à coisa e, portanto, comuns a todas as coisas da mesma espécie, deixando fora os elementos que são apenas particularizadores e individualizadores de uma coisa” (Rudio, 2004, p. 26), contudo, configuram um acúmulo de reflexão que, nessa pesquisa, balizam a análise e a interpretação das concepções que os gerentes centrais dos serviços estudados expressam sobre o objeto. Nesse sentido, os conceitos encontrados tanto na literatura nacional como na internacional permitem identificar um conjunto de características ou elementos que possibilitam compreender o que é o trabalho em equipe e distingui-lo de outros objetos ou fenômenos.

Assim, a categorização das concepções dos gerentes sobre trabalho em equipe de saúde foi definida com base nas características do objeto dadas na literatura e no referencial teórico adotado – processo de trabalho em saúde, teoria do agir comunicativo, modelos de atenção e modelos de gestão em saúde. Em relação aos últimos, adota-se o modelo de atenção integral e da integralidade da saúde e gestão comunicativa.

Quanto às características do trabalho em equipe apresentadas anteriormente, retomam-se a comunicação entre os profissionais, o compartilhamento de finalidade e objetivos do trabalho e de abordagem dos pacientes, a construção de uma linguagem comum, a construção de um projeto assistencial comum, a articulação das ações e das disciplinas, a cooperação e a colaboração entre os profissionais, a responsabilidade e a *accountability* (referente à prestação de contas pelos resultados produzidos por parte das equipes e dos profissionais), o reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, o reconhecimento da complementaridade e da interdependência das atividades dos diferentes membros da equipe, a autonomia profissional de caráter interdependente, a flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, a preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais e o questionamento da valoração social desigual das diferentes áreas profissionais.

O quadro teórico, a revisão da literatura e os procedimentos de análise do material empírico permitiram a construção de quatro categorias em que se agruparam as concepções dos gerentes: concepção com elaboração e problematização do tema, concepção sem elaboração e problematização do tema, concepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo e concepção de trabalho em equipe de saúde estritamente como instrumento do trabalho médico.

A primeira concepção reúne 12 gerentes que fazem referência a cinco, três ou duas características arroladas. Dentre estes, há seis que, além da referência a essas características, também problematizam o trabalho em equipe em relação ao modelo assistencial, em especial, orientado para a atenção integral e para a integralidade da saúde.

Destaca-se a relação estabelecida nos relatos entre trabalho em equipe de saúde e atenção integral, pois, segundo o resgate da gênese da concepção de trabalho em equipe no campo da saúde, essa idéia emerge e se sustenta sobretudo ancorada e respaldada pela noção de atenção integral, em especial, no sentido da articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ou seja, entende-se a integralidade da saúde como pano de fundo sobre o qual repousa e se justifica a proposta do trabalho em equipe de saúde. A literatura mais recente

também dá a atenção integral como um pressuposto do trabalho em equipe tanto no sentido da articulação das ações de saúde como no da abordagem das múltiplas dimensões do processo saúde-doença – social, cultural, ecológica, psicológica e biológica, que requerem um elenco variado de profissionais de diferentes áreas de atuação e campos disciplinares.

A segunda concepção – sem elaboração e problematização do tema – contempla dois gerentes, cujos depoimentos prolixos sobre o tema expressam alguma familiaridade, mas são pouco elaborados, visto que não mencionam quaisquer das suas características e que não têm adensamento teórico ou problematização do objeto em relação ao modelo assistencial e gerencial e, em particular, não tocam na comunicação entre os profissionais, tida como condição necessária para a constituição e integração de equipes.

Na terceira e na quarta concepções, por um lado, tampouco se menciona alguma das características esperadas ou se revela adensamento teórico, mas, por outro, mostram a elaboração e a problematização do tema de um ângulo particular, em relação ao qual divergem. Ou seja, na terceira concepção, apresentada por seis gerentes, o tema é tratado como se houvesse equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, referindo o trabalho em equipe ao conjunto de trabalhadores do serviço. E, na quarta, presente no relato de um entrevistado, a elaboração e a problematização supõem o trabalho em equipe como estritamente instrumento do trabalho médico.

Assim, no conjunto dos 21 depoimentos predomina a primeira categoria, identificada em 12 entrevistas.

Quanto às características arroladas, nos depoimentos desses 12 gerentes, só a comunicação entre os profissionais é indicada quase por unanimidade – 11 gerentes –, pois, entre as 14 características, os demais entrevistados referem, de modo geral, três ou duas, e apenas um deles assinala cinco (Anexo 5). A comunicação volta a aparecer quando se analisam os instrumentos que os gerentes usam para promover o trabalho em equipe.

Miller, Freeman e Ross (2001) destacam duas características principais para que as equipes sejam bem sucedidas nos seus propósitos de

integração: a comunicação e o reconhecimento do papel ou do trabalho das demais áreas profissionais que integram a equipe, e nessa ordem de apresentação, que não parece casual. Ou seja, alcançar alguma eficácia na comunicação entre os profissionais é mesmo a grande marca, o denominador comum do trabalho em equipe. Segundo as autoras, a comunicação decorre do entendimento que os membros da equipe precisam ter dos conceitos e métodos das demais áreas, para entender como elas interpretam os mesmos fenômenos de forma diferente e aproximar as diferentes linguagens profissionais. Portanto, trata-se de comunicação orientada para o trabalho e para as necessidades de saúde dos usuários. Peduzzi (1998; 2001), McCallin (2001) e Fortuna et al. (2005) também dão destaque à comunicação, e Wiecha e Pollaer (2004) a consideram elemento *sine qua non* nas equipes de trabalho.

Alguns gerentes mostram de forma clara e consistente, ao longo de todo o seu depoimento, como a comunicação pode colaborar para a configuração de um trabalho em equipe integrado, à medida que possibilita trocas e discussões sobre as necessidades dos usuários e a construção de uma linguagem comum, compartilhada entre os componentes da equipe:

Acho que, na saúde, é um lugar que trabalha muito em equipe. Acho que é um lugar que propicia trabalhos em equipes – podem ser de mesma categoria –, e acho que a saúde propicia uma outra coisa, que são os trabalhos interdisciplinares, multiprofissionais. (...) Já trabalhei mais em equipe, por exemplo, com um processo mais específico como o aleitamento materno. Acho que é um povo que sabe trabalhar em equipe, trocam, trocam saberes, trocam os mesmos saberes e formas de atuar... Acho democrático quando eles conseguem trabalhar um treinamento, envolver uma equipe para a questão do aleitamento materno, seja naquela instituição, seja naquela comunidade. Então, essa é uma experiência boa que eu tenho, por exemplo, de alguns trabalhos em equipes – no hospital, mesmo em postos de saúde. Na unidade básica, eu vejo que está ainda... tem ainda algumas questões em trabalhar em equipe, ainda ficam penduradas algumas questões de tempo... Por exemplo, eu tenho uma equipe que talvez eu ache que trabalhe melhor porque tem mais tempo de discussão, de troca, que é a saúde mental... Tem ali um dia, uma hora específica, onde todos eles sentam, trocam os casos e discutem, então, eu acho que eles criam uma linguagem, dentro daquela equipe, que ajuda no trabalho. Isso é uma coisa que eu acho bacana (UBS-D).

No entanto, alguns gerentes colocam de forma bastante contundente as dificuldades ligadas à comunicação entre os profissionais, sobretudo no sentido se de alcançar algum entendimento entre os envolvidos e se assegurar a

continuidade da assistência e cuidado à saúde dos usuários. A gerente referida a seguir aponta a comunicação como uma característica importante do trabalho em equipe e também como ferramenta para a própria gerência promover a integração das equipes e do trabalho de toda a unidade, pois permite articular as ações – segundo seu relato, as conversas é que articulam as ações, e essa articulação é o que assegura a continuidade da ações de saúde.

Eu acho que o mais difícil é a comunicação. Porque coisas que são conversadas, não é porque foi conversado que está entendido, entendeu? Então, é uma questão de você ir trabalhando bem corpo a corpo, mesmo. E de o grupo poder ouvir e poder falar. Então, eu acho que isso é difícil. (...) A gente não tem muito recurso, acho, *know how* para fazer isso de uma forma tecnicista – a gente vai pelo bom senso. Eu imaginava que eu era uma boa comunicadora, até entrar aqui; aí, eu percebi que eu não era. (...) E eu fico pensando: “Nossa! Será que eu não me fiz entender?” ou “Será que realmente eu esqueci desse pedaço, nesse grupo?” Porque são tantas vezes que você tem que repetir algumas coisas e fazer essas articulações, que você acaba não sendo muito clara no que você fala. Então, eu sinto essa dificuldade. (...) Porque as conversas têm que ser continuadas. Então, o que a gente fala dentro do consultório a gente meio que espera que, nas visitas domiciliares que o agente comunitário faz, aquilo tenha uma certa continuidade, e o trabalho do auxiliar também dê continuidade. Mas não é exatamente isso que acontece na vida real. O ideal não é o que é real. E, às vezes, todo um trabalho que você fez num consultório é desarticulado numa VD e, às vezes, o que é feito numa VD você desarticula no consultório. E para ambos é difícil. Então, recentemente, uma agente comunitária veio conversar comigo. Ela tinha tido uma dificuldade enorme de entrar numa casa e ser aceita por essa família e ser reconhecida como uma agente comunitária e, ao receber a visita de um enfermeiro, a família odiou o tal do enfermeiro e não queria mais receber nenhum agente lá dentro. Ela estava triste, porque tinha sido uma luta dela ganhar confiança nessa família e um elemento da equipe que, nesse caso, foi um enfermeiro, foi lá e fez uma fala muito radical, muito ríspida em relação ao bebê, sei lá, uma coisa assim... E a família se fechou e não quer mais... Como trabalhar isso dentro da equipe? E como encaminhar essas questões? (UBS-J).

Contudo, a comunicação isolada entre os profissionais não caracteriza o trabalho em equipe. Todos os autores que apresentam concepções sobre o tema reúnem um conjunto de elementos para essa caracterização, de modo que é preciso investigar que outros aspectos são apontados pelos gerentes, ao expressarem seu entendimento sobre o trabalho em equipe.

A mesma gerente da UBS-J aponta vários outros aspectos como a articulação das ações e dos profissionais, a construção de um projeto comum, a definição de objetivos comuns de trabalho e a responsabilização profissional e da equipe pelos usuários/população do território.

(...) o trabalho de equipe é um trabalho onde você está articulado com as pessoas que estão à sua volta, que você tem um projeto. Eu parto [de] que você tem um objetivo comum e que você vai articular ações. Não necessariamente todo mundo fazendo as mesmas coisas, mas, enfim, cada um poder fazer parte das coisas que precisam ser feitas, pra atingir aquele determinado objetivo. Eu acho que é um desafio trabalhar em equipe. Porque eu acho [que] é muito duro... é muito difícil. Eu reconheço, poucos grupos conseguem avançar para um trabalho de equipe, porque a questão do relacionamento é uma questão que interfere, a questão das responsabilizações é uma coisa que interfere (UBS-J).

No próximo relato, a gerente da UBS-U também mostra aspectos ligados à comunicação, mas no sentido de que ela permite aos profissionais reconhecerem que os diferentes trabalhos especializados podem contribuir uns com os outros. Assim, o trabalho em equipe pode representar um aprendizado mútuo entre os profissionais de diferentes áreas de atuação. Entretanto, esse aprendizado coletivo requer que os trabalhadores possam questionar o trabalho uns dos outros sem que isso seja percebido como um ataque pessoal, mas como a busca da melhor apreensão e resposta às necessidades de saúde dos usuários e, se preciso, do questionamento da valoração desigual dos diferentes trabalhos especializados. A gerente faz referência a duas características do trabalho em equipe: reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe (Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2006) e questionamento da desigual valoração social das diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 1998, 2001).

Muitas vezes a gente encara o trabalho em equipe como um acréscimo de especialidades, então, cada um entra na sua, não se constrói um trabalho realmente de equipe, e sim um somar... Então, tal paciente está assim... agora, você pega e você faz a sua parte... Não seria isso o trabalho em equipe... seria uma tentativa de ver o paciente como uma pessoa só, onde todos poderiam trabalhar juntos, ver o que cada um pode, até para o outro profissional... O que a minha especialidade pode dar para algum outro profissional? Como posso conseguir ver através da especialidade dele? (...) De cada um querer usar o conhecimento do outro, que o objetivo era realmente cuidar do paciente, melhorar a vida do paciente. (...) Existe também, um pouco... Muitas vezes eu vi a enfermeira falar “Nossa! Ele está fazendo errado.” – “Mas por que você não fala para ele?” – “Mas como que eu posso falar?” Não existe nenhuma intimidade que eu diria, junto de você, de você poder falar “Olha, você não está acertando aqui.” Eu preciso falar quando estou vendo que alguma coisa... precisaria poder falar, certo? E confunde um pouco, que isso é antiético, que isso não pode ser falado, entende? Existe uma mistura aí que não tem nada a ver, certo? Eu acho até que, se eu estou vendo, até estou construindo uma coisa com ele... eu não estou falando para destruir, estou falando para... Notei isso, quem sabe a gente poderia fazer de outro jeito... sei lá. Mas ela não se sentia autorizada para falar com ele (UBS-U).

No excerto apresentado a seguir, o gerente do H e PS-R faz referência à participação diferenciada dos profissionais de distintas áreas na assistência e no cuidado produzido pela equipe, a depender das necessidades de saúde dos usuários. Portanto, argumenta no sentido do reconhecimento e da preservação das especificidades de atuação de cada área profissional e da organização do trabalho da equipe com foco no usuário. À medida que essa concepção reconhece o foco da equipe no usuário, relativiza a hegemonia médica ou de qualquer outra área no trabalho multiprofissional, o que vai na direção de uma inserção mais simétrica e igualitária dos diferentes profissionais na dinâmica da equipe. Contudo, o entrevistado faz críticas ao discurso da igualdade entre os diferentes profissionais da equipe, afirmando que a participação de cada componente varia conforme as necessidades dos usuários.

Embora o trabalho em equipe expresse sobremaneira a dupla dimensão do trabalho, como ação produtiva e interação social, e que a interação profissional-usuário e entre profissionais é necessária para a integração da equipe com foco no usuário, é preciso reconhecer também o valor da cidadania – de usuários e profissionais –, que pode estar subentendida na dimensão comunicativa, como valor constitutivo de um horizonte normativo, mas pode estar ausente e, nesse sentido, merece destaque, à medida que assegura a igualdade referida aos direitos humanos, civis, políticos e socioeconômicos. Assim, a busca de simetria e igualdade entre os distintos profissionais só cabe se for referida à cidadania e à prática comunicativa, que será retomada adiante. É interessante observar que o gerente do H e PS-R, de um lado, questiona as pretensas igualdades entre os distintos profissionais e, de outro, ao apresentar as características da equipe de UTI, assinala elementos que configuram uma possível ação comunicativa entre os integrantes da equipe, a qual supõe o compartilhamento da verdade proposicional, no plano objetivo, da correção normativa, no plano normativo, e da autenticidade dos interlocutores, no plano expressivo. Referindo-se à equipe da UTI, o gerente aponta as seguintes características: a necessidade de homogeneizar a linguagem, ver e discutir os casos juntos, estabelecer condutas de forma compartilhada, buscar o entendimento entre os membros da equipe e a integração do trabalho.

Eu não acredito quando se fala do trabalho multiprofissional, do ponto de vista da igualdade entre as profissões. Eu vejo que a cada momento existe uma profissão, uma ação que é hegemônica, e as outras vão atrás. Eu acho que isso é absolutamente inevitável. Então, quando você pega... Eu acho que tem um exemplo muito interessante, que é hoje o trabalho do atendimento domiciliar. [N]o atendimento domiciliar, 50% das pessoas são vítimas de AVC, seqüelas de acidente cerebrovascular, e outros que são... têm algum tipo de alteração mecânica por trauma, alguma coisa que chega a quase dois terços. E, no fim, uma parte considerável da dinâmica é dada pela fisioterapeuta – não é o médico, nem a enfermeira, nem a assistente social... É ela que se torna a pessoa hegemônica no processo, porque a questão básica, fundamental, é a questão motora. Então, eu tenho uma certa... eu tenho uma certa... restrição ao discurso de igualdade, que eu acho que ele tem falhas importantes, no momento em que você começa a dar pesos iguais, quando as pessoas têm uma participação diferenciada. Então, os trabalhos de doenças crônicas, eu vejo que é um trabalho mais da pessoa, com formação de educação, que tem uma formação pedagógica sólida, mais do que qualquer profissional (...) do médico, a enfermeira, a nutricionista... (...) Mas ainda nós temos muitas dificuldades de fazer isso. Nós temos alguns sucessos grandes, absolutamente informais. Por exemplo, hoje, a terapia intensiva é um bom coletivo. A enfermagem, a nutrição, os médicos, não sei o que lá. Mas em hipótese alguma eu posso falar que aquilo... que aquilo lá é um grupo, porque aí vão ficar chateados. Na prática, eles são um grande grupo, eles decidem e estão se entendendo muito bem. (...) São quatro grupos que vão se misturando lá, em relação ao objetivo do paciente. Muito bom, é fantástico... eles conseguem se integrar, eles vêem os casos, eles têm condutas já acertadas em relação aos casos, eles se integram muito bem (H e PS-R).

Ainda quanto ao reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, para Miller, Freeman, Ross (2001), esse aspecto do trabalho em equipe implica basicamente reconhecimento e compressão sobre as atividades e responsabilidades de cada área profissional que compõe a equipe e também o modo pelo qual esse conhecimento pode ser adquirido no dia-a-dia de trabalho, ou seja, a presença de recursos e tempo para tal. Esse processo de conhecimento do trabalho do outro inclui o reconhecimento das fronteiras entre as áreas, sejam as áreas profissionais e seus respectivos processos de trabalho, ou as disciplinas que compõem os diferentes campos profissionais, isto é, o reconhecimento dos aspectos que se encontram e se sobrepõem.

A saúde mental, na saúde pública, tem se centrado muito em atendimentos em equipe, justamente por causa da complexidade dos casos. A intervenção, a gente compreende que a intervenção mais interessante, que dá melhor resultado, é uma intervenção em equipe multidisciplinar, são multiterapêuticas. (...) na verdade, eu penso que, mesmo as abordagens dentro da minha área, que é a psicologia, existe um monte de abordagens. A minha formação é psicanalítica, mas existem junguianos, psicodramatistas, gestálticos, o pessoal do comportamental, e eu não tenho nenhum problema com essas abordagens. O que me preocupa é que o desenho terapêutico seja feito com um esforço de diferentes frentes terapêuticas, porque eu vejo que isso abre uma

melhor perspectiva para o paciente. Mas as polêmicas não estão terminadas, nem aqui, nem na academia. E a gente vive no meio dessa polêmica (SE-M).

Segundo essa gerente do SE-M, especializado em saúde mental, o trabalho em equipe se justifica pela complexidade dos casos e propicia multiterapêuticas que tendem a produzir bons resultados para os usuários. É interessante observar que uma das características usualmente encontrada nas análises sobre o trabalho em equipe é o compartilhamento de abordagens dos usuários e, aqui, a gerente assinala a possibilidade que a equipe traz de oferecer múltiplas abordagens terapêuticas que tendem a maior eficácia quando compartilhadas, embora em cenário polêmico, inclusive pela própria complexidade do campo da saúde mental e das situações vividas pelos usuários.

Na literatura sobre trabalho em equipe, observa-se o destaque para o compartilhamento da finalidade, objetivos e abordagens dos pacientes (Risser et al., 1999; Santana, 2000; Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2001; Iribarry, 2003), que, aliado a responsabilidade e *accountability* (Campos, 1999; Ingram, Desombre, 1999; Miller, Freeman, Ross, 2001; McCallin, 2006), podem ser interpretados como características que, uma vez alcançadas, permitem a construção de um projeto assistencial comum da equipe, orientado para a produção dos resultados esperados para os pacientes (Peduzzi, 2001; Pedrosa, Teles, 2001; Wachs, 2005).

Dos 12 gerentes que apresentam a concepção com elaboração e problematização do tema, apenas três colocam a necessidade de a equipe construir, no cotidiano de trabalho, um projeto assistencial comum em torno do qual se organizem a atenção e o cuidado aos usuários. No próximo excerto, do gerente do SE-L, observa-se que o projeto coletivo da equipe foi elaborado em consonância com a finalidade do processo de trabalho em saúde operado no cotidiano do serviço, com base na construção de uma linguagem comum e na elaboração e aceitação das diferenças entre os integrantes da equipe.

Na verdade, o trabalho do Cecco é basicamente formado pela constituição de um trabalho em equipe, que a gente entende como a constituição de um corpo institucional para trabalhar com a clínica da saúde mental, com pacientes [de] que a gente pensa a questão da inserção social. A gente, aqui no Cecco, não tem

um trabalho de especialistas, nenhum profissional que vem para cá trabalha na sua especificidade. Isso quer dizer o quê? Ninguém faz uma consulta psiquiátrica, ninguém faz uma consulta de TO, ninguém faz uma consulta de psicologia. Na verdade, toda a equipe está num trabalho que a gente chama de projetos de oficina, enfim, projetos de inserção para pensar como esses sujeitos, que estão aí, em processos de exclusão social, como é que a gente vai inserindo essas pessoas no tecido social. Então, o trabalho aqui é um trabalho basicamente de equipe. A equipe se constitui em parcerias para pensar projetos para serem projetos na vida desses sujeitos. (...) A idéia aqui é ter um projeto coletivo da equipe e do corpo de usuários. (...) A idéia é a equipe poder se incorporar – qual o projeto da unidade? –, e, a partir dali, se engajar nos projetos que a unidade tem. (...) porque é difícil constituir uma equipe de trabalho [em] que as pessoas possam estar juntas, que as pessoas possam falar uma mesma linguagem, ou não só falar uma mesma linguagem a partir de ser igual, mas poder aceitar as diferenças, poder trabalhar com as diferenças. Isso é muito difícil num trabalho em equipe. Poder lidar com as diferenças, poder entender a diferença como algo potente e não como algo negativo, como algo positivo. A gente às vezes pensa a diferença como do lugar do negativo, enfim, a maior dificuldade do trabalho foi construir um corpo, uma equipe que pudesse se enfrentar com o plano, com o projeto do Cecco (SE-L).

Mais adiante, na análise, observa-se que o projeto assistencial da equipe precisa estar vinculado ao projeto institucional, ao projeto de trabalho do serviço, de modo a assegurar que a finalidade do processo de trabalho e os objetivos e metas do serviço sejam atingidos no interesse dos usuários e da população de referência da respectiva equipe, bem como no dos próprios trabalhadores e do serviço. Esse aspecto foi intensamente problematizado pelos gerentes, nas suas reflexões sobre o gerenciamento das equipes, e será apresentado adiante.

Nos relatos dos gerentes incluídos na concepção com elaboração e problematização do tema, individualmente e no conjunto, observa-se um elenco limitado de características do trabalho em equipe, se considerados os 14 elementos analisados na literatura. Assim, por um lado, mostram um entendimento do tema que expressa alguma apropriação, que, por outro, se fundamenta apenas em elementos parciais, que, isolados ou em agrupamentos restritos, não configuram uma concepção com peculiaridade e consistência suficiente para o enfrentamento dos desafios que a prática coloca.

Diametralmente aposta a essa, identifica-se a concepção sem elaboração e problematização do tema, pois não faz referência a nenhuma das características apontadas e tampouco apresenta uma fundamentação para os argumentos levantados na explicitação do tema. Dois entrevistados têm esse entendimento do trabalho em equipe de saúde.

Tem várias dificuldades, que você acaba não conseguindo um trabalho realmente em equipe. No dia-a-dia, informalmente, às vezes isso ocorre, meio no informal. Alguém está discutindo um caso, de repente, chega outra: “Ah, eu atendi essa pessoa e ela está assim, assim, assim”. Então, quando isso ocorre, eu acho que é uma experiência muito boa. Só tem a acrescentar, mesmo, no trabalho. Se ele pudesse realmente se efetivar, acho que só teria a acrescentar para o trabalho da unidade. (...) Porque você tem uma visão mais ampla daquilo, do que está ocorrendo. Não tem uma visão só do médico, ou só da enfermagem, ou só uma visão social. Você tem um todo daquele paciente, daquele caso. Às vezes, alguém acrescenta uma informação que pode mudar totalmente a visão que a gente está tendo daquilo lá. Então, um fator social que ninguém saiba ou um fator clínico que ninguém saiba muda tudo. Então, acho que é fundamental o trabalho em equipe, acho que é muito importante (UBS-S).

A gerente diz que o trabalho em equipe permite uma “visão mais ampla sobre o que acontece com o paciente”, “você tem o todo daquele paciente, daquele caso”, fazendo referência a um “todo do paciente” genérico, abstrato e superficial, visto que fundamentado nas especificidades de cada área profissional, ou seja, na visão peculiar e específica do paciente que cada trabalho especializado permite no recorte processado pela divisão do trabalho. A entrevistada não argumenta no sentido da integralidade da saúde, que em um de seus sentidos refere-se a uma concepção ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários (Mattos, 2004). Ao invés disso, refere-se a “um todo do paciente”, sem fundamentação e sem explicar a que se refere o “todo” – portanto, com uma concepção de trabalho em equipe que não tem significados de conteúdo.

Bom, então, eu vou falar na questão de vivência pessoal. Quando eu optei por fazer ginecologia e obstetrícia, a obstetrícia principalmente já exige um trabalho em equipe, a que eu sempre me adaptei muito bem. Porque o obstetra depende do pediatra, depende do anestesista, depende de todo um trabalho em sala de parto, que só funciona mesmo em equipe. (...) Eu acho que é uma questão cultural e de aprendizado dentro da educação, desde quando a gente inicia a escola, que sempre o que a gente faz é achar que aquilo que a gente faz é mais importante. (...) Quem consegue trabalhar em equipe, de uma forma harmoniosa, trabalha com resultados melhores e trabalha de uma forma mais tranqüila, menos desgastante. Quem trabalha em equipe, mas não consegue se adaptar bem a trabalhar em equipe, tem que se esforçar mais, se desgasta mais, e às vezes o resultado não é tão satisfatório. Ele sai, mas às vezes poderia sair melhor, porque o trabalho ficou meio truncado, não houve uma real integração da equipe. Então, acho que isso que é difícil. “Você é obrigada a trabalhar em equipe, não dá, acaba trabalhando em equipe, mas o importante é você fazer isso acontecer de uma forma harmoniosa.” Ou seja, o funcionário que vai para casa mais tranqüilo, menos ansioso, vai com uma expectativa de melhores dias, de poder desenvolver uma profissão da forma que gostaria de desenvolver. (...) eu acho que não é só na saúde, viu? Acho que todo mundo que tem que trabalhar em equipe, para ter resultados, luta muito. Não deve ser tão fácil. Eu conheço a saúde, mas eu tenho a impressão [de] que não é só na saúde. (...) Se você quer ter um atleta que se

diferencie, por trás dele, vai ter que ter uma equipe. Você vê que não deve ser fácil, porque você vê que não é tão fácil, tantos atletas de ponta, então, acho que, assim, por trás você, tem que ter uma equipe coesa, trabalhando, todo mundo pensando a mesma coisa (H e PS-O).

Essa gerente diz que o trabalho em equipe é necessário porque há uma dependência entre as diferentes especialidades médicas e também entre estas e os demais trabalhos realizados na assistência ao parto e destaca que os profissionais devem buscar realizar o trabalho em equipe “de forma harmoniosa”. No transcorrer de todo o seu depoimento, a gerente enfatiza a noção de harmonia para caracterizar a equipe, portanto, apresenta uma concepção de trabalho em equipe que supõe a inexistência de conflitos e de contradições entre os diferentes profissionais em situação de trabalho coletivo. Entende-se essa noção como abstrata e superficial, visto que é relatada pela entrevistada sem fundamentação e sem argumentos que expressem os significados atribuídos por ela especificamente ao tema. A noção de harmonia entre os membros de uma equipe remete a uma idealização do trabalho sem conflitos, no qual estão envolvidos sujeitos privados, que compartilham a esfera da vida privada, caracterizada pela camaradagem e compartilhamento de interesses pessoais (Peduzzi, 1998).

A terceira concepção traça uma equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo e reúne seis gerentes. Os depoimentos mostram que os entrevistados não fazem distinção entre essas modalidades de trabalho – em equipe e coletivo –, desconsiderando a configuração histórica de cada um, que ocorre de forma diferente e em períodos diferentes, visto que respondem a diferentes possibilidades e necessidades da organização do trabalho.

O trabalho coletivo substitui o artesanal e a manufatura, como modo predominante de organização do trabalho a partir do mercantilismo, período da história econômica européia, principalmente a política econômica dos Estados modernos desde os séculos XV/XVI até o século XVIII, na transição do feudalismo para o capitalismo industrial, consolidado em meados do século XVIII. O trabalho artesanal corresponde à persistência da produção em pequenas oficinas, organizadas em corporações ou guildas, nas quais o artesão é dono dos meios de produção e tem controle sobre todo o processo de produção. A manufatura é um tipo de organização

do trabalho na qual o produtor direto, ainda o artesão, é subordinado a um empresário, que lhe fornece a matéria-prima e os instrumentos e se apropria da produção, mediante o pagamento por tarefa. Com a manufatura, é introduzida a divisão técnica do trabalho (Falcon, 1987; Bravermann, 1987; Marx, 1994).

Pela divisão social e técnica do trabalho – a primeira, comum a todas as formas de organização de sociedade e a segunda, típica do capitalismo, na modernidade –, todo trabalho tende a se configurar como trabalho coletivo, cujo produto resulta de vários trabalhos parcelares. Com a emergência da divisão técnica do trabalho, ou divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, ocorre a associação de diversos trabalhadores num mesmo espaço físico, onde cada um desenvolve uma tarefa específica, e o produto só é obtido como resultado do trabalho coletivo (Bravermann 1987; Pires, 2006a, 2006b).

Embora o trabalho em saúde possa se identificar com o trabalho realizado de forma autônoma e independente, numa relação direta profissional-cliente e sem a intermediação de uma instituição de saúde, majoritariamente a assistência e o cuidado em saúde envolvem um trabalho coletivo realizado em serviços de saúde (Pires, 2006a, 2006b). O trabalho em saúde é, na sua maioria, feito em instituições, por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores que realizam atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. É um trabalho que apresenta características da divisão parcelar do trabalho, compartimentalizado, no qual cada grupo profissional presta parte da assistência e do cuidado à saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços ou realizando atividades contraditórias que reforçam a fragmentação (Pires, 2000; Ribeiro, Pires, Blank, 2004). É ilustrativa a análise de Nogueira dos efeitos do processo do parcelamento do trabalho em saúde:

Daí a hierarquia técnica e gerencial que mimetiza perfeitamente a organização taylorista do trabalho numa indústria. As funções mais complexas e intelectuais são distribuídas aos médicos e outros profissionais de maior qualificação, de quem emanam as ordens de diagnose e terapia, enquanto uma ampla base de auxiliares executa tarefas rotineiras. (...) As vantagens do taylorismo nos serviços de saúde são bastante decantadas: os efeitos de cooperação se fazem sentir não só no aumento da produtividade, mas no uso parcimonioso do trabalho qualificado, pois a divisão vertical poupa esse tipo de força de trabalho (que, por regra geral, tem um preço mais alto no mercado), levando-a a se concentrar nas ações mais especializadas (Nogueira, 1999: 114).

O parcelamento do trabalho em saúde aumenta de forma expressiva, sobretudo desde os anos 1960, quando tem início no país a transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, mudança de modelo do trabalho médico que acompanha a intensa incorporação de tecnologia em saúde e a especialização médica (Schraiber, 1993, 1997).

Segundo Campos (1997) e Campos, Chakour e Santos (1997), a tendência à crescente especialização do trabalho do médico tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil, multiplicado os encaminhamentos e os exames complementares injustificados, o que acarreta efeitos indesejáveis e inevitáveis como o declínio da eficácia dos serviços de saúde e a elevação dos custos em saúde. A crescente especialização também é observada nas demais áreas profissionais em saúde – enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia etc. –, o que vem diminuindo a capacidade de resolução de problemas, aumentando a alienação em relação aos resultados produzidos e dificultando a responsabilização profissional, processo esse que também acarreta perda da eficácia dos serviços prestados, aumento do custo e prolongamento indefinido e muitas vezes desnecessário da linha de atendimento dos usuários (Campos, 1997; Ribeiro, Pires, Bank, 2004).

Nesse contexto, a proposta de trabalho em equipe ganha destaque, pois se coloca como alternativa de recomposição dos trabalhos especializados e de enfrentamento à fragmentação da assistência e do cuidado aos usuários e à população do território. O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo em saúde que ganha relevância à medida que este amplia seu parcelamento, pela crescente especialização das áreas profissionais e do trabalho de apoio ligado à atividade-meio. Como se viu antes, o trabalho em equipe é uma proposta contemporânea, que emerge nos anos 1960, junto com o movimento da medicina preventiva, e ganha destaque ancorado no crescente reconhecimento da integralidade da saúde (Peduzzi, 2006).

Portanto, há uma distinção entre trabalho coletivo em saúde e trabalho em equipe de saúde. O primeiro é a expressão do processo de divisão do trabalho especificamente no campo da saúde e se refere ao conjunto de trabalhadores que produzem direta ou indiretamente as ações de atenção e cuidado em saúde, e o

segundo, um instrumento ou estratégia de recomposição dos trabalhos especializados, na perspectiva da atenção integral à saúde.

Além de evidenciar a ausência de acúmulo de reflexão e intervenção para a promoção do trabalho em equipe nos serviços de saúde, a equivalência entre as expressões tem implicações práticas, ideológicas e políticas, à medida que associa o trabalho em equipe à manutenção acrítica da divisão do trabalho, dos saberes e das disciplinas correlatas, ao invés de abrir possibilidades de problematização da organização do trabalho segundo equipes de saúde, fortalecendo seu potencial de recomposição dos trabalhos parcelares e especializados, na perspectiva da integralidade da saúde.

Nos seis relatos em que se verificou a equivalência entre trabalho coletivo e trabalho em equipe, sem alusão à distinção entre ambos, os gerentes argumentam em favor do trabalho em equipe alegando que nenhum profissional de saúde consegue trabalhar sozinho nos serviços de saúde onde há muitos e diferentes trabalhadores atuando, que os profissionais estão, portanto, atrelados e ligados uns aos outros pelo trabalho e que o serviço precisa funcionar, o que requer que os trabalhadores atuem juntos, em cooperação. Observa-se que os entrevistados se referem à dinâmica de trabalho do conjunto de trabalhadores do serviço, portanto, ao trabalho coletivo, ao invés de às equipes de trabalho.

Na Unidade Básica, o que a gente faz realmente é o trabalho em equipe, porque você não consegue fazer nenhum trabalho sozinho. (...) mesmo esse pessoal que fica mais centrado no trabalho dele, fica mais com ele mesmo – por exemplo, eu sou ginecologista da unidade –, indiretamente, algumas coisas ele trabalha em equipe, por exemplo, ele está atrelado à chefia, o auxiliar de enfermagem fica na sala, com a enfermeira da UBS. Então, ele, queira ou não queira, algumas coisas já ficam um pouco atreladas, mas ele não é assim tão íntimo, por exemplo, não tem reunião frequente, é um trabalho em equipe, mas é uma equipe mais centrado nele somente. (...) eu entendo que o trabalho em equipe... Você faz um trabalho, geralmente, com um único objetivo. Na Unidade Básica, seria a assistência médica, a assistência da comunidade em si, da comunidade da sua área de abrangência, o objetivo final é você dar uma assistência, atualmente é médica, dentista, sei lá, mas de toda a sua abrangência (UBS-E).

Embora a gerente da UBS-E diga que o trabalho em equipe se caracteriza por ter um objetivo comum – e essa é de fato uma das características apontada pela literatura –, nota-se que faz referência ao objetivo comum do conjunto

de trabalhadores do serviço e à dinâmica de trabalho dos profissionais inseridos na unidade, e não a equipes de trabalho.

Na enfermagem, ele [trabalho em equipe] funciona muito bem. Na minha enfermagem, eu acho que o resultado que a gente tem é muito bom. Elas conseguem trabalhar em equipe sem brigar, é um posto onde eu não tenho briga de enfermagem. Quando entrei, tinha bastante. A gente conseguiu parar com as brigas da enfermagem, porque elas começaram a se cobrir. (...) tem o pessoal da manhã e tem o pessoal da tarde. Só que eu tenho a troca, às vezes, de horário –“Ah, eu não posso vir por causa daquele...”. Eu tenho que ter certeza que eu tenho uma pessoa respondendo pela área administrativa durante todo o funcionamento da unidade. Elas já entenderam o recado, elas se cobrem –“Olha, vou ter um problema...” ou “Meu filho está doente, eu não vou poder ir”. Eu tenho uma funcionária com o filho em creche, então, está sempre doente, sempre com problema, sempre... Então, depois, elas pagam o horário. Uma cobre a outra e depois elas se pagam o horário, contanto que elas não me dêem problema. Que o serviço esteja feito, elas podem fazer. E elas entenderam. E é bom também porque divide responsabilidade. E não fica só aquela pessoa que sabe fazer só aquele serviço. Todo mundo tem que saber fazer um pouco tudo (UBS-H).

No excerto acima, a gerente da UBS-H identifica o trabalho em equipe com a colaboração entre os trabalhadores de enfermagem e faz o mesmo em outro trecho da entrevista, ao falar do pessoal de apoio administrativo para a cobertura de todos os horários de funcionamento do serviço, sem brigas, inclusive a cobertura entre o turno da manhã e da tarde. Ou seja, fala em colaboração quanto à dinâmica de funcionamento da unidade, em particular dos trabalhadores de nível médio da área de enfermagem e do apoio administrativo, que realizam ou dão apoio a um conjunto de atividades que permitem manter o serviço em funcionamento no período previsto, sem questões de ordem gerencial.

Vários gerentes de UBS referem dificuldades na articulação ou na integração dos diferentes turnos de trabalho, sobretudo manhã e tarde, embora nas unidades maiores, que funcionam 12 horas diárias, exista um turno intermediário para os médicos, que cumprem uma carga horária de quatro horas. Mais uma vez, essas diferenças são relacionadas à dinâmica de funcionamento da unidade, pois os trabalhadores dos diferentes turnos não constituem equipes de trabalho, mas turnos de trabalho que precisam ter alguma unidade de funcionamento em relação aos objetivos e às regras do serviço para o atendimento dos usuários/população de referência.

O relato apresentado a seguir é de um gerente incluído na concepção com elaboração e problematização do tema, mas fala das dificuldades que a cisão entre turnos pode acarretar ao serviço, sobretudo à atenção e ao cuidado aos usuários e à população de referência. Mostra que, para além do trabalho em equipe, o gerente busca assegurar a articulação entre todas as atividades que são realizadas no serviço e os respectivos profissionais, pois, da perspectiva da gerência central do serviço, que tem a responsabilidade pelo conjunto do trabalho realizado na unidade, tecer a teia ou rede de atividades e trabalhadores de forma integrada e consistente é o que permite a prestação de serviço aos usuários/população do território.

Você tem a equipe da enfermagem, que a gente fala, parece mais um time. A equipe da enfermagem é quase um time – 13 meninas, seis de manhã, seis à tarde –, que muitas vezes estão jogando em lados opostos, às vezes sai a turma da manhã e vem a turma da tarde, e absolutamente não se conversa com a turma da manhã, certo? Então, se tem descontinuidade do serviço, “Ah, não! Não sou eu que faço, você tem que vir de manhã.” Até setores onde funciona perfeitamente, ninguém fala na sala de vacina que Fulana... a não ser com a BCG, que você tem que vir de manhã. Você vai, alguém faz, e você tem que..., mas até isso você tem uma coisa da divisão do trabalho (...) A divisão do trabalho, às vezes, propicia uma dificuldade que é para o usuário, não é para o trabalho, o trabalho está ótimo, aquela menina checa exame que é da manhã, a da tarde faz contagem de material de vacina, a outra faz não sei o que lá... Então, para elas, pode ter uma organização na sala. Aí, para o paciente, eu acho muito ruim, porque você emperra um monte de coisas. (...) Quer dizer, você está com um paciente que está precisando resolver um problema de exame, você não pode mandar o paciente vir de manhã. O tempo inteiro é isso, a menina da tarde: “Então, você vem à tarde.” Não, você tem que saber responder para ela: “Olha, o exame está aqui, o exame não está aqui, ele estará no seu prontuário, no outro centro, ou está sendo checado...” Você tem que pelo menos dar uma resposta, não é pegar a resposta só com a menina de manhã... Isso que eu acho estranho (UBS-D).

De volta aos gerentes que apresentam a concepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, que só problematizam a temática desse ângulo, também nesse grupo se observa uma noção abstrata e superficial de um “todo”, aqui referido ao serviço e não ao paciente ou usuário, como apresentado pela gerente da UBS-S, citada antes. Segundo o entrevistado da UBS-F, o gerente deve fazer com que os trabalhadores “sintam que fazem parte de um todo”, da “equipe como um todo”, mas não apresenta argumentos ou conteúdos que permitam apreender a se refere que esse “todo”, de modo que é uma expressão sem significados de conteúdo. Mais uma vez, não se observa no depoimento nenhuma conexão do “todo do serviço” com a atenção integral ou a integralidade da saúde, que

poderia fundamentar o argumento, à medida que num de seus sentidos a integralidade remete ao modo de organização dos serviços de saúde e se expressa na articulação da atuação dos trabalhadores das diversas áreas profissionais, além da integração com diversos atores sociais e setores, ou seja, na perspectiva da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade (Camargo Junior, 2003; Mattos 2004; Campos 2003).

A assistente social é recente, ela está aqui só há três meses... (...) todo esse trabalho ela executa; ela também participa do planejamento familiar, do oxigênio domiciliar para os pacientes que necessitam do oxigênio domiciliar, nós temos que fazer os pedidos e... isso passa por ela. (...) Tem uma psicóloga que... (...) Ela tria. Os pacientes vêm, e ela faz a triagem e... faz grupo, faz individual... (...) Ela faz parte de uma equipe como um todo, ela gosta da unidade como um todo, faz o melhor de si, mas, se analisarmos, é muito individual. (...) O conjunto das pessoas. São... tem que ver aí quantos tem, mas acho que 46 pessoas, incluindo todos, os médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e os grupos que nós chamamos de grupos de apoio. (...) Nós temos a vigilância terceirizada, temos a limpeza terceirizada, esse pessoal todo, que fazia isso na prefeitura, passou a ser grupo de apoio. (...) Eu acho que elas se integram na equipe, depende muito do gerente, eu acho que tem que ter uma orientação, uma ajuda, sempre que elas precisarem, e fazer com que elas sintam que elas fazem parte de um todo, certo? Que, apesar de ela ser um agente de apoio, estar trabalhando na recepção, entregando para o médico um prontuário, atendendo uma pessoa, ela faz parte dessa equipe geral (UBS-F).

(...) o trabalho em equipe é uma situação fundamental dentro de qualquer instituição; é impossível qualquer instituição, por menor que ela seja, ter um trabalho único, individual. Então, se trabalha com sinergismo de força de todos esses integrantes dessa instituição, e, à medida que aumenta a complexidade das situações, se muda a forma de se trabalhar, de se discutir as prioridades e tal. Mas, em geral, é até meio difícil discutir a questão do trabalho em equipe ou não – é uma coisa meio inata... não tem como não pensar que pode ser de outra forma. (...) Mas a construção desse trabalho em equipe, que é fundamental... De certa forma, dentro de uma instituição de saúde, tem vários segmentos de complexidade. Na realidade, o hospital tem uma estrutura hospitalar, ele faz parte de uma rede de saúde, que envolve desde as unidades básicas de saúde, os prontos-socorros isolados, a rede municipal, a rede estadual, central de regulação e assim por diante... Ministério da Saúde... E, internamente, dentro da própria unidade, eu tenho outros setores que também compõem a instituição Hospital – são os departamentos de tocoginecologia, de neonatologia, cirurgia geral, UTI, que devem trabalhar de forma integrada. Dentro de cada departamento, ainda, eu tenho o setor de enfermagem, o setor médico, serviço social, os auxiliares técnico-administrativos... uma série de situações... (H e PS-Q).

No depoimento do gerente de H e PS-Q, predomina a concepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, pois ele não argumenta sobre qualquer distinção entre os dois. Expressa sua preocupação com a busca da

integração e do sinergismo de todos os trabalhadores do serviço com o argumento de que os setores, os departamentos (tocoginecologia, neonatologia, cirurgia geral etc.) e as áreas de trabalho (enfermagem, serviço social, técnico-administrativos etc.) precisam trabalhar de forma integrada. Mostra claramente que a questão nuclear do trabalho do gerente central do serviço é a integração de todos os trabalhadores em torno do projeto institucional, e não a integração de cada uma das equipes.

Um entrevistado apresenta a concepção de trabalho em equipe estritamente como instrumento do trabalho médico⁹, expressando o entendimento de que o trabalho executado pelos profissionais de saúde não médicos é ferramenta ou instrumento que auxilia o médico e amplia a eficácia de seu trabalho.

Na abordagem desse gerente, o trabalho em equipe se justifica pela complexidade do doente e da patologia, que torna necessário o apoio de outros profissionais ao trabalho do médico, de modo que o trabalho em equipe se organiza segundo a atuação especializada de cada área profissional. Esse gerente também assinala que o médico não pode trabalhar sozinho, como disseram outros entrevistados que fazem uma equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, mas, aqui, ele se refere à complexidade do doente e da patologia, que requer o apoio da abordagem especializada de profissionais de outras áreas do campo da saúde – leia-se o conjunto das áreas profissionais não médicas.

(...) Olha, é a complexidade do doente, da patologia. E a necessidade de você ter esse apoio, porque, você sabe, um sozinho não faz nada, você tem que ter apoio de outras pessoas, e fundamentalmente essa obesidade, que é uma coisa que explodiu agora, de dez anos pra cá. Nós estamos agora descobrindo que isso é uma doença, é uma epidemia muito grave do mundo moderno. (...) É a complexidade da patologia; então, o obeso não é uma coisa simples, existe um monte de variáveis para esse obeso. Ele tem um perfil, para você estudar, muito grande. Então, nós precisamos dessas equipes formadas, para estudar ele como um todo, porque, senão, a gente fica vendo só o estômago dele. Na verdade, existem já protocolos prontos para isso. Então, o trabalho maior, digamos, o mais pesado, seria o nosso, o do cirurgião. Entendeu? Para a gente começar a preparar para a cirurgia, tanto num caso quanto no outro. Identificar as co-morbidades, essas coisas todas. Preparar esse doente para a cirurgia. Nesse momento, na obesidade mórbida, a gente acaba passando por todos esses outros especialistas –

---

⁹ Nessa quarta concepção, é importante destacar a referência à equipe multiprofissional e interdisciplinar, pois, embora a temática do trabalho em equipe também seja pertinente a equipes compostas por profissionais de uma mesma área ou por trabalhadores de diferentes categorias de uma mesma prática profissional, como na equipe de enfermagem, neste estudo se investigam concepções sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

pelo psicólogo, para ver o perfil, todo aquele problema [de] ele comer, o psicológico dele, se ele vai aceitar, se, enfim, ele se enquadra naquele perfil de quem vai aceitar a cirurgia ou não, se tem que ser trabalhado ainda muito mais tempo. O fisioterapeuta faz exercício para melhorar a capacidade ventilatória, circulatória desses pacientes, preparando eles para o pós-operatório, para a cirurgia e pós-operatório. O nutricionista orienta a nutrição deles, mudar um pouquinho, porque eles são terríveis, esse pessoal, assaltantes de geladeira... E a psiquiatra, normalmente, é quando o psicólogo percebe um desvio mais forte, mais intenso, um cuidado maior que às vezes foge do perfil deles, tem que mandar para o psiquiatra. E nós temos ainda o endocrinologista que nos acompanha, vê o perfil clínico desse doente que é gordo, enfim, e normalmente quem libera o doente para a cirurgia é o endocrinologista (SE-K).

Essa concepção aponta uma separação entre profissionais médicos e não médicos, separação já consagrada, em certa medida, na tradição do discurso dos trabalhadores de saúde, em especial da equipe de saúde, e consoante com o argumento de que um dos lados se insere na organização do trabalho em saúde como instrumento do outro.

Nota-se que essa concepção dificulta a integração da equipe, pois legitima uma inserção desigual dos profissionais médicos e não médicos no processo de trabalho em saúde, estes como recursos e insumos daqueles. Desconsideram-se as mudanças que ocorreram na concepção do processo saúde-doença na direção da integralidade da saúde. Essa situação de total assimetria torna difícil o reconhecimento e a preservação das diferenças de saberes e atuação das distintas profissões que tenderiam a potencializar os resultados produzidos pelo trabalho da equipe na atenção à multiplicidade de dimensões das necessidades de saúde dos usuários. Há um esforço a ser produzido para que os trabalhos especializados das diferentes profissões sejam integrados – isso não decorre automaticamente de sua presença numa mesma situação de trabalho, mas é preciso articular todos os envolvidos, médicos e não médicos, para que a integração se opere, o que tende a ser mais difícil para os não médicos, tomados como instrumentos do trabalho do médico e não como sujeitos portadores de projetos que buscam construir a integração da equipe.

Cinco dos gerentes entrevistados referem que é mais difícil o médico se integrar ao trabalho em equipe do que os não médicos, e um deles atribui isso à institucionalização de relações hierárquicas entre médicos e não médicos, com a subordinação destes aos primeiros, e da percepção corrente entre os médicos de que

trabalhar em equipe significa coordenar o trabalho dos outros profissionais para que o seu próprio trabalho seja mais efetivo e eficiente, o que expressa justamente a concepção de que o trabalho dos profissionais não médicos é instrumentos do trabalho do médico.

Nos diversos lugares onde eu tive oportunidade de experimentar, sempre há um tipo de tensão, que é aquela das hierarquias estabelecidas entre as diversas categorias componentes da equipe. Existe uma certa visão social, mais legitimada para alguns do que para outros, de que esse encontro de diferentes agentes não é um encontro – vamos dizer assim – igualitário, é um encontro hierárquico, em que alguns têm funções que são mais importantes em relação aos outros. Têm alguns que têm funções que são de mando em relação ao outro, particularmente a questão dos médicos. Então, entre os médicos – e acho que onde quer que eles estejam – alguns lugares é mais forte e em outros lugares é mais apagado – mas onde quer que estejam –, os médicos têm um pouco uma expectativa [de] que trabalho, trabalhar em equipe é coordenar o trabalho dos outros profissionais para que o seu trabalho seja mais efetivo, seja mais eficiente. E por aí afora. É lógico que há ambientes, contextos de trabalho diferentes, [em que] isso muda (UBS-A).

Ainda quanto à concepção de trabalho em equipe estritamente como instrumento do trabalho médico, no depoimento do gerente do SE-K, se observa que o trabalho da equipe está pautado e orientado pelos protocolos em que consta a atuação especializada de cada área profissional. Essa forma de se organizar o trabalho da equipe diverge da apresentado por outros gerentes, para os quais é preciso que os profissionais se disponham e sejam capazes de se afastar de sua especialidade para assumirem responsabilidades por outras atividades que, embora não sejam de sua área de especialização, são necessárias e importantes tanto para a operacionalização do projeto assistencial da equipe quanto para o projeto institucional.

A gerente do SE-L argumenta a favor do trabalho dos não especialistas, o que, além de corresponder a uma das características do trabalho em equipe – flexibilização da divisão de trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais –, também corrobora as necessidades de saúde dos usuários e da população de referência e do processo de trabalho em saúde do serviço, cuja finalidade é a promoção da saúde mental e a inserção dos usuários no tecido social. Para essa finalidade, diferentemente do que se vem fazendo tradicionalmente, é

preciso também operar saberes e atividades comuns do campo da saúde e da saúde mental, para além de saberes e atividades específicas de cada área.

A gerente da UBS-I também advoga que os profissionais devem exercer uma certa não especialidade, visto que existe um leque de atividades comuns – que não são específicas de nenhuma área mas que são necessárias para a implementação do projeto de trabalho do serviço – que deveriam ser assumidas por todos os profissionais das diferentes áreas, em nome dos interesses dos usuários e da população do território.

A posição das gerentes da SE-L e da UBS-I diz respeito à necessidade de enfrentamento da crescente tendência de especialização das profissões em saúde e suas consequências indesejáveis para a assistência e o cuidado na perspectiva da integralidade da saúde e da complexidade das necessidades de saúde e dos serviços prestados. Mostra, portanto, uma ponderação pertinente ao campo da saúde e particularmente à proposta do trabalho em equipe, com a qual ambas estão sintonizadas, visto que sua concepção com elaboração e problematização do tema é a que mais claramente revela um acúmulo de reflexão e prática sobre equipes de saúde.

No entanto, observa-se a desvalorização do trabalho menos especializado, mas integrativo na abordagem, como o dos médicos que atuam na clínica geral, hoje quase em extinção no país, mas absolutamente necessários para o perfil de saúde da população brasileira e para o SUS (Campos, Chakour, Santos, 1997).

Na análise das alternativas de composição das equipes entre especialistas e não especialistas e principalmente na articulação de ambos, seja para flexibilizar a divisão do trabalho e as fronteiras entre disciplinas e áreas profissionais, seja para o necessário reconhecimento do trabalho de cada componente da equipe do qual se requer a objetivação das especificidades profissionais, contribui a discussão de campo e núcleo de competência e responsabilidade trazida por Campos (2000b):

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e campos. (...) O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço

de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (...) Um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo (Campos, 2000: 220).

Núcleo e campo são mutantes e se influenciam mutuamente, embora o primeiro demarque a atuação específica dos profissionais de uma dada área e este remeta a saberes e práticas que são comuns à esfera de atuação da saúde. Ao analisarem o desafio de se constituir um trabalho em equipe multiprofissional na prática de saúde da família, cuja efetividade decorre da integração da equipe, Almeida e Mishima (2001) assinalam conteúdos do campo da saúde – portanto comuns e confluentes a várias profissões e especialidades – que deveriam ser incorporados ao repertório de todos os componentes da equipe de saúde da família como interfaces por meio das quais os profissionais articulariam seu trabalho: os princípios do SUS, as diretrizes do PSF, a humanização do atendimento, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização.

Assim, observa-se que, para além das especificidades de cada área, que devem ser preservadas para se otimizar e potencializar as ações da equipe, também cabe delimitar conteúdos do campo da saúde comuns aos integrantes das equipes, segundo as necessidades de saúde dos usuários e da população e do respectivo projeto de trabalho do serviço.

Ainda quanto às concepções dos gerentes sobre o trabalho em equipe de saúde, vale destacar que o gerente do H e PS-P, incluído na concepção com elaboração e problematização do tema, faz referência à concepção de trabalho em equipe estritamente como instrumento do trabalho médico, mas só de passagem e com a nuance de relacioná-lo à atenção integral e à integralidade da saúde, pois a concepção ampliada do processo saúde-doença permite o reconhecimento da contribuição das diferentes áreas profissionais para a construção e implementação de um plano de cuidados adequado às necessidades de saúde do(s) usuário(s), para além de auxiliarem o trabalho do médico, tornando-o mais eficiente. Por um lado, o entrevistado diz que o trabalho dos demais profissionais de saúde “auxilia” o trabalho do médico, ou seja, é instrumento do trabalho do médico e o torna mais efetivo e eficiente, visto que “a gente não faz nada sozinho”. Por outro, diz que a

integração de profissionais de diferentes áreas é necessária para que “se obtenha um plano de cuidados adequado” que é mais abrangente que o “tratamento terapêutico específico do médico”, ou seja, o trabalho em equipe é necessário para a assistência integral com foco no usuário. Nesse sentido, o trabalho em equipe é instrumento do processo de trabalho em saúde orientado pela integralidade, o que é diferente de se considerarem os outros profissionais instrumentos do processo de trabalho do médico, objetos para se instrumentalizar e auxiliar sua ação. Nessa situação de trabalho, a integração dos diversos profissionais, que configura o trabalho em equipe de saúde, é que é instrumento do processo de trabalho em saúde, na perspectiva da atenção integral.

(...) eu acredito, sem dúvida alguma, que o médico, embora ele seja o elemento a ser procurado – o que é procurado inicialmente, né? Eu até brinco, imagine você, quem o paciente procura quando vem no hospital? É o médico. A gente não faz nada sozinho, ele precisa de toda essa visão. Ele precisa ter a sensibilidade para recorrer aos diversos profissionais, para auxiliarem, porque simplesmente a visão científica, técnica, da medicina, ele vai perder. Principalmente nos dias de hoje. Hoje, com toda a conjuntura que nós temos, social, dos problemas e tudo o mais – a visão multiprofissional –, é inegável que a assistente social tem que entrar dando apoio, muitas vezes, à família, ver os recursos, aprofundar dentro da intimidade que envolve, e nem sempre um médico consegue atingir todos seus objetivos numa anamnese. Existem alguns aspectos, que são íntimos, que às vezes o profissional técnico, do serviço social, vai conseguindo obter, e que o médico não chega. Da mesma forma, a enfermagem. Lidando no dia-a-dia, ela descobre, ela percebe uma série de ações, de reações da criança e de interação da mãe com a criança e tudo o mais, que são extremamente importantes. Para quê? Para que se obtenha um plano de cuidados adequado. Não é só a visão do tratamento terapêutico específico do médico. Então, essa visão, eu acho que é fundamental. (...) Você não consegue fazer as coisas isoladamente. E outros profissionais – não é só o médico, a enfermeira, a assistente social ou a nutricionista e aí segue... Veja o que é hoje o farmacêutico – está completamente ligado a isso. Ele tem uma participação importante na reação da droga, no controle, na diluição do medicamento (H e PS-P).

Observa-se que a concepção dinâmica de processo saúde-doença, com o reconhecimento da multiplicidade de dimensões das necessidades de saúde dos usuários e a correlata organização da assistência à saúde na modalidade de atenção integral, leva o gerente do H e PS-P a expressar um deslocamento, que provavelmente está em curso no próprio processo de trabalho médico, que mostra a transição da atenção à saúde exclusivamente médica, com o apoio das intervenções dos demais profissionais, para um modelo cujo foco são as necessidades de saúde dos usuários, e o trabalho do médico se compõe com as demais áreas de atuação.

Se, por um lado, a tensão observada no depoimento desse gerente permite argumentar nessa direção, por outro, expressa a persistência da tradição de trabalho solo do médico, preservada na transição para o modelo de medicina tecnológica (Schraiber, 1997) que, na atualidade, depara cada vez mais com a necessidade de responder à integralidade da saúde, o que, dada sua complexidade, não pode ser feito com a atuação de uma única área profissional.

Entende-se que a problematização mais ampla de trabalho em equipe apresentada pelo gerente do H e PS-P se ancora na reflexão e na prática voltada para a mudança do modelo assistencial e do processo de trabalho em saúde, como se observa no relato dos outros cinco gerentes que também problematizam o trabalho em equipe em relação ao modelo de atenção à saúde e à saúde mental (UBS-A, UBS-C, UBS-J, SE-L, SE-M).

Assim, além do reconhecimento de algumas características do tema, a elaboração e a problematização mais ampla e consistente de trabalho em equipe apresentada pelos gerentes mostra que o relacionam à necessidade e à possibilidade de mudança do modelo assistencial que, na perspectiva da integralidade da saúde, contempla também as necessidades de saúde dos usuários e da população do território.

5.3 Organização do trabalho nos serviços estudados, segundo a percepção dos gerentes

Seja na modalidade de trabalho em equipe ou na de trabalho individualizado por profissional, a organização do trabalho nos serviços estudados é analisada com base na percepção que os gerentes expressam em seus depoimentos. Esses relatos permitiram identificar e analisar apenas as representações sobre o modo de organização do trabalho, e não as peculiaridades dadas concretamente na dinâmica de trabalho, visto que a pesquisa empírica consistiu só na aplicação da técnica de entrevista, sem a triangulação com observação direta. Contudo, é difícil identificar a composição das equipes de trabalho, pois elas só são visíveis se

consideradas as características do projeto institucional, do modelo assistencial e do processo de trabalho em saúde vigente no respectivo serviço¹⁰.

No Quadro 2, agrupam-se os serviços estudados por nível de atenção à saúde e sua respectiva modalidade de organização, segundo trabalho em equipe ou trabalho individualizado por profissional, tal como percebida e apresentada pelos gerentes entrevistados.

Quadro 2 – Distribuição dos serviços de saúde estudados segundo a percepção do gerente sobre a organização do trabalho e o nível de atenção à saúde

Nas 13 unidades básicas de saúde:

- em 9 UBS – trabalho individualizado por profissional
- em 2 UBS – trabalho em equipe (UBS-A, UBS-J)
- em 2 UBS – trabalho em equipe nas equipes de saúde da família (ESF) e trabalho individualizado por profissional entre os demais trabalhadores inseridos no serviço (UBS-C, UBS-E)

Nos 4 serviços especializados:

- SE-L – trabalho em equipe
- SE-M – trabalho em equipe
- SE-N – trabalho em equipe
- SE-K – trabalho individualizado por profissional e trabalho em equipe na área de saúde mental

Nos 3 hospitais e no pronto-socorro:

- H e PS-R – trabalho individualizado por profissional
- H e PS-P – trabalho individualizado por profissional e trabalho em equipe na UTI e na enfermaria de oncologia
- H e PS-Q – o gerente não explicita o modelo de organização do trabalho
- H e PS-O – o gerente não explicita o modelo de organização do trabalho

¹⁰ Na pesquisa principal – Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados – a que se vincula esta, o subprojeto que configura a primeira fase visa analisar o perfil dos trabalhadores de saúde dos serviços estudados pelas variáveis sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, especialização, vínculo empregatício e equipe a que pertence. Os dados têm fonte secundária – a pessoa responsável pelos Recursos Humanos (RH) do serviço – e, nos de menor porte, complementados por consulta individual ao próprio trabalhador, se ele estivesse disponível no momento de coleta. A informação sobre a equipe a que pertence foi coletada apenas para 287 (6,8%) trabalhadores, o que mostra que a técnica escolhida para a coleta de dados não é indicada para essa informação e, ao mesmo tempo, revela o pequeno – quase nulo – conhecimento por parte do pessoal de RH sobre a organização do trabalho e, em particular, do trabalho em equipe. Essas ponderações mostram que seria necessária a coleta em fonte primária – aplicação de questionário individual respondido por cada trabalhador –, o que não era possível nos limites da pesquisa principal, que, nos 18 serviços estudados na primeira fase, envolveu 4.299 trabalhadores de saúde (Peduzzi, 2007).

Vê-se que os relatos dos gerentes das 13 UBS têm distribuição heterogênea quanto à organização do trabalho. Em nove unidades, o trabalho é individualizado por profissional, em duas, há o trabalho em equipe e, em outras duas, o trabalho em equipe vigora apenas nas equipes de saúde da família (ESF) e, entre os demais trabalhadores do serviço, o trabalho individualizado por profissional.

Nas nove UBS em que os gerentes referem o trabalho individualizado por profissional, os depoimentos revelam diferenças na percepção desse modo de organização do trabalho. Em três delas (UBS-I, UBS-H, UBS-S), não há trabalho em equipe nem por equipe multiprofissional, nem por área profissional, nem por setor de trabalho, embora a gerente da UBS-I mencione a necessidade de se desenvolver uma certa cultura de trabalho em equipe que será analisada adiante.

Em outras três (UBS-U, UBS-B, UBS-G), os próprios gerentes referem que o trabalho é totalmente individualizado por profissional, o que se reitera em todo o transcurso dos depoimentos. No entanto, as gerentes da UBS-G e da UBS-U mencionam tentativas esparsas de se organizarem equipes de trabalho – sem contudo consolidá-lo –, e reconhecem a necessidade do envolvimento do gerente do serviço na promoção do trabalho em equipe, no sentido de se criar uma cultura institucional para isso.

Em outras duas (UBS-F, UBS-T), os gerentes afirmam que todos os trabalhadores do serviço trabalham em equipe, mas seus depoimentos não permitem apreender a presença de equipes no serviço. Como ambos apresentam uma concepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, infere-se que não se trata de trabalho em equipe, mas da cooperação resultante do processo de divisão técnica do trabalho, que configura o trabalho coletivo.

No depoimento da gerente da UBS-D, também inserida entre as UBS em que predomina o trabalho individualizado por profissional, encontra-se referência à existência de dois setores com características de trabalho em equipe – a saúde mental e a recepção, sobretudo a primeira –, de modo que aí predomina o trabalho individualizado, convivendo com o trabalho em equipe nos dois setores referidos.

Nas quatro UBS em que se identificou o trabalho em equipe, há equipes de saúde da família (ESF), implantadas a partir de 2001, mas em situações diversas. A UBS-C, que à época preenchia a maior parte dos requisitos necessários à implantação, começou com cinco equipes e hoje tem seis. A UBS-E e a UBS-J se caracterizam como unidades mistas, pois ambas contam com ESF e com um conjunto de profissionais de saúde que não estão inseridos em equipes – a primeira tem seis ESF e a segunda, cinco. Na UBS-A, há duas ESF, com uma inserção diferente da usual, pois os 12 agentes comunitários de saúde atuam junto à comunidade, sobretudo numa favela próxima à unidade, e os demais profissionais foram integrados ao corpo de trabalhadores do serviço, atuando junto aos usuários da área de abrangência da unidade¹¹.

Em duas delas (UBS-C e UBS-E), os respectivos gerentes apontam a existência de trabalho em equipe nas ESF e do trabalho individualizado por profissional entre os demais trabalhadores. Nota-se que a UBS-C é uma unidade com estratégia de saúde da família e a UBS-E é unidade mista¹².

Na UBS-C, o gerente afirma que, desde a implantação das seis equipes, houve um investimento maior nos profissionais inseridos nelas, para se assegurar o bom funcionamento do PSF, e que, a partir disso, há que se investir também na integração dos demais profissionais do serviço. Ao longo do depoimento, o gerente mostra que são realizadas ações para a integração efetiva dos demais com os profissionais das ESF, pois instaurou-se uma reunião de equipe técnica com médicos e enfermeiras de todas as ESF, um representante dos dentistas e a equipe multiprofissional, denominação dada aos profissionais de nível superior que não estão nas ESF e não são dentistas, ou seja, duas assistentes sociais, um fonoaudiólogo, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. Também se constituiu um grupo gerencial ampliado, em que há representantes de todas as categorias

---

¹¹ Com base nos resultados da primeira fase da pesquisa principal, chama a atenção, nas quatro UBS que têm trabalho em equipe, o grande número de trabalhadores que não estão inseridos em ESF, considerados o total de trabalhadores e o número e a porcentagem de trabalhadores em ESF de cada unidade: UBS-C: 80 e 42 (52,5%); UBS-J: 73 e 39 (53,4%); UBS-E: 101 e 55 (54,5%); UBS-A: 121 e 19 (15,7%) (Peduzzi, 2007).

¹² O documento norteador da atenção básica, na página 07, apresenta a distinção entre UBS com Estratégia Saúde da Família e UBS tradicional, de modo que as unidades básicas que têm ESF e um conjunto de trabalhadores não inseridos nas ESF são denominadas mistas (São Paulo, 2005: 7).

profissionais, e ainda uma reunião geral mensal de que participam todos os trabalhadores da unidade. Interessante observar que se trata de espaços de troca e participação, com potencial para promover a integração dos trabalhadores especificamente na modalidade de trabalho em equipe.

Eu acho que predomina em equipe, porque, com o desenho do PSF, realmente, bem ou mal, isso, enfim, toma corpo. Você está sempre falando em equipe, em área e tal, então, acho que predomina de qualquer maneira. Agora, tem o grau de integração, a hora que a gente pensa nesses profissionais de fora, com relação a essas equipes. Esse, eu ainda diria que é incipiente, quer dizer, se a gente pensar nessa relação [da] odonto com a equipe multiprofissional, e mesmo [n]a área administrativa, vamos dizer assim, ainda é pequena, isso deve melhorar. De novo, eu acho que o meu papel é construir espaços onde essas coisas possam ser construídas... (...) A gente pensou em corrigir, ajustar muita coisa mais focada no PSF. Não que os profissionais outros não pudessem de alguma forma contribuir, mas foi uma estratégia focar mais em quem está nas equipes do PSF. O PSF funcionando num outro patamar, melhor; eu acho que a gente pode pensar daí, de expandir, fazer um ajuste mais fino, que seria trazer esses outros profissionais para fazer um planejamento um pouco mais amplo. Por isso que eles foram incorporados nessa chamada equipe técnica (UBS-C).

Na UBS-E, que funciona como unidade mista, a gerente descreve uma dinâmica de trabalho completamente distinta entre os trabalhadores que integram as ESF e os demais, que fazem um trabalho estritamente individualizado por profissional.

Eu acho que a unidade tradicional tem mais o ranço do não trabalho em equipe (...) é centrada, por exemplo, no médico – o atendimento é mais centrado no médico, num profissional só. O PSF é uma modalidade que eu acho que está centrada mais no trabalho em equipe. (...) Porque esta unidade ficou caracterizada como unidade mista. (...) Eles [os profissionais da UBS tradicional] ficam mais centrados neles somente, não na equipe (...) fica uma equipe de retaguarda, mas o trabalho em si não é separado por equipes, geralmente é centrado nele, no profissional. (...) O nosso PSF não está abrangendo toda as áreas, então, temos áreas que não são atendidas pelo PSF. E esses profissionais realmente atendem essa parte, porque são... porque ficaram fora, porque é um pessoal de nível socioeconômico mais, ou seja, melhor, não médio, mas melhor, e esse pessoal é atendido normalmente na unidade básica. E esse meio do campo é difícil, não é fácil. (...) a gente não deixa fechado: por exemplo, se tem um paciente que não quer passar pela unidade básica, por exemplo, eu quero passar no ginecologista, eu não quero passar no médico de família, ele tem a liberdade de passar no atendimento da clínica médica. Tem muitos pacientes que são das áreas, então “Não, eu não quero ser atendido pelo PSF.” Então, essa “Eu não quero ser atendido”, “Eu não quero visita domiciliária” é um direito que ele tem. “Eu quero vir aqui para ser atendido por esse médico, porque é o que me satisfaz” – então, ele vem e ele fica na unidade básica (UBS-E).

Em face dos resultados da primeira fase da pesquisa principal a que se vincula a presente – em que se traça o perfil dos trabalhadores de cada serviço –, chama atenção o percentual de trabalhadores que executam seu trabalho de forma individualizada, sem estarem inseridos em equipes de trabalho, nas duas unidades referidas, embora no depoimento do gerente da UBS-C se observe o investimento em ações que visam promover a integração entre esses trabalhadores e os que estão em ESF.

Nas outras duas UBS cujos gerentes referem a presença de trabalho em equipe também se notam diferenças marcantes na organização do trabalho.

Na UBS-J, mista, a gerente conta que o trabalho da unidade está organizado segundo a lógica da saúde da família, de modo que há uma tentativa de se incluírem os profissionais que não estão inseridos nas ESF também nesse modelo de atenção à saúde, articulando-os com das ESF. Ao descrever essa articulação, apresenta uma dinâmica de funcionamento que remete ao modelo de trabalho em equipe de referência e apoio especializado matricial proposto por Campos (1997, 1999, 2007), que também é mencionado por outros entrevistados e será retomado adiante. Ela faz referência a “uma equipe de apoio gerencial”, composta pelo pessoal da área administrativa, da recepção e de apoio, e às “equipes assistenciais”, que incluem as ESF e os profissionais da assistência da UBS tradicional como apoio matricial, e também destaca o foco do trabalho da unidade e de cada equipe no usuário e na população do território. Assim, a entrevistada refere sua percepção da organização do serviço segundo o trabalho em equipe e a estratégia de atenção básica de Saúde da Família, articulando trabalho em equipe e modelo assistencial.

(...) a gente tem cinco equipes, que dão conta de parte do território. Não dão conta de cem por cento do território. Tem uma população maior do que a que está dentro do PSF. Então, a população que está fora do PSF quase que naturalmente está dentro da UBS tradicional. Mas elas coexistem, né? Então, o que a gente tem tentado é fazer com que a lógica do trabalho funcione na função da PSF. Então, as agendas são montadas por grupos de referência de rua, que são as áreas. (...) Os prontuários são prontuários separados por família. E o expediente também tem que trabalhar com a lógica da UBS tradicional. Por quê? Quem não está dentro do PSF está fora. Portanto, ele tem que reconhecer que está fora e pôr para dentro dos médicos da casa, que são os médicos tradicionais. Por exemplo, a pediatra pode atender uma criança que é do PSF – porque é uma intercorrência, não tinha vaga com o médico –, mas essa pediatra está orientada para fazer com que essa criança retorne para a equipe, através da consulta do

enfermeiro. Então, sai dessa consulta médica, ela manda agendar com o enfermeiro da área. Então, essa lógica está permeando essas consultas. Mesma coisa [para] a questão da ginecologia – se ela é uma gestante de primeira consulta, ela já remete esse pré-natal para o médico da equipe. Se é uma gestante da área da invasão que não está dentro do PSF, então fica com ela. (...) Mas tem uma certa lógica ali, também, de um trabalho articulado (UBS-J).

Na UBS-A, o gerente apresenta uma inserção diferente das duas ESF quando referidas às unidades anteriores, pois estão distribuídas no conjunto dos trabalhadores e articuladas ao modelo de atenção que já vigorava no serviço antes da implantação do Programa de Saúde da Família no município e permanece, até o momento da entrevista, articulado à estratégia de saúde da família. De acordo com o gerente, as equipes de trabalho do serviço se organizam segundo os setores de trabalho e há uma cultura favorável ao trabalho integrado, democrático e horizontalizado, embora essa cultura não seja homogênea em todo o serviço; assim, há três situações distintas: equipes mais integradas, intermediárias e com integração frágil, em que se verificam uma grande separação entre os trabalhadores de enfermagem e os médicos e relações hierárquicas bem estabelecidas.

O depoimento do gerente da UBS-A mostra que a organização do trabalho segundo equipes, mesmo numa cultura institucional favorável, que valoriza o trabalho integrado e as relações democráticas e horizontalizadas, enfrenta cotidianamente o que ele chama de “tendência à fragmentação” e “risco de fragmentação”, e apresenta tipos diferentes de trabalho em equipe, com graus variados de integração, ou seja, compõem equipe-integração e equipe-agrupamento (Peduzzi, 2001) ou equipes integradas, “coração e periferia” e fragmentadas (Milles, Freeman, Ross, 2001).

A forma heterogênea com que a presença do trabalho em equipe é referida nas quatro UBS mostra que essa característica só em parte está ligada à Estratégia de Saúde da Família, embora esta seja comum às quatro unidades, pois foram relatados modos diferentes de organização do trabalho, com referência a modelos assistenciais e a dinâmicas de funcionamento também bastante diferentes entre os serviços.

Entretanto, pode-se supor alguma relação entre trabalho em equipe e estratégia de saúde da família, visto que, de um lado, o trabalho em equipe é

diretriz operacional da proposta do Ministério da Saúde, o que cria um cenário que favorece sua implementação (Brasil, 1998) e, de outro, a literatura atesta a presença do trabalho em equipe nos serviços de atenção básica, com a implantação do PSF (Pedrosa, Teles, 2001; Moura et al., 2003; Schimith, Lima, 2004; Ribeiro, Pires, Brank, 2004; Silva, Trad, 2005; Fortuna et al., 2005; Crevelim, Peduzzi, 2005; Vanderlei, Almeida, 2007; Araújo, Rocha, 2007).

Destacam-se algumas publicações, baseadas na realidade cotidiana das equipes do PSF, cujos resultados evidenciam o potencial e as limitações desse modelo de atenção à saúde para a eficácia e a efetividade do trabalho em equipe. Apoiados em revisão bibliográfica, Ribeiro, Pires e Brank (2004) produzem uma reflexão fundamentada na teorização sobre o processo de trabalho em saúde e identificam estudos empíricos que mostram as contradições dessa prática: de um lado, as equipes atuam de forma mais comprometida com os usuários e o serviço e a população refere alto nível de satisfação com o atendimento das ESF, de outro, ainda persiste um modelo de trabalho centrado no médico e no atendimento curativo, com insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa, contratos de trabalho flexibilizados e precarizados e sobrecarga do atendimento, que obstam o planejamento e a discussão da dinâmica de trabalho.

Pesquisa empírica também mostra resultados que combinam avanços e dificuldades do trabalho em equipe no PSF, pois os autores observaram a articulação entre as ações executadas pela maioria dos profissionais da equipe estudada, mas também entraves na construção de um projeto assistencial comum, ligados à sobrecarga de trabalho, visto que a equipe tem sob sua responsabilidade quase o dobro do número de famílias preconizado pelo Ministério da Saúde e inúmeras solicitações da coordenação municipal, o aumento do tamanho da equipe, com 16 integrantes, o que, segundo o estudo, dificulta a comunicação e tomada de decisões conjuntas, à falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal e à rotatividade dos profissionais (Silva, Trad, 2005).

Em outro estudo sobre a participação da comunidade no trabalho da equipe de saúde da família, os trabalhadores dão destaque ao trabalho em equipe relacionando-o a uma concepção ampliada de saúde e ao desenvolvimento de um

grande rol de ações que buscam estimular a participação da comunidade, inclusive através de parcerias com grupos populacionais e voluntários, contudo, tal como na pesquisa referida antes, não incluem os usuários na dinâmica de trabalho da equipe, ou seja, num conjunto de ações compartilhadas pelos trabalhadores que permitem a construção do projeto comum de trabalho, que é de interesse, sobretudo, dos próprios usuários e da população de referência (Crevelim, Peduzzi, 2005).

Outra pesquisa empírica mostra que o trabalho da equipe do PSF estudada se caracteriza pelo exercício do modelo médico hegemônico, com prioridade de atendimentos médicos clínicos e a atuação do enfermeiro voltada sobretudo para atividades administrativas e sem se constituir em referência para as auxiliares, que procuram o médico para orientação. Segundo os resultados, os princípios, as diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos pela equipe de saúde, e que não está clara para os profissionais a ligação entre o PSF e a efetivação do SUS. Os autores destacam que a construção do SUS deve ser assumida como projeto por todos os trabalhadores e pelas equipes de trabalho (Schimith, Lima, 2004).

Outro estudo empírico traz resultados que referem boas relações entre médicos e enfermeiros das ESF, mas dificuldades entre esses profissionais e os agentes comunitários de saúde (ACS), relacionadas, segundo a pesquisa, à falta de supervisão destes e a seu baixo grau de instrução. A pesquisa mostra que, para os médicos, em particular, há problemas na identificação do papel do agente na relação médico/paciente/serviço e que os ACS aspiram à sua capacitação e inserção como auxiliares de enfermagem, o que dificulta a articulação dos diferentes trabalhos que compõem a equipe (Pedrosa, Teles, 2001).

As dificuldades apontadas mostram que a definição de uma política com suas diretrizes e estratégias, por si só, não transforma as práticas de saúde, embora contribua para isso, à medida que se coloca como instrumento em torno do qual trabalhadores, gerentes e usuários construam práticas diferentes, que correspondam a essas diretrizes, fazendo prevalecer os interesses dos usuários e da população. Seis dos gerentes entrevistados afirmam que uma das dificuldades é que o trabalho em equipe não é dado automaticamente a partir da definição de uma diretriz

política ou da reunião de diferentes profissionais numa situação comum de trabalho, mas requer investimentos nessa direção específica – “o trabalho em equipe precisa ser construído no cotidiano”. Nesse sentido, o gerente é fundamental como um agente mediador e tradutor da política e do modelo assistencial propostos, para as ações concretas planejadas e executadas de forma compartilhada no cotidiano de trabalho das equipes (Campos, 1989, 2000a; Castanheira, 1996a, 1996b; Mishima, 1995, 2003; Mishima et al., 1997).

Assim, considera-se que a existência de um modelo assistencial que oriente a organização do trabalho para a atenção e o cuidado às necessidades de saúde dos usuários e da população do território, com base na integralidade da saúde, é um elemento importante para a implementação e a sustentação do trabalho em equipe nas UBS, particularmente o modelo da estratégia de saúde da família que orienta o trabalho nas UBS-C, UBS-E e UBS-J, e também o modelo de ações programáticas em saúde, que predomina na UBS-A. Logo se verá que, segundo o depoimento dos gerentes, o trabalho em equipe está ligado ao projeto institucional – o projeto de trabalho do serviço, que remete a um dado modelo assistencial, ao qual devem estar articulados os projetos assistenciais de cada equipe.

Chama a atenção que em apenas quatro das 13 UBS estudadas estejam integradas ESF, o que em parte confirma as dificuldades apontadas pela literatura para a implantação do PSF nos grandes centros urbanos, dentre os quais desponta São Paulo, por seu expressivo contingente populacional. Entre outros fatores, essas dificuldades se devem ao histórico de oferta de serviços de saúde dos municípios de grande porte – nos quais existem redes com experiências acumuladas em outras modalidades de atenção primária, de modo que o PSF não assume de pronto uma feição de ampliação de acesso à rede básica – e à heterogeneidade do espaço urbano – que em São Paulo se traduz no dinamismo da rede de prestação de serviços de saúde, evidenciado na alta concentração tecnológica, na cobertura de 47,2% da população por planos de saúde e no grande porte da rede de serviços públicos e privados, que somam mais de 5.000 estabelecimentos de saúde, dos quais 183 são hospitais (Elias et al., 2006). O PSF encontra dificuldades para se afirmar como modelo prioritário de atenção à saúde em municípios que têm produção ambulatorial de alta complexidade e cobertura hospitalar elevadas, e que também

apresentam muitas e diversas situações de pobreza e de desigualdade social, com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, tal como ocorre nos grandes centros urbanos, sobretudo nas regiões metropolitanas (Viana et al., 2006).

Pesquisa sobre a implantação do PSF na metrópole de São Paulo e as vantagens comparativas desta e das demais modalidades de atenção básica já incorporadas na rede de serviços, configurando dois grupos por referência ao modelo assistencial – PSF e UBS –, na perspectiva dos usuários, trabalhadores e gerentes, mostra que a opinião dos primeiros é mais favorável ao PSF, com índices de aceitação inversamente proporcionais aos da situação de exclusão social, o que, segundo os autores, indica uma aceitação heterogênea do PSF pela população, especialmente aquela situada nos extratos de baixa renda. Nos três grupos estudados, a acessibilidade foi considerada a pior dimensão das duas modalidades de atenção básica avaliadas. No geral, segundo os resultados da investigação, para os usuários, o PSF é superior à UBS, ao passo que, para os trabalhadores e gerentes, não se revelaram diferenças relevantes entre as duas modalidades de atenção (Elias et al., 2006). O mesmo estudo destaca ainda que o desempenho satisfatório alcançado pelas seis unidades pesquisadas, PSF e UBS, reitera as potencialidades para a estruturação de uma rede básica no município voltada para as expectativas dos usuários e dos profissionais de saúde, integrando as unidades que se encontram em condições mais precárias de funcionamento. Nesse sentido, lembram-se as 384 UBS já existentes na cidade, dentre as quais, 173 (45%) têm ESF implantadas.

Os depoimentos também permitem identificar um outro aspecto comum a três dos quatro gerentes dessas UBS – os dois das unidades em que predomina o trabalho em equipe (UBS-A e UBS-J) e o da UBS-C, que refere ações que buscam a integração dos trabalhadores das ESF com os demais. Eles apresentam a concepção com elaboração e problematização do tema, o que mostra um acúmulo de reflexão sobre o objeto de estudo, que pode se traduzir numa prática mais consistente de trabalho em equipe e de integração do conjunto de trabalhadores das respectivas unidades. Ou seja, além do modelo assistencial, a concepção do gerente sobre o trabalho em equipe também contribui para a implementação de equipes.

Outros quatro gerentes que compartilham a mesma concepção (UBS-D, UBS-I, UBS-U, UBS-G) relatam a percepção do trabalho individualizado por profissional nos respectivos serviços. Isso mostra que o gerente atua com base no seu entendimento acerca do trabalho e das necessidades de saúde dos usuários e da população de referência num contexto que, assim como suas concepções, pode favorecer ou dificultar a organização do trabalho na modalidade de equipes. Tal contexto se refere às políticas de saúde, ao modelo assistencial, ao processo de trabalho em saúde e às condições de trabalho vigentes.

Ainda sobre os efeitos positivos do modelo assistencial, em particular do PSF, na implementação do trabalho em equipe de saúde na atenção básica, remete-se aos resultados de pesquisa recente sobre as possibilidades de mudança das práticas de saúde a partir do cotidiano de uma equipe do PSF no município de Salvador, na Bahia. O estudo evidencia a dificuldade da equipe estudada em efetivar a mudança do modelo de atenção, tendo-se observado que sua operacionalização estava mais identificada com o perfil e o empenho dos profissionais do que com o Programa e constatado a ausência de problematização da mudança do modelo por parte dos trabalhadores de saúde (Ruf, 2007).

Entre os 13 gerentes de UBS entrevistados, quatro (UBS-A, UBS-C, UBS-J, UBS-I) se referem à organização matricial que remete ao modelo proposto por Campos (1997, 1999, 2003, 2007), de trabalho em equipe de referência e apoio especializado matricial. Já se observou, no relato da gerente da UBS-J, que, para a articulação das ações e dos profissionais no interior das ESF e entre elas e os demais profissionais da unidade, destacam-se a organização do trabalho segundo equipes de referência, responsáveis pela atenção a determinada clientela, adscrita e residente num dado território, e o apoio especializado matricial por parte dos dentistas, da assistente social, da fisioterapeuta, da fonoaudióloga, da psicóloga, do ginecologista e de outros que executam ações especializadas de apoio às equipes de referência às quais os respectivos usuários sempre devem ser remetidos. Essa forma matricial de organização do trabalho busca articular o conjunto do trabalho produzido no serviço, e não apenas no interior de cada equipe. Lembra-se que o arranjo institucional por equipes de referência e apoio matricial é proposto como metodologia de gestão do

trabalho em saúde para reforçar a ação e o poder de gerenciar as equipes de trabalho de forma integrada às especialidades (Campos, 2007).

A experiência da rede básica da Secretaria Municipal de Betim com a implantação dessa proposta mostrou a necessidade de mudança do perfil gerencial, na medida em que exigiu dos gerentes uma maior capacidade de diálogo e de coordenação dos diferentes interesses que permeiam a unidade de saúde (Carvalho, Campo, 2000).

A odonto, até o mês passado, trabalhava desarticulada e, este mês, eu mudei a forma de organização da odonto, e agora elas vão trabalhar como referência pra determinado número de equipes. (...) Vamos experimentar? Pelo menos, a gente vai experimentar e, daqui a um, dois meses, a gente reavalia. (...) a psicóloga, a fono, a assistente social e a fisioterapeuta não fazem parte de equipe mínima nenhuma de PSF. (...) mas que elas troquem figurinhas com as equipes, né? Então, por exemplo, a fono agora atendeu uma criança meio complicada, tal, não sei o quê: “Vá discutir esse caso com um médico e com a enfermeira da equipe, porque eles precisam saber disso. E também precisamos discutir na escola. Não é uma questão que vai ficar com você, a professora precisa saber disso, a diretora precisa saber disso.” Então, a gente está combinando assim, de estar sempre referendando para a equipe, como um espaço que precisa se apropriar das questões do que acontece com as pessoas que moram ali na área de responsabilidade deles. A psicóloga, por exemplo, como atende um caso específico e que precisa de mais informações? Então, ela pode obter essas informações com um agente, com a família, ela pode ir junto numa VD, com ou sem agente comunitário, pode ser a enfermeira. Então, a idéia é que a gente possa estar sempre articulados (UBS-J).

No relato da gerente da UBS-I, em que, ao contrário da UBS-J, predomina o trabalho individualizado por profissional, também se encontra a referência à necessidade de se estabelecer um fluxo para se referenciar os usuários para os diferentes profissionais que comporiam a equipe multiprofissional, pois, segundo a gerente, isso amplia o acesso, o acolhimento e a resolutividade do serviço. Para ela, todos os usuários são responsabilidade de todo o serviço, mas este deve ser organizado na modalidade de trabalho em equipe para se ter a quem referir o usuário e não dispensá-lo por falta de vaga específica com algum profissional, pois a equipe assume a responsabilidade pelo paciente. Entretanto, a entrevistada fala de uma noção de trabalho em equipe que possibilita aos trabalhadores da recepção fazerem a referência dos usuários que procuram um determinado profissional, de uma certa área, para

outro, de outra área, buscando uma alternativa de atendimento que as diferentes áreas podem propiciar, pois nessa UBS não há equipes constituídas como tal. Segundo o depoimento da gerente, a construção de equipes de referência ajudaria a organizar o fluxo interno de usuários e a ampliar o acesso e o acolhimento, pois esses seriam referidos às respectivas equipes que, por sua vez, contariam com apoio matricial, se necessário, da colaboração de especialistas ou na ausência dos profissionais de referência, o que aumentaria a eficácia do atendimento.

Mas, quando a gente pensa... sei lá... qualquer programa prioritário – as gestantes, por exemplo. Quando ela entra na unidade – a gestante está sendo muito discutida –, de quem ela é problema? E o que a gente tenta é que, de verdade, todo mundo se comprometa com aquele paciente. Se ela chegou e tem uma suspeita de estar gestante, não é o agendamento que vai fazer o ‘Beta HCG’, mas esse profissional da agenda pode se comprometer a levá-la até a enfermeira, a enfermeira pode acolher, pode dizer se ela está gestante ou não e, aí, dá uma série de orientações. Assim, não se encerra ali – “Faço o ‘Beta HCG’ porque sou enfermeira, deu positivo, agora encaminho para o médico” –, não. Ela passa a ser responsabilidade da unidade. (...) Mas é muito difícil. É muito difícil eu chegar no balcão e dizer que estou com dor de cabeça e – “Não, hoje não tem vaga” – mandar embora. Nesse sentido, se você funciona em equipe e consegue ter a quem referir.. Se eu não sei resolver – eu, assistente social, não consigo resolver, eu, enfermeira, não consigo resolver –, mas eu posso perguntar para a direção, eu posso ir na sala do médico, é um exemplo de equipe – até primário –, mas é isso. (...) Então, eu acho que, na medida em que o próprio balcão, o próprio usuário entra na unidade e aqueles funcionários têm a quem se remeter, se têm noção de equipe, minimamente, então, assim – “Eu preciso passar no médico, não tem consulta, então, eu vou procurar a direção” –, traz para mim, leva para o médico, leva para a enfermeira... Aí, a gente consegue acolher um pouco melhor o usuário (UBS-I).

Na organização matricial proposta por Campos (1999), as equipes de referência são o esqueleto de sustentação dos serviços de saúde, e as áreas especializadas como serviço social, psicologia e outras, os eixos de apoio matricial. Essa estrutura organizacional substitui a estrutura tradicional de serviços de saúde, que reforça o isolamento profissional, estimula o trabalho individualizado e a fragmentação e dificulta o trabalho em equipe.

Na estrutura organizacional matricial, as equipes de projeto, ou as equipes de trabalho – e não as funções ou os departamentos – é que são utilizadas para coordenar o trabalho. O ponto forte da estrutura matricial está em sua

capacidade de facilitar a coordenação quando a instituição realiza uma multiplicidade de tarefas complexas e interdependentes. O contato direto e freqüente entre os diferentes especialistas melhora a comunicação e permite que a informação flua mais rapidamente entre as pessoas que dela necessitam, visto que a organização matricial reforça a comunicação lateral e ascendente, além da descendente (Robbins, 2005).

Ainda sobre os depoimento dos gerentes das UBS, quatro deles fazem referência à necessidade de se criar uma cultura institucional de trabalho em equipe na qual vigorem os valores da integração e da democracia, as relações horizontais entre os trabalhadores e sobretudo entre estes e os usuários e a população do território.

Eu acho que o que tem aqui, primeiro, é uma cultura favorável ao trabalho integrado, horizontalizado, um trabalho mais democraticamente planejado, uma cultura que se realiza de forma muito heterogênea aqui dentro. Tem experiências mais profundas de integração, outras muito rudimentares e umas situações mais intermediárias. Eu não acho que ninguém aqui dentro, nenhuma equipe aqui dentro resolveu adequadamente esse tipo de dilema. Mas existe uma construção que aponta um pouco para isso. Então, se for para citar exemplos, eu acho que a saúde mental, que é uma equipe menorzinha e que, pela natureza do objeto, é mais acostumada a lidar com a interação e trabalhar de forma mais articulada, eu acho que tem um certo acúmulo interessante nesse sentido. (..) A saúde da criança, aqui, é o lugar onde isso é mais incipiente, talvez, em que a separação entre o trabalho médico e o trabalho de enfermagem é maior e a hierarquia é mais marcada. Eu acho que, na saúde do adulto, há uma situação um pouco intermediária, quer dizer, tem todo um esforço no sentido de composição de uma equipe, mas, na prática, uma grande dificuldade de manter o diálogo... coordenado. Quer dizer, as exigências da prática acabam fazendo com que a enfermagem crie sua dinâmica, os médicos têm a sua dinâmica, momentos de encontro, mas tem uma certa tendência a um caminho paralelo. Eu acho que isso é uma angústia vivida no setor, de perceber que isso acontece. Mas não se conseguiu construir instrumentos, mecanismos que se contraponham de uma forma mais efetiva a essa tendência de fragmentação. De novo, não quer dizer que não haja avanço (UBS-A).

Na sua proposição de gestão comunicativa ou gestão pela escuta, Rivera (1996, 2003) analisa a cultura institucional como um dos aspectos sobre os quais o gerente pode e deve se debruçar, refletindo e agindo de forma compartilhada com os demais envolvidos – trabalhadores, equipes e usuários –, para o reconhecimento e o fortalecimento dos valores-chave da cultura do respectivo serviço, aqueles traços positivos que podem ser funcionais para a mudança. Os valores da integração, da democracia e da horizontalização das relações são constitutivos do SUS como política pública de saúde e do modelo assistencial que ele

expressa, mesmo considerando-se, como alguns autores assinalam, os diferentes modelos tecnológicos e organizacionais que convivem no quadro genérico do “modelo SUS” (Tanaka et al., 1999) ou as disputas que persistem entre diferentes paradigmas e modos de se organizar a atenção no interior do SUS (Campos, 2003).

Entendem-se como legítimas as ações dos gerentes que buscam instaurar uma prática que destaque esses valores como orientadores do trabalho cotidiano, mesmo num contexto contraditório, em que esses valores disputam espaço, na cultura institucional e no mundo da vida – vista a aproximação entre esses conceitos sugerida por Rivera (1996, 2003) –, com outros como a fragmentação, o trabalho solo e individualizado e a hierarquização das relações de trabalho.

A cultura institucional pode ser reciclada, alterada, pois as configurações simbólicas típicas da cultura se desenvolvem em processo interativos e intersubjetivos, com base em argumentações críticas e discursivas (Rivera, 2003). Portanto, é possível criar espaços de conversa, de troca e de discussão – o que de fato os gerentes fazem –, nos quais a problematização do trabalho em equipe busque fortalecer a integração, a democratização e a horizontalização das relações de trabalho, em substituição à intensa hierarquização dos serviços de saúde e ao trabalho individualizado por profissional. Visto que as relações hierárquicas e o trabalho solo são tradição no trabalho em saúde e, portanto, estão incorporadas às convicções que compõem o mundo da vida e da cultura institucional, devem ser postas em discussão, em situação de discurso segundo a teoria do agir comunicativo, pois o discurso é uma forma de comunicação que se impõe quando algo é problematizado e se rompe o consenso ou o acordo sobre o qual se pautava a prática.

A discussão proposta conta a seu favor com o reconhecimento da integralidade da saúde, da complexidade dos objetos de intervenção e da intersubjetividade como características do trabalho em saúde, aspectos que vêm produzindo mudanças tecnológicas tanto na assistência e no cuidado como na organização dos serviços. O reconhecimento da necessidade de se incluírem tecnologias em saúde que contemplem os aspectos assinalados vai ao encontro da concepção do trabalho em equipe como instrumento do processo de trabalho em saúde e da gerência, portanto, é argumento em prol da organização do trabalho com

base em equipes, em substituição ao trabalho individualizado. Contudo, há que se lembrar, por um lado, que nem todas as ações necessárias para a atenção à saúde serão mais eficazes quando produzidas por meio do trabalho em equipe e, por outro, que a mudança da cultura institucional “nunca é radical, no sentido de o novo substituir o velho. A cultura apresenta incoerências, traços às vezes contraditórios ou diferentes convivendo em uma tensão dialética, alguns perdendo consistência, outros em cerne anunciando sua expansão” (Rivera, 2003, p. 199).

A necessidade de se criar uma cultura institucional do trabalho em equipe toca a todos os tipos de serviços de saúde (unidades básicas, serviços especializados, hospitais e serviços de emergência), considerando-se que essa modalidade busca responder ao desafio da integralidade da saúde e que a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é de todo o sistema (Cecílio, 1997; Campos, 2003).

Nesse sentido, Rivera (2003) aponta a identificação de mudanças na cultura institucional dos serviços hospitalares e o reconhecimento de uma cultura contraditória em transição, pois, por um lado, o padrão tradicional de identidade hospitalar apresenta, dentre outras, as características de atomização profissional com relações hierárquicas em disputa, falta de articulação das especialidades e redes relacionais espontâneas baseadas nas identidades criadas nos processo de formação e socialização anteriores ao trabalho, no estilo liberal da profissão, e, por outro lado, distingue-se uma crise paradigmática da medicina, do serviço público e da formação profissional que anunciam características socioculturais contraditórias com aquele padrão – a necessidade de um enfoque de rede, de parcerias e de trabalho em equipe, que questiona a fragmentação das especialidades e das instituições, um maior grau de interdependência entre setores e serviços na fundamentação de diagnósticos e condutas terapêuticas e novas modalidades de atendimento que agrupam diversas especialidades, favorecendo a comunicação entre si.

Nos quatro serviços especializados, os gerentes relataram duas situações distintas. No ambulatório de SE-K, existe de modo geral o trabalho individualizado por profissional, exceto na área de saúde mental, que atua em equipe.

Nos demais serviços (SE-L, SE-M e SE-N), prevalece o trabalho em equipe (Quadro 2).

O relato do gerente do SE-K mostra uma organização do trabalho segundo o modelo biomédico, orientado pela doença e pela patologia apresentada pelos usuários e centrado na ação diagnóstica e terapêutica do profissional médico especializado.

Nos outros três SE, pelo contrário, os depoimentos dos gerentes expressam uma abordagem das necessidades de saúde dos usuários e da população do território que não está circunscrita à esfera biomédica, embora esta também seja contemplada da perspectiva da integralidade. Cada qual com sua peculiaridade, esses três serviços apresentam processos de trabalho e modelos de atenção orientados pela apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde, bem como a organização do trabalho voltada para a articulação de múltiplos saberes e práticas profissionais na modalidade de trabalho em equipe.

No serviço especializado DST/Aids (SE-N), ocorre o trabalho em equipe, embora convivendo com a resistência de alguns profissionais, fundada sobretudo na centralidade do modelo biomédico apoiado no tratamento medicamentoso com base nos medicamentos anti-retrovirais. Segundo a gerente, apesar das resistências, o trabalho em equipe prevalece, pois a complexidade da Aids cria a necessidade de os profissionais buscarem conhecer e compartilhar os saberes e a atuação dos trabalhadores das demais áreas, por meio de trocas e discussões. Assim, ela enfatiza a presença de uma característica importante do trabalho em equipe no serviço, que é a busca da maioria dos profissionais pelo conhecimento e pelo reconhecimento do próprio trabalho e do trabalho especializado dos demais.

Pesquisa realizada em quatro centros de referência DST/Aids mostra um reconhecimento unânime entre os profissionais da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, ancorado na apreensão da Aids e das necessidades de saúde das pessoas com Aids não só no âmbito biomédico, mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas (Silva et al., 2002). Contudo, o estudo encontrou importantes fatores limitantes da prática multiprofissional ligados à estruturação e à organização dos serviços, centradas no

atendimento médico, às percepções sobre o processo de trabalho e sua finalidade e às variadas concepções sobre trabalho em equipe.

No que tange às percepções sobre a finalidade do processo de trabalho, o estudo de Silva et al. (2002) avalia que, embora as múltiplas dimensões e as particularidades da assistência às pessoas com Aids torne necessário o trabalho em equipe, essas dimensões e particularidades são percebidas como justapostas a um objeto de trabalho propriamente dito – que é o corpo como entidade biológica –, o que leva à percepção dos demais aspectos envolvidos na assistência e no cuidado como externos e assessorios à intervenção de orientação biomédica. Nessa perspectiva, o trabalho em equipe não só se reduz a equipes-agrupamentos – em que predomina a justaposição das ações, com frágil articulação e comunicação entre os profissionais –, mas sobretudo reitera a apreensão e as respostas às necessidades de saúde das pessoas com Aids de forma também externalizada, separando os fenômenos físicos do adoecimento de seus significados psicológicos, culturais e sociais.

Os relatos das gerentes do Cecco e do Caps (SE-L, SE-M) apresentam uma organização mais consistente de trabalho em equipe do que a existente no SAE – DST/Aids. Nesses dois serviços, bem como na equipe de saúde mental do ambulatório de especialidades, destaca-se a especificidade do campo da saúde mental, expressa no processo de trabalho em saúde mental, com seus objetos, instrumentos e finalidade peculiares, para os quais tanto a literatura como as práticas de saúde reconhecem a necessidade do trabalho em equipe e a baixa eficácia do trabalho individualizado e especializado por profissional (Montanari, 2003; Bichaff, 2006).

No SE-L e no SE-M, a atenção à saúde se orienta pelos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica, que:

(...) pode ser entendido como um conjunto de iniciativas críticas sobre as práticas e os saberes psiquiátricos, centrados no hospital psiquiátrico e ainda hegemônico até os dias de hoje (...) [cujo objetivo] é a produção de respostas amplas, não excludentes e que propiciem o restabelecimento dos direitos de cidadania dos loucos (Bichaff, 2006, p. 9).

As mudanças da assistência em saúde mental com base em serviços extra-hospitalares encontram resistências e ocorrem num cenário em que convivem, de um lado, a política pública de saúde mental, consolidada por um aparato legislativo e normativo que regulamenta o ideário da reforma psiquiátrica e, de outro, a persistência do predomínio do modelo psiquiátrico que foi fortemente hegemônico no Brasil até a década de 1990. Embora o contexto apresente contradições, é incontestável a reestruturação da assistência em saúde mental feita desde então, demonstrada sobretudo pela redução do número de internações e de leitos em hospitais psiquiátricos e pela ampliação do número de Caps (Alves, Guljor, 2005).

Nos depoimentos dos gerentes entrevistados, em especial os do SE-L e do SE-M, há referências a uma proposta e uma prática cotidiana orientadas por uma concepção de processo de trabalho que visa promover a saúde mental dos usuários e sua reinserção no tecido social. Ou seja, em ambos os serviços, identifica-se um projeto institucional com foco nos usuários e na população de referência, que busca apreender e responder, de forma compartilhada com os próprios usuários, às suas necessidades de intervenção terapêutica e inserção social, com o fortalecimento da subjetividade e da cidadania.

Sobretudo com base no conceito de desinstitucionalização elaborado e difundido pela reforma psiquiátrica italiana, o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica ensejou mudanças no modelo de atenção à saúde mental e nos processos de trabalho dos profissionais que atuam na área. No processo de trabalho hegemônico, pautado no saber da psiquiatria, o objeto de trabalho é representado pela doença mental que expressa alterações de funções psíquicas que, por sua vez, acarretam desvios de comportamento diagnosticados e tratados com abordagem medicamentosa. Embora a psiquiatria tenha recebido influência da compreensão teórico-prática da clínica psicanalítica, mais recentemente os diagnósticos em psiquiatria vêm se distanciando do referencial da psicanálise e aproximando-se da noção de transtorno, reforçando o caráter medicalizável (Bichaff, 2006).

Rejeitando a redução do sofrimento psíquico à condição de doença mental, a psiquiatria democrática italiana concebe o objeto de trabalho como a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”, cuja

abordagem terapêutica é articulada às questões sociais. A idéia de desinstitucionalização orienta as práticas de saúde mental no sentido da produção de múltiplas formas de se tratar o sujeito em sua existência e em relação às condições concretas de vida. Assim, a reforma psiquiátrica brasileira integra à atenção em saúde mental a defesa da cidadania das pessoas com transtornos mentais, articulando aos cuidados específicos da assistência a promoção e o exercício de direitos, a participação social e a conquista de autonomia (Bichaff, 2006).

Tal como apontam as gerentes do SE-L e do SE-M, esse movimento amplia a finalidade do processo de trabalho em saúde mental, que passa a envolver a promoção da saúde mental e a inserção social dos usuários e da população do território dos respectivos serviços, além da articulação das ações de saúde mental no território e a oferta de serviços substitutivos às internações psiquiátricas.

O deslocamento do objeto de intervenção e da finalidade do processo de trabalho em saúde mental – no contexto esboçado acima –, com o movimento da reforma psiquiátrica articulado ao movimento e ao ideário de transformação do sistema de saúde brasileiro denominado reforma sanitária requer a implantação de novos dispositivos de atenção psicossocial. Esses dispositivos colocam-se como possibilidades de cuidado integral do sujeito em sofrimento, visto que ele tem necessidades que atravessam diversos campos e demandam, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas, uma abordagem que inclui a construção de projetos de vida que contemplem o desafio de aumentar seu poder contratual e seu potencial de trocas sociais, para o que o respeito à cidadania e à singularidade são premissa fundamental (Alves, Guljor, 2005).

Observe-se que os depoimentos das gerentes do SE-L e do SE-M destacam o trabalho em equipe como ferramenta que permite múltiplas abordagens para o sujeito em sofrimento e a construção de projetos de vida singulares para cada usuário, com base no projeto coletivo da equipe.

Assim, o trabalho em equipe é expresso de forma mais consistente, com referência a vários elementos que correspondem às suas características apontados na literatura e fundamentado em processo de trabalho com objetos de

intervenção ampliados, na perspectiva da integralidade, nos serviços em que se implementaram modelos de atenção à DST/Aids ou à saúde mental, que traduzem os princípios e as diretrizes da política pública de saúde. Ou seja, nos serviços especializados em que as gerentes referem uma prática de trabalho em equipe, seus relatos também revelam uma consonância entre a abordagem ampliada das necessidades de saúde dos usuários/população do território e o processo de trabalho em saúde vigente nos serviços, que traduz as estratégias de atenção e da respectiva política de saúde de forma contextualizada e pertinente às necessidades de saúde da população atendida.

Por outro lado, nos três hospitais e no pronto-socorro, de modo geral, os depoimentos dos gerentes expressam a ocorrência do trabalho individualizado por profissional, mas com uma diferença marcante entre os serviços. De uma parte, em dois hospitais (H e PS-P, H e PS-R), prevalece o trabalho solo coexistindo com o trabalho em equipe em alguns poucos setores e, de outra, no H e PS-Q e no H e PS-O, os relatos dos gerentes não explicitam a organização do trabalho segundo as modalidades trabalho em equipe ou trabalho individualizado, mas essa ausência de qualquer referência a características do trabalho em equipe e as concepções sobre o tema apresentadas pelos gerentes dos H e PS-Q e H e PS-O – respectivamente, equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo e sem elaboração e problematização do tema – permitem inferir que o trabalho é individualizado por profissional em ambos os serviços (Quadro 2).

Entende-se que esse resultado está relacionado ao contexto de instituição hospitalar e de serviço de emergência, pois foi nesses espaços que se constituiu e se consolidou o processo de trabalho em saúde nos moldes biomédicos. Dada a divisão do trabalho de produção de assistência e cuidados à saúde, a configuração da medicina e da enfermagem como diferentes grupos profissionais e práticas de saúde – embora complementares – está ligada à expansão do sistema hospitalar ocorrida a partir do século XIX e às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão (Foucault, 1985; Lopes, 2001). Além de distintas, medicina e enfermagem são práticas entre as quais se estabelecem relações hierárquicas, a segunda subordinando-se à primeira, pois:

Apesar de a estrutura de cuidados surgir como o campo por excelência da enfermagem, este não irá constituir um campo de exercício profissional efetivamente autônomo, na medida em que, desde a sua gênese, surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica. (...) as mais elementares atividades de cuidados dependiam, sob a reforma de F. Nightingale, das decisões tomadas no nível médico (Lopes, 2001, p. 28).

Na modernidade, a medicina é reconhecida como prática hegemônica em saúde e da qual derivam as demais profissões do campo da saúde, por ter produzido uma concepção geral de saúde e doença com fundamentação científica e ter legitimado esse trabalho como competência exclusiva para a atuação no campo da doença (Mendes-Gonçalves, 1979; Schraiber, 1993).

Ao se recortar o corpo humano como objeto de intervenção médica, os demais aspectos relacionados ao processo saúde-doença são tomados e trabalhados como externos e, assim, justapostos e alheios ao objeto de trabalho propriamente dito – o corpo anátomo-fisiológico. Então, uma das principais características da concepção do objeto elaborado pela profissão médica com base no saber clínico é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo – o indivíduo biológico –, que leva à ruptura das conexões sociais, culturais e psicológicas desse indivíduo. Nesse recorte, a doença é apreendida fundamentalmente no âmbito individual e biológico, configurando-se o modelo biomédico de atenção à saúde (Mendes-Gonçalves, 1994).

A literatura sobre trabalho em equipe corrobora a análise que aponta a estreita relação entre, de um lado, a hegemonia da biomedicina e a dominância médica sobre os demais profissionais de saúde e, de outro, a persistência do ideário do trabalho solo, independente, com plena autônima técnica, adotada inclusive pelos trabalhadores não médicos (Carapinheiro, 1993; Campos, 1997; Peduzzi, 1998, 2001; McCallin, 2001; Farias, Vaitsman, 2002). E diga-se uma vez mais que valores desses dificultam a construção de uma cultura de trabalho em equipe que recomponha os diversos trabalhos especializados na perspectiva da integralidade e da democratização das relações de trabalho.

Com base em pesquisa empírica sobre o trabalho de enfermagem em hospital, Lima e Almeida (1999) identificam dificuldades nas relações de trabalho tanto na equipe de enfermagem como desta com outras equipes

profissionais, referindo conflitos e disputas por questões de autonomia e poder dos agentes. O estudo reconhece que o trabalho coletivo está orientado pela racionalidade médica, à qual se submetem todos os profissionais envolvidos na produção de cuidados. Assim, constata-se que os procedimentos põem vários trabalhadores em torno do leito, cada qual com uma atuação específica e dedicando-se a um aspecto particular do cuidado especializado ao paciente. Contudo, as autoras vislumbram possibilidades de transformação nas práticas de saúde, pois observam mudanças na relação entre médicos e enfermeiras que diferem do tradicional modelo dominante subserviente, à medida que estas ampliam sua tomada de decisão técnica em relação ao cuidado de enfermagem e com isso interferem no processo diagnóstico e terapêutico. Segundo Lima e Almeida (1999), as possíveis modificações no processo de trabalho em saúde requerem a transformação da racionalidade médica orientada pela integralidade da saúde e devem incluir mudanças no processo de trabalho assistencial e gerencial, com ênfase no trabalho em equipe e na redistribuição do poder.

McCallin (2001) também argumenta que historicamente as relações inter-profissionais tinham um caráter autoritário e estavam sob o domínio do profissional médico, mas a introdução do modelo de atenção integral à saúde alterou a interação entre os profissionais, enfatizando o trabalho em equipe, no qual os profissionais devem reconhecer a necessidade da contribuição de diferentes áreas para o cuidado do paciente num contexto de trabalho reestruturado. Assim, o trabalho em equipe torna-se estratégia para as mudanças esperadas na perspectiva da atenção integral e para a colaboração entre os profissionais, a chave para a eficiência e efetividade do serviço prestado nessa direção. Todavia, a autora adverte de que as questões de gênero e de classe social ainda podem reforçar imagens tradicionais ligadas ao papel de homens e mulheres na sociedade, de modo que permanecem as concepções que médicos curam, enfermeiras cuidam, médicos são dominantes, enfermeiras são submissas. Para McCallin (2001), esses estereótipos podem bloquear a compreensão das mudanças nas práticas inter-profissionais, embora, em termos gerais, a sociedade acompanhe as mudanças das questões de gênero.

Ao analisar instituições hospitalares em Portugal, Carapinheiro (1993) observa que os modos de funcionamento e circulação do saber médico

dominante é que constituem os saberes dos profissionais de enfermagem como periférico e dos pacientes, como profano. O saber médico restringe e delimita de forma precisa o poder dos enfermeiros como um subpoder, isto é, como um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico que, por outro lado, não concede ao usuário qualquer forma de poder reconhecido. Nesse cenário, a autora avalia que, entre médicos e profissionais de enfermagem, a impossibilidade do trabalho em equipe se organiza no contexto das práticas, mas é forjada no processo de socialização profissional. Também Farias e Vaitsman (2002), ao analisar as relações e os conflitos entre os diferentes profissionais em instituições hospitalares, verificam que, entre os médicos e os demais profissionais das atividades-fim e das atividades-meio, quanto a autonomia e distribuição de poder, a desigualdade constitui a regra. Ou seja, os médicos configuram o grupo central e os demais profissionais, o grupo periférico que dá suporte e viabiliza suas atividades. Os resultados desse estudo corroboram a concepção de trabalho em equipe de saúde estritamente como instrumento do trabalho médico, também identificada nesta pesquisa.

Esse padrão de relação profissional e os conflitos que acarreta vêm se tornando cada vez mais um obstáculo às mudanças necessárias para se enfrentarem a crescente complexidade dos serviços de saúde, as mudanças do perfil de morbi-mortalidade, o aumento da demanda da população pelos serviços e dos custos do setor saúde, além das características próprias do campo da saúde, que se tornam também cada vez mais evidentes e, assim, impondo seu reconhecimento para se garantir a eficácia da assistência e do cuidado – a complexidade dos objetos de intervenção, as múltiplas dimensões do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade e a intersubjetividade.

Tanto Lima e Almeida (1999) como McCallin (2001) identificam na concepção da integralidade da saúde a razão pela qual se devem buscar mudanças no processo de trabalho em saúde que possibilitem uma prática multiprofissional e interdisciplinar integrada.

Nesse sentido, vale retomar que o gerente do H e PS-P, que tem uma concepção com elaboração e problematização do tema, também se refere ao

trabalho em equipe como instrumento do trabalho do médico, mas com uma nuance pautada na atenção integral às necessidades dos usuários. Assim, ao relatar a tensão entre os modelos assistenciais, de atenção biomédica e de atenção integral, ele reconhece um movimento de transição no sentido do trabalho em equipe como instrumento do processo de trabalho em saúde, e não apenas como ferramenta do trabalho médico.

Nos excertos a seguir, observa-se a referência inconteste à primazia do trabalho individualizado, acompanhada do relato sobre alguns setores ou áreas dos respectivos hospitais em que há trabalho em equipe – ou o que se poderia chamar protótipo de equipe –, especialmente no H e PS-P, sobre o trabalho de orientação multiprofissional das comissões ou grupos de análise e implantação de processos ou de protocolos.

Eu acho que tem [trabalho em equipe], mais em alguns lugares (...) Hoje, aqui mesmo, no quarto andar, nós temos uma interação multiprofissional. No quarto andar, você vai ver que as visitas são, na medida do possível, com a enfermeira, com a nutricionista, elas passam a participar do grupo também da visita médica, no acompanhamento do paciente. (...) Eles fazem uma discussão, mas isso não é uma mentalidade universal do hospital, não. Eu digo que isso está ocorrendo... Existe na UTI – eu sei que existe, em função da Dra. (...) [chefe da UTI]. Por exemplo, ela já interage com a enfermagem, com o grupo de fisioterapia, então, já existe uma interação maior. Agora, o que tem sido estimulado, através das diversas comissões e reuniões para discutir processos, é a interação multiprofissional, que é extremamente importante. Por exemplo, o processo de dispensação de medicamentos, como é que vamos discutir isso? Têm que discutir o médico, a enfermeira, o farmacêutico, todos eles participam desse processo. Então, hoje eu diria para você que, por exemplo, o multiprofissional é muito mais a discussão de processos dentro do hospital do que propriamente de campo – de campo no sentido da avaliação direta do paciente à beira do leito. Por exemplo, isso eu vejo de uma forma mais intensa onde? No quarto andar, na UTI, certo? Não da forma como a gente desejaria, mas dentro da discussão dos processos, dos protocolos a serem firmados, que podem servir como normas da casa – a interação se faz de uma forma muito mais intensa, e existe a representatividade das categorias multiprofissionais (H e PS-P).

Hegemonia total de individualizado... individualizado, corporativo, pouco baseado em objetivos e metas discutidos coletivamente. Nós continuamos muito... muito atomizados. Aqui, poucos locais de trabalho são de forma... em algumas experiências, mas não é o majoritário. Embora... aí, aquela questão: comparativamente com o que eu vejo em outros lugares, aqui é um lugar forte, até; aqui é um lugar forte, mas ainda nós temos muitas dificuldades de fazer isso. (...) Mas eles não acham que são grupo, você não pode falar isso daí, todo mundo se acha muito individualista, mas eles não são (H e PS-R).

Na UTI do H e PS-R, os profissionais não almejam se constituir em equipe, mas, ao contrário, esperam ter uma atuação independente por corporação – médicos, enfermagem, fisioterapia etc. –, mesmo com o reconhecimento do gerente de que esse grupo tem uma atuação com colaboração entre os trabalhadores em função das necessidades dos pacientes. Rivera (1996, 2003) considera que o corporativismo profissional dificulta e conspira contra a dinâmica de equipe de saúde, tão cara à prestação de serviços sanitários. A defesa de interesses particulares das corporações ou de segmentos de profissionais corrobora a expectativa de autônoma plena no exercício do trabalho e a fragmentação dos trabalhos especializados, que, nunca é demais lembrar, tornaram-se específicos de cada área profissional no processo de divisão parcelar e técnica do trabalho em saúde. Portanto, a absoluta autonomia técnica é uma expectativa de caráter ideológico, dada a efetiva interdependência entre as diferentes áreas, mesmo que não seja consciente na execução do trabalho cotidiano (Schraiber, 1993, 1995; Peduzzi, 1998, 2001; Pires, 2006b).

Embora o padrão de organização do trabalho expresso pelos gerentes do H e PS-P e do H e PS-R seja o trabalho individualizado por profissional, ambos mencionam o trabalho em equipe em alguns setores, em especial na UTI, o que se acredita estar relacionado com a alta complexidade do trabalho nessa área, bem como com os seus elevados custos. Em pesquisa anterior sobre o trabalho em equipe realizada junto a profissionais da assistência e do cuidado à saúde, observou-se na UTI a predominância de equipes-agrupamento, com um padrão de comunicação mínima e lacônica entre os profissionais. Contudo, esse tipo de equipe era substituído pela equipe-integração em situações de urgência como quadros de parada cardiorrespiratória, em que os diferentes profissionais, em particular médicos e enfermagem, agiam de forma cooperativa e coordenada, orientados por um plano de ação coletivo, compartilhado (Peduzzi, 1998).

A referência ao trabalho em equipe na UTI dos dois hospitais e em outros setores do H e PS-P permitem supor possibilidades de ampliação e aprofundamento da organização do trabalho em equipe. Isso deve ser estimulado e viabilizado, posto que a abordagem integral à saúde é responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde – rede básica, serviços especializados, hospitais e prontos-

socorros. Diversos autores referem-se especificamente à implementação do trabalho em equipe em instituições hospitalares (Cecílio, 1997; Cecílio, Merhy, 2003; Campos, 2003; Rivera, 2003). Ao tratar a integralidade da saúde como tema da gestão hospitalar, Cecílio e Merhy (2003) afirmam que ela deve ser problematizada a partir de dois ângulos – da perspectiva interna da assistência à saúde desenvolvida no próprio serviço e da da inserção do hospital no sistema de saúde, na rede de serviços a que se deve articular para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado. O que, segundo os autores, requer necessariamente o aperfeiçoamento da coordenação do trabalho em equipe como um tema para a gestão hospitalar.

No pronto-socorro, é igualmente necessário fomentar e promover efetivamente o trabalho em equipe de saúde. Nesse sentido, destacam-se os resultados de pesquisa empírica realizada em unidades de emergência (UE), nos EUA, sobre a implantação de um modelo de trabalho em equipe que compõe cinco dimensões de trabalho, para cada uma das quais foram descritos os comportamentos esperados de seus membros. No nível operacional, os integrantes da equipe estão envolvidos num círculo que prevê ações contínuas de monitoramento, intervenção e correção de erros ou desvios em situações conhecidas. As conclusões do estudo mostram que o potencial benefício do trabalho em equipe em UE é significativo, pois mais da metade dos óbitos em que se detectou má prática profissional poderiam ter sido evitados pelo trabalho em equipe nos moldes preconizados pelo projeto. A pesquisa evidencia o notável potencial das habilidades de trabalho em equipe para se minimizarem ou prevenirem os efeitos de erros clínicos em UE (Risser et al., 1999).

5.4 Instrumentos da gerência para promover o trabalho em equipe

A gerência de serviços de saúde pode ser apreendida, ao mesmo tempo, como instrumento do processo de trabalho em saúde e como processo de trabalho gerencial. Tomá-la como instrumento do processo de trabalho em saúde é importante à medida que coloca o foco da ação gerencial na finalidade do trabalho em saúde, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde dos usuários e da população do território. Contudo, a partir dessa concepção, a própria gerência pode

ser imediatamente abordada também como processo de trabalho gerencial, o qual reúne um conjunto de instrumentos próprios que lhe permitem criar e manter condições para a implementação do processo de trabalho em saúde orientado por um dado modelo assistencial, que traduz uma dada política pública de saúde para a rede de prestação de serviços.

O próprio trabalho em equipe de saúde é interpretado como ferramenta do processo de trabalho em saúde e da gerência de serviços, embora ele mesmo precise de um conjunto de instrumentos para sua implementação e sustentação ao longo do tempo.

Nesse sentido, nesta terceira parte da apresentação dos resultados da pesquisa, analisam-se e se discutem os instrumentos do processo de trabalho gerencial de que os entrevistados afirmam lançar mão para promover o trabalho em equipe, a começar pelo que foi destacado pela maioria dos gerentes – 18 entre 21 depoentes – a comunicação (Anexo 6).

A comunicação é referida tanto no sentido restrito da troca da informação como no de diálogo, de interação na busca do entendimento entre os sujeitos envolvidos, isto é, como ação comunicativa (Habermas, 1989, 2001).

No primeiro sentido, a gerente da UBS-B refere divulgar as informações sobre rotinas e encaminhamentos por meio de uma pasta disponível em todos os consultórios e salas de atendimento, de modo a dar oportunidade para que os profissionais aproveitem o trabalho especializado de outras áreas no próprio serviço ou em equipamentos externos da rede. Embora esse serviço esteja organizado segundo o trabalho individualizado por profissional, a gerente reconhece a necessidade de articulação das especialidades médicas e de outras áreas profissionais para a atenção aos usuários e entende que a informação e as conversas entre os variados especialistas podem favorecer a atenção integral. A gerente da UBS-S também cita as reuniões, sobretudo como espaço para se passarem informações.

(...) para movimentar esse trabalho em equipe? Nossa! Eu tento muito, eu vou, converso com as pessoas, subo, desço, faço pastinha – faço o que eu posso. Por quê? Porque as informações não fluem. Então, o que acontece aqui é assim: a informação chega para mim e eu vou, divulgo, ponho aqui no (...) e ninguém lê. Ponho o cara para assinar – “ciente”. Ciente, mas passou por aqui, saiu por ali

e ele não sabe. Por exemplo, o ginecologista não sabe que um tumor de ovário ele pode encaminhar para o [nome do hospital], com ultra-som, Papanicolau e uma avaliação do clínico e dá um encaminhamento e o cara vai marcar – ele não sabe. Aí, eu fiz uma pasta de rotina – aquela pretinha, ali. Toda informação que eu recebo em reunião eu digito ali, tem uma pasta dessas em cada consultório. Escrevi: “Rotinas e Encaminhamentos”. (...) eu acho que tem muito médico que não sabia, e eu coloquei na pasta que tinha uma fono aqui. O que ela faz? Qual o dia [em] que ela atende? Não sabia. E não sabia (...) porque eu também já estive lá na ponta e eu também não sabia. (...) porque, se o médico não sabe que aqui tem uma nutricionista, ele está atendendo um hipertenso com diabete, mas ela tem um grupo e ele não sabe. Quando é esse grupo? [Em] que dia ela faz?. Porque, na receita, ele fala “Ah, marca com a nutricionista, que, de segunda e quarta, ela faz um grupo de diabete e hipertensão, vai lá, é a tal hora”. Foi isso que eu fiz. Nós temos a psicóloga, o nome dela é [nome da psicóloga], de segunda de manhã, ela faz isso, a tal hora (...) [a] tal hora, faz grupo, tal hora, ela tem outro grupo – todo mundo está sabendo. Agora, temos outros empecilhos, o cara que não se dá nem o prazer de ler a pasta (UBS-B).

A gerente da UBS-H também faz referência à comunicação no sentido de que ela atenda às suas necessidades de conversa e de transmissão de informações para os trabalhadores da unidade. Expressa uma concepção monológica de comunicação, com vistas a garantir um certo êxito que é esperado das ações realizadas pelo conjunto de trabalhadores, na modalidade de ação instrumental, assim como as gerentes da UBS-B, da UBS-S e outros.

Eu gostaria de ter um pouco mais de tempo para fazer minhas reuniões. Acho que a gente não tem tido muito tempo de fazer reunião. A demanda é muito grande. Acho que precisaria de um pouco mais de tempo, dentro da unidade, para a gente trabalhar algumas coisas. [D]isso eu sinto falta, a gente não tem. (...) Então, as minhas reuniões são sempre assim: eu preciso fazer uma reunião com o pessoal da administração; aí, eu vou lá – que nem acabei de fazer uma –, vou lá, sento com todo mundo na sala e faço reunião com eles. Depois, eu preciso falar com o pessoal da enfermagem. Venho e falo com o pessoal da enfermagem. Entro na sala e a gente conversa. (...) Então, eu tenho que fazer tudo compartimentado. Isso dificulta um pouco, dificulta a comunicação. (...) sei lá, porque tem muita coisa que, no dia-a-dia, você não tem mais tempo para discutir (UBS-H).

Se, por um lado, a comunicação é referida como o principal instrumento para se promover o trabalho em equipe, por outro, o recurso mais utilizado para propiciar a comunicação são as reuniões, nas mais diferentes modalidades, finalidades e estilos. Reunião de equipe, geral, setorial, técnica, de discussão de caso, do grupo gerencial ampliado etc.

Vários gerentes das unidades básicas referem dificuldades na realização das reuniões, sobretudo das reuniões gerais, que são sugeridas pela SMS¹³ mas obstadas pela existência de diferentes turnos de trabalho (4 horas/dia, 6 horas/dia e 8 horas/dia) e pela pouca disponibilidade de tempo dos profissionais, em especial dos médicos. Alguns gerentes (UBS-E, UBS-H, UBS-F) referem substituir a reunião geral por reuniões setoriais. A gerente da UBS- H também associa a ausência de reunião geral à falta de espaço físico, de sala que comporte todos os trabalhadores da unidade.

Aqui, o que a gente tem feito, em reunião de equipe, para implementar isso, uma coisa que a gente tem feito (...) são as reuniões setoriais. Por exemplo, tem algum problema na enfermagem, teve algum problema, então, vai fazer uma reunião só com as auxiliares de enfermagem e, se tiver alguma coisa envolvida, a gente chama a pessoa envolvida, se tiver alguma outra categoria envolvida, a gente faz junto com essa categoria; tentar fazer uma coisa mais setorial, o pessoal envolvido que está trabalhando junto naquela área. Essas reuniões... estou fazendo esta reunião e [tenho] evitado fazer uma reunião geral, que é muito “geralzona”. Se tem alguma coisa para discutir, a gente discute em setores. Então, eu tenho feito mais para trabalho em equipe, para ter uma produção melhor do trabalho em equipe, a gente tem feito reuniões setoriais (UBS-E).

Além das questões de ordem estrutural – os turnos de trabalho, o espaço físico etc. –, os gerentes também falam em outros impedimentos para as reuniões de trabalho. Para o gerente da UBS-C, as dificuldades de os profissionais participarem das reuniões, isto é, de encontrarem tempo para as reuniões ou de priorizarem os espaços de reunião, expressam sua própria dificuldade de trabalhar em equipe, que se entende ligada à dificuldade de produzir articulação entre as ações de saúde e a integração dos processos de trabalho especializados por meio da interação intersubjetiva dos profissionais. No depoimento do gerente, observa-se uma concepção de reuniões como “espaços de troca” que permitem alcançar uma comunicação no sentido do entendimento e da interação dos profissionais. Segundo ele, as ações do gerente na promoção do trabalho em equipe – que deve ser construído – não estão dadas pela presença de uma diretriz política ou de um

---

¹³ “[A reunião geral da unidade] deve ser realizada para planejamento, monitoramento e avaliação das ações, com enfoque principal na organização do serviço e do processo de trabalho. As reuniões devem ocorrer pelo menos uma vez por mês, com pauta preestabelecida e aberta, com possibilidades de discussão de proposta de trabalho, devendo durante as reuniões ser garantido o atendimento da população. Todos os profissionais de saúde devem ter garantida a sua participação nessas reuniões” (São Paulo, 2005: 26-27).

conjunto de profissionais numa situação comum de trabalho. Há que se construir espaços de troca, como as reuniões de equipe e outras, em que “precisam ser trabalhados” os aspectos que dificultam a integração, ou seja, é necessário investimento do gerente na construção das equipes, de forma compartilhada com os integrantes das respectivas equipes e o conjunto de trabalhadores do serviço, pois equipes não se constituem espontaneamente.

Enfim, tem várias coisas que podem ajudar um pouco nesse sentido. Eu acho que, minimamente, tem alguns espaços formais que precisam ser construídos para que isso aconteça. O PSF pensa nisso quando ele diz que a equipe tem que se reunir toda semana. Essas diretrizes estão lá. Aí, coloca um período de quatro a cinco horas por semana. Aqui, na Unidade, por exemplo, quando eu comecei, há dez meses, as equipes se reuniam muito pouco. E eu tenho experiência de trabalhar com o PSF e saber que não dá para você cuidar como é pensado, se você não trocar com as equipes. (...) De novo, eu acho que o meu papel é construir espaços onde essas coisas possam ser construídas. (...) Uma coisa é você, no corredor, trocar uma informação ou outra, outra coisa é sistematicamente você ter um espaço para trocar essa informação. Teoricamente, isso melhora muito. Então, é aquela coisa de você propiciar um espaço para que as pessoas aprendam a fazer a troca, enfim... Todo mundo tem 500 razões práticas para dificultar isso, mas, no fundo, tem a ver com essa coisa de você não valorizar aquela prática da troca etc. Então, você acaba não fazendo. Isso mostra a dificuldade de trabalhar em equipe (UBS-C).

A gerente da UBS-J diz que, embora a comunicação seja um instrumento imprescindível para promover o trabalho em equipe e organizar o serviço nessa modalidade de trabalho, é uma ferramenta de difícil utilização com a eficácia esperada, no sentido de se alcançar o entendimento entre os profissionais em benefício dos usuários e da população do território. Aponta como dificuldades a distorção da comunicação e a necessidade de se reiterar, repetir inúmeras vezes para o mesmo profissional ou para a mesma equipe os mesmos conteúdos, pois os trabalhadores sempre alegam desconhecimento do que foi tratado em ocasião anterior. Quanto às reuniões, em particular, diz que a participação dos membros da equipe pode expor os problemas da equipe, de modo que elas não são recursos e meios só para a comunicação e, assim, solução para se encontrarem respostas para as necessidades de saúde dos usuários, da população e dos profissionais, mas também fonte de problemas para as equipes e para os gerentes que buscam promover a integração. De modo que não basta fazer reuniões, é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores na dinâmica da reunião, para que ela produza tanto os

resultados esperados como novos resultados, construídos com base na argumentação crítica e fundamentada e em direção à finalidade do processo de trabalho em saúde e dos objetivos do serviço.

A gerente da UBS-J aponta a comunicação como importante ferramenta de trabalho também à medida que permite articular as ações de saúde e, conseqüentemente, assegurar a continuidade da assistência e do cuidado aos usuários e à população do território. Nesse sentido, seu relato expressa a concepção de comunicação como meio para a prática comunicativa, no sentido da busca do entendimento e da construção de consensos e pactos entre os sujeitos envolvidos, em especial, voltada para o trabalho. Ou seja, concebe a prática comunicativa dos membros das equipes orientada para o trabalho, para a articulação das ações de saúde e para a integração dos distintos processos de trabalho, na perspectiva da integralidade da saúde.

As dificuldades assinaladas mostram que pode ocorrer, e freqüentemente ocorre, a interrupção de uma situação comunicativa não problemática, na qual se compartilham as pretensões de validade entre os profissionais envolvidos, instalando-se o desinteresse, a polêmica, a discórdia e o conflito. Frente a tudo isso, há a alternativa de se se colocar em situação de discurso e, com base na interação intersubjetiva, pautada na argumentação crítica mútua, se recompor o entendimento interrompido. Esse é um processo dinâmico, sujeito às vicissitudes das inter-relações intersubjetivas, em que é desejável, mas nem sempre possível, recompor o entendimento nos planos objetivo, normativo e expressivo. Ou seja, pode-se voltar a compartilhar as pretensões de validade, no que se refere à verdade proposicional, de se reconhecer o que é dito como expressão da realidade, da correção normativa, de se reconhecer a legitimidade ética, moral e política do que é enunciado, e da autenticidade expressiva, da atitude genuína e sincera do(s) interlocutor(s) (Habermas, 2001).

Da perspectiva dos gerentes de serviço, como se viu nos resultados anteriores, a organização do trabalho na modalidade de equipes diz respeito não só à integração dos componentes das equipes, mas sobretudo à possibilidade de integração de todos os trabalhadores do serviço em torno do projeto institucional,

seus objetivos e metas, que expressa um dado modelo assistencial e sua tradução para as ações de saúde executadas pelos vários profissionais no cotidiano de trabalho, em benefício da saúde dos usuários e da população do território.

Assim, da perspectiva dos gerentes, entende-se que as dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe requerem uma prática comunicativa de interação e de troca entre os profissionais, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e da população e no projeto institucional, isto é, no projeto de trabalho do serviço. O depoimento da gerente da UBS-D mostra isso, quando ela diz que o problema da equipe não é um “mero problema de vaga”, que poderia ser resolvido com regras e fluxos adequados, mas “é um problema do paciente”, sobre cuja necessidade é preciso haver interação e conversa tanto entre o profissional e o usuário como entre os profissionais envolvidos com a situação. A seguir, a gerente da UBS-D refere que os trabalhadores e as equipes do serviço podem se reunir em torno do projeto institucional, tomado como um eixo organizador do trabalho.

As dificuldades relativas à comunicação “podem ser trabalhadas” pelo gerente e os componentes das equipes de forma compartilhada, buscando recompor o entendimento nos três planos referidos, a partir do projeto de trabalho do serviço e dos respectivos modelo assistencial e processo de trabalho. Mesmo considerando-se as possíveis assimetrias entre os componentes das equipes, o entendimento, quando interrompido porque algo dos enunciados dos interlocutores se torna problemático, pode ser restabelecido com base no compartilhamento de um projeto comum que remete aos interesses dos usuários e da população do território e a um conjunto de valores que fundamentam o plano normativo – a integralidade da saúde, a integração do trabalho e a democratização das relações com os usuários e das relações de trabalho.

Porque essa também é uma relação que você tem que estabelecer com o médico lá em cima, não é com a menina da recepção, que está mandando mais um, sabe? É uma relação profissional, foi uma auxiliar ou foi uma enfermeira que viu aquele paciente, que teve uma conversa com aquele paciente e que bate na porta – “doutor (...) esse paciente está assim, assim, assim.” É essa conversa, é essa interação que tem que acontecer. Não é que tem mais um – essa relação você tem que estabelecer, de troca. Até para o médico falar assim – “Você fez tal coisa? Você perguntou tal coisa?” Ou “Vou descer”, ou “Vou subir”, “Olha, não tem importância, eu conheço esse Fulano, ele volta tanto. Eu conheço esse

Fulano, pode mandar ele embora; vou só medicar agora, e depois pede para marcar amanhã”. [A] que horas que essa interação entre enfermagem e médico acontece, se eles passam para a recepção, como se isso fosse um mero problema de vaga? Não é um mero problema de vaga, é um problema do paciente! (...) Eu acho que uma boa política para uma equipe é uma boa proposta de trabalho que reúne pessoas. Eu acho que isso é uma coisa que reúne; reúne quem está a fim, reúne quem não está a fim, quem a gente ganha; porque existe uma prioridade naquela comunidade e, aí, monta-se um trabalho em torno de uma proposta, e, aí, cada um podendo contribuir com o que sabe, ou você distribuindo esse mesmo saber. (...) Então, eu acho que a melhor forma de trabalhar ainda é em cima de ganhar as pessoas com uma boa proposta de trabalho, e que elas reconheçam que aquilo [que] elas estão fazendo [é] bacana (UBS-D).

Também com uma concepção de comunicação no sentido da busca do entendimento e da elaboração de consensos que permitam a construção e o trabalho em torno de um projeto comum, a gerente do SE-L destaca a necessidade de se refletir sobre as diferenças na equipe como algo positivo, que potencializa o trabalho. Diz ela que, num projeto de trabalho como o do Cecco, que visa inserir os sujeitos-usuários no tecido social e, portanto criar oportunidades para se contemplarem as diferenças numa sociedade que tende a homogeneizar as pessoas conforme os valores dominantes –, é preciso também trabalhar com a diferença entre os componentes da equipe, para que ela possa trabalhar as diferenças dos usuários e entre eles. Essa fala mostra que a tolerância e o entendimento em torno das diferenças de usuários e de trabalhadores é fundamental para o êxito do próprio projeto de trabalho do serviço.

Meu maior investimento, quando eu vim para cá, foi constituir uma equipe, porque eu achava que, a partir daí, você pode deslancar no trabalho. Uma equipe que pudesse se encontrar, que pudesse falar dos projetos, que pudesse tratar das diferenças, não tratar as coisas no negativo, positivar, poder se falar, sabe? (...) Acho que são as diferenças de formação (...) tem algumas diferenças que são de uma certa concepção de mundo, de sujeito. Então, isso que às vezes é muito difícil de lidar, de crenças, de concepção de mundo, de concepção de sujeito; então, isso eu acho que é poder (...) assim (...) aos poucos (...) ir fazendo com que a equipe reconheça que há diferenças. (...) por que esse trabalho é importante. aqui (...) se a gente vai pensar a questão da inserção do sujeito no social, e são sujeitos que apresentam singularidades importantes, têm modos de existência muito diferentes do normal, do que a gente pode chamar de normal (...) não o que é normal, mas do que a gente pode chamar de normal. Então, o que a gente trabalha é justamente a questão da diferença. Então, se você não colocar em análise a própria diferença do grupo que vai trabalhar com isso, isso fica impossível. (...) Ou algumas diferenças (...) que, assim (...) a gente sabe que também as equipes vão fazendo “guetinhos”, e as aproximações, num primeiro momento, são sempre pela identidade (...) pela identidade, que você se identifica com Fulano. E o que eu vi é que muitas vezes as identidades acabavam criando alianças, e alianças ruins para o trabalho. Então, por exemplo, duas pessoas que se identificam muito com uma coisa (...) por exemplo, que gosta de

idoso, que gosta do trabalho com idoso, a gente recebe também muito idoso aqui, mas que trata o idoso quase como se fosse criança, tem um trabalho muito infantilizado. Então, duas pessoas que se identificam com isso. Você via que o grupo funcionava de um jeito que deixava o idoso nesse lugar. (...) foi interessante que a equipe também teve que se dar conta [de] que tinha que trabalhar, que a diferença do outro no grupo potencializava o grupo (SE-L).

No que se refere ao objeto de estudo, a comunicação é entendida como instrumento para a promoção do trabalho em equipe integrado, de modo que supõe a dupla dimensão trabalho e interação (Peduzzi, 1998, 2001; Schraiber et al., 1999). Ou seja, supõe reconhecer, com base na validação intersubjetiva recíproca, tanto as diferenças entre os sujeitos envolvidos, os usuários e os trabalhadores – diferenças de crenças, valores, concepções de mundo, de sujeito etc. – como as diferenças entre os diversos trabalhos especializados, os respectivos processos de trabalho, que podem ser reconhecidos na suas especificidades – as atividades e os saberes operantes ou tecnológicos de cada área, bem como os saberes comuns que compõem o campo da saúde. Lembre-se que, na busca da integração do trabalho em equipe, a prática comunicativa está orientada para o trabalho, que no campo da saúde se refere à atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência. Assim, na modalidade de equipe-integração (Peduzzi, 1998, 2001; Miller, Freeman, Ross, 2001), os profissionais da equipe praticam uma forma de comunicação e interação que busca o entendimento entre os sujeitos envolvidos visando a eficácia e a efetividade das ações de saúde voltadas para as necessidades de saúde – em outras palavras, a busca do entendimento está orientada para a finalidade do processo de trabalho em saúde.

A distinção entre trabalho como ação dirigida a um fim, que se pauta em critérios de adequação técnica e de eleição racional (ação instrumental e ação estratégica) e interação social como ação comunicativa orientada para o entendimento baseado em normas validadas intersubjetivamente permite reconstruir e compreender o desenvolvimento da espécie humana como um processo histórico de desenvolvimento tecnológico e institucional e cultural, no qual essas esferas – do trabalho e da interação social – são interdependentes (McCarthy, 1995). O autor refere que é decisivo para a teoria crítica da sociedade elaborada por Habermas explicitarem-se essas diferentes dimensões da prática social – trabalho e interação

social –, pois uma coisa são os ideais de dominação técnica difundidos ao longo da história e outra, muito diferente, é a aspiração à emancipação das forças da dominação política e social, tanto quanto diferem radicalmente os meios para se atingirem essas coisas. Nesse sentido, a distinção entre as esferas do trabalho e da interação social permite compreender melhor sua interdependência (McCarthy, 1995).

No trabalho em saúde e, em particular, no trabalho em equipe, essa interdependência pode ser observada na necessidade de entendimento entre os sujeitos envolvidos nas situações de assistência e cuidado para o alcance da coordenação das ações, pois a fragmentação dos saberes e das intervenções compromete a qualidade da atenção à saúde na direção da integralidade. Por maior que seja a adequação técnico-científica e por mais precisa que seja a tomada de decisão no sentido instrumental do trabalho, há que se alcançar algum grau de articulação e de coordenação das ações dos distintos profissionais que possibilite o cuidado integral, o que é obtido por meio da comunicação.

Portanto, a comunicação entendida como busca do entendimento e, nesse sentido, como instrumento para a integração das equipes, está ligada à ação instrumental, que é dirigida a um dado fim, e não apartada dela como se fossem dimensões independentes.

Os gerentes dos três serviços especializados em que se identifica a presença do trabalho em equipe (SE-L, SE-M, SE-N) destacam a comunicação como instrumento de trabalho, inclusive para o gerenciamento das equipes. O mesmo não ocorre com o gerente do SE-K, ambulatório de especialidades médicas, e dos hospitais e do pronto-socorro, pois, dentre estes últimos, só o gerente do H e PS-P refere a comunicação como ferramenta para a consecução do trabalho em equipe.

O gerente do H e PS-P mostra uma concepção de processo saúde-doença e de organização de serviços de atenção à saúde sob o marco da integralidade, e reconhece a necessidade de integração de profissionais de diferentes áreas na assistência e no cuidado à criança. Com base nesse enfoque e na mesma linha de outros gerentes referidos acima, ressalta a comunicação e a interação dos profissionais como espaços de troca que permitem a articulação das ações e a

integração dos processos de trabalho em benefício dos usuários e de seus familiares. O entrevistado cita vários recursos e meios para a interação dos profissionais diretamente ligados à assistência – visita multiprofissional, reunião, prontuário único e comissões técnicas responsáveis por determinados processos como a dispensação de medicamentos.

Uma coisa extremamente importante: não adianta a enfermeira passar e fazer seu plano de enfermagem, não adianta a nutricionista fazer a sua avaliação, a sua prescrição, e ir embora, da mesma forma. Esses profissionais têm que trocar idéias entre si, ver o que estão sentindo, quais suas expectativas, como eles estão sentindo a evolução do paciente. E isso através de uma visita multiprofissional, com todos os profissionais envolvidos trocando informações. Senão, ficariam todas elas perdidas, não é verdade? Um momento de integrar, senão, não adianta, pois não é simplesmente – “Eu vou ler o que a nutricionista escreveu, ou ler o que a enfermeira escreveu.” Aliás, diga-se de passagem, às vezes a evolução de enfermagem é muito mais rica que a do médico, em determinado momento. É verdade, é mais detalhada. Mas eu vejo nisso uma coisa muito importante, a integração, um momento [em] que se encontram os profissionais para trocar... acho muito mais importante do que a informação fria do papel (H e PS-P).

No processo de gerenciamento das equipes, deve-se considerar a “postura do gerente” que, segundo três entrevistados (UBS-A, UBS-C, H e PS-P), precisa ser coerente com o que falam e propõem, ou seja, sua postura deve ser de escuta e de compartilhamento de decisões com os demais trabalhadores envolvidos na situação em relação à qual se toma a decisão, e não de mando. Com isso, esses gerentes esperam estimular a reprodução de um modelo de gestão comunicativa (Rivera, Artmann, 1999; Rivera, 2003) para o interior da dinâmica de funcionamento das equipes, ou mesmo a constituição de equipes de trabalho com base numa atuação dialógica, de articulação e interação entre os profissionais. O gerente do H e PS-P diz que é preciso que o gerente dê o exemplo, no sentido de ter certas condutas e estabelecer uma comunicação e interação entre os diretores das diferentes áreas que expresse a necessidade e a possibilidade de integração para se produzirem os resultados esperados na assistência e no cuidado aos pacientes.

Nesse sentido, os gerentes põem em pauta a autenticidade expressiva como pretensão de validade que precisa ser compartilhada no agir comunicativo (Habermas, 1989, 2001). Para que se assegure o entendimento entre os sujeitos envolvidos, há que se validar também o plano expressivo, que revela o

mundo subjetivo, a subjetividade de cada integrante do diálogo, que põe à mostra a sinceridade do interlocutor, à medida que seus enunciados estão em conformidade com suas ações presentes e futuras e com os valores subentendidos. A autenticidade expressiva recíproca tende a estabelecer relações de confiança entre os sujeitos envolvidos na prática comunicativa.

Então, tem muito a ver com uma postura também de trabalho de você fazer (...) não adianta você ter um discurso [de] que a equipe é importante, se você decidir tudo sozinho, se você faz as coisas sem escutar quem está naquela coisa... Então, esse é um trabalho mais de formiguinha, mais a longo prazo, de você poder construir a coisa de que as opiniões têm importância, que estratégias coletivas podem valer (UBS-C).

Bom, primeiro, é uma coisa que tem que ser gradativa, insistente, persistente, no sentido de estimular essas ações. Eu acredito que, a partir do momento [em] que eu passo lá na minha diretora de enfermagem, com a diretora médica, estou passando pelos andares, circulando, estou mostrando a importância desse grupo, de conversar. Acho que aí vem o exemplo. (...) Acho que, até pela própria característica da onco, que propicia muito essa integração, pela complexidade, pelo envolvimento do grupo, por lidar com a vida no limite maior, sei lá... É um grupo que (...) acho que, pela própria patologia, acaba dando essa interação maior. Mas acho que vem muito do exemplo da direção, dos diretores, enfim, de mostrarem essa integração como um fator necessário. Senão, [fica] aquele negócio – “Faça o que eu digo, não faça o que eu faço.” Então, não adianta, não tem efeito nenhum. Tem que partir do exemplo, mesmo, e dar os instrumentos, seja, de repente, você pode cobrar – “Não, espera aí, onde está a anotação da assistente social? Da nutricionista?” –, ver essa situação junto à comissão de prontuário, a comissão de óbito, enfim, tudo isso... (H e PS-P).

Além da comunicação, dez dentre os 21 gerentes entrevistados também dão destaque ao compromisso dos trabalhadores com o projeto institucional, projeto de trabalho do serviço, como instrumento para promover o trabalho em equipe.

A gerente do SE-L destaca que o mais importante na constituição de uma equipe é o profissional ter compromisso com o projeto institucional. Posto que o gerente é um articulador e mediador da política pública de saúde para o plano da operacionalização concreta dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços (Campos, 1989; Mishima 1995; Castanheira, 1996a, 1996b; Mishima et al., 1997), tem a responsabilidade de obter o compromisso dos profissionais e das equipes para com o projeto de trabalho do serviço.

Esse compromisso e esse envolvimento refletem a adesão crítica dos trabalhadores ao projeto, e não sua anuência em função da influência ou da manipulação estratégica do gerente. Ou seja, da perspectiva do agir comunicativo, supõe-se que o compromisso dos profissionais com o projeto institucional tenha base no questionamento das proposições e dos valores que o fundamentam. Por outro lado, a adesão dos trabalhadores ao projeto institucional pode se dar num ambiente em que predomina a ação estratégica, seja por parte do gerente ou de outros trabalhadores que também agem estrategicamente por referência ao projeto, em defesa de interesses próprios e de resultados que buscam produzir na condução do trabalho. Assim, na ação estratégica, os sujeitos buscam exercer influência monológica e sem reciprocidade sobre os demais integrantes da ação ou ainda só considerando as decisões dos demais em função de seu eventual interesse estratégico para a viabilidade de seus interesses e posições.

(...) Eu penso no gerente como animador, que possa ir fazendo essa articulação com a equipe (...) se não tiver um articulador, as equipes não acontecem. (...) num primeiro momento, na prefeitura, as pessoas não escolhem projetos, as pessoas escolhem uma unidade de serviço. As pessoas não vão trabalhar num projeto. As pessoas escolhem uma unidade de serviço – “Vou trabalhar na Unidade Básica tal, porque é mais perto da minha casa, porque é isso (...)”. Tem uma série de influências [no] que as pessoas escolhem – porque é mais perto, porque é mais isso, mais aquilo, porque o chefe é legal (...) porque lá não [se] cumpre horário, enfim, as escolhas passam pelas coisas mais (...) e as pessoas não escolhem pelo trabalho, pelo projeto. E eu acho que cabe à gerência poder fazer com que, ao longo do tempo, essa pessoa faça uma escolha pelo trabalho. Então, isso, para mim, é fundamental. (...) eu acho que a função do gerente, para mim, é essa. Óbvio que o gerente tem milhões de funções administrativas e que, na Prefeitura, te tomam muito e, se você não tomar cuidado, você não cuida do que é primordial, que é fazer com que a equipe se envolva com o projeto da unidade. Eu acho que essa é a maior função do gerente – é poder fazer com que a equipe, ao longo do tempo, se envolva com o projeto da unidade. (...) Então, as pessoas vêm me procurar para vir para cá, e eu digo – “Olha, nós temos nesse momento esse projeto, o projeto de Cecco. Ele tem essa concepção, e a gente está com esses projetos. Você pode se engajar? Você tem algum projeto pessoal que você pode pensar aqui?” Quer dizer, na verdade, as pessoas vêm para cá para pensar projetos, não para pensar sua especialidade. E esse projeto, necessariamente, ele tem que se incorporar no projeto total (SE-L).

O projeto institucional inclui vários subprojetos e, em serviços de grande porte, vários departamentos, setores ou seções que precisam construir e se comprometer com seus respectivos projetos de trabalho, com um grau de autonomia suficiente para que as equipes assumam responsabilidades e, ao mesmo tempo, se

comprometam com o projeto maior ao qual precisam articular o trabalho da equipe. Todos os projetos desenvolvidos pelas equipes devem estar articulados ao projeto de trabalho do serviço. Segundo a gerente do SE-L, o envolvimento dos trabalhadores e das equipes com o projeto do serviço precisa ser pensado em diferentes escalas de grandeza – de uma unidade como o Cecco que conta com 12 trabalhadores, a um hospital, com centenas. Nesses diferentes gradientes é que se dá a articulação das equipes de trabalho, da “rede de equipes” e do conjunto de trabalhadores do serviço em torno do projeto institucional. A questão da rede de equipes será retomada adiante. Por ora, segue-se a análise das possibilidades de construção compartilhada de compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, da perspectiva dos gerentes de serviço.

O projeto institucional é entendido como a tradução da política pública de saúde e do respectivo modelo assistencial para o modelo de organização do serviço e o processo de trabalho em saúde vigente na unidade, visto que este configura o modelo assistencial (Paim, 2002).

O processo vigente de trabalho em saúde é constituído por um recorte de objeto de trabalho, aspectos das necessidades de saúde sobre os quais incidem as ações dos diferentes profissionais – instrumentos materiais e não materiais e finalidade –, e convive com os processos de trabalho específicos de cada área que compõe o campo da saúde, pois cada uma constitui, ao longo do tempo, recortes dos objetos de intervenção, instrumentos – em particular, os saberes – e finalidades próprios. Importa lembrar que, embora a política pública de saúde do SUS proponha um modelo de atenção integral, tanto a apreensão do processo de trabalho em saúde vigente no respectivo serviço como os processos de trabalho de cada uma das áreas, com suas peculiaridades, tendem a reproduzir a racionalidade do processo hegemônico de trabalho em saúde – o modelo biomédico.

Assim, há que se reconhecer, em qualquer projeto institucional, a existência de tensões entre a implementação do modelo biomédico e a do modelo de atenção integral à saúde, tensões que se têm diferentes configurações em cada nível – atenção básica, serviços especializados e hospitais e pronto-socorro. Embora se reconheça que a integralidade deve nortear toda a rede de serviços, na atenção básica,

essa orientação é traço característico (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996; Campos, 2003), dados a necessidade de apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários e da população do território e o fato de ser porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e de articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Mattos, 2004).

Portanto, o projeto institucional tem uma dada finalidade que constitui o fim a que se dirige o processo de trabalho em saúde, seja a reinstauração de padrões de normatividade biomédica, sejam a saúde integral e a qualidade de vida. Além da finalidade que consiste num dos elementos do processo de trabalho que, uma vez apreendida, permite compreender a lógica ou a racionalidade que orienta as ações do trabalho, o projeto institucional também se compõe de objetivos e metas do serviço.

Segundo Campos (2000, 2003), nos serviços de saúde, assim como nos demais tipos de organização, existem objetivos distintos, que são complementares mas contraditórios. De um lado, os objetivos voltados para atender às necessidades sociais, que dão origem àquele específico processo de trabalho que gera valores de uso, ou seja, que produz resultados que têm utilidade para os sujeitos portadores das referidas necessidades e, de outro, os objetivos ligados à sobrevivência dos trabalhadores e do serviço como organização. Para o autor, a racionalidade gerencial hegemônica tem um discurso hipócrita, que mascara as tensões existentes entre esses objetivos, à medida que enfatiza a faceta de interesse social voltada para o atendimento das necessidades sociais e oculta os objetivos que expressam os interesses dos agentes e do serviço, além de manejar e resolver os conflitos decorrentes dessa polaridade contra os interesses dos trabalhadores.

Com base no modelo de co-gestão proposto por Campos (2000) e no modelo de gestão comunicativa de Rivera (2003), as tensões entre os diferentes objetivos requerem a explicitação de suas contradições e a construção de acordos quanto à legitimidade de ambos e ao modo de se organizarem o serviço e o processo de trabalho que permita contemplar tanto os interesses referidos às necessidades de saúde dos usuários e da população do território quanto os interesses dos trabalhadores e do serviço. Nesse contexto de interação e de construção

intersubjetiva de consensos, ainda que provisórios e passíveis de revisão também compartilhada entre os sujeitos envolvidos, se for preciso arbitrar provisoriamente até que se conquiste o acordo comunicativo, entende-se que cabe ao gerente priorizar a atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população de referencia do serviço.

Como já se viu, a prática comunicativa é um processo dinâmico, que transcorre de forma não problemática enquanto os interlocutores compartilham intersubjetivamente as pretensões de validade, pautados no mundo da vida, e, no que se refere a situações de trabalho em saúde, também na cultura institucional (Rivera, Artmann, 1999; Rivera, 2003) e nos saberes operantes ou tecnológicos que fundamentam as ações de saúde (Mendes-Gonçalves, 1994).

Seja no modelo de atenção e no processo de trabalho correspondente, seja nos objetivos dos trabalhadores e do serviço, essas tensões mostram a necessidade do exercício de um discurso crítico, no sentido habermasiano, para a recomposição do compartilhamento das pretensões de validade nos planos objetivo, normativo e expressivo, e a construção de acordos sobre a condução do trabalho, as ações, suas finalidades e objetivos. Mesmo que as tradições culturais do mundo da vida e da cultura institucional condicionem fortemente a dinâmica de funcionamento do serviço e a prática cotidiana de trabalho, podem ser questionadas com base na argumentação crítica e fundamentada sobre as proposições e os valores das propostas em jogo na definição do projeto institucional (Rivera, Artmann, 1999; Rivera, 2003).

Portanto, o gerente deve construir consensos e pactuar o projeto institucional de forma comunicativa com os trabalhadores e as equipes de trabalho. A participação dos usuários e da população do território na construção do projeto institucional também é necessária e importante e deve se constituir em realidade no próprio cotidiano de trabalho, por meio da interação profissional-usuário, nas ações de saúde, e por meio das instâncias previstas pelo controle social como conselhos de saúde, em suas várias modalidades de organização – conselhos gestores de unidade, conselhos municipais e estaduais de saúde e o conselho nacional de saúde. Os conselhos são canais de participação que articulam representantes da população e

membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos e à negociação de conflitos, bem como representam uma das formas de constituição de sujeitos democráticos (Crevelim, Peduzzi, 2005).

Além de participar da construção dos acordos em torno do projeto institucional, os profissionais também precisam construir consensos em torno de um projeto assistencial comum a cada equipe. Trata-se de um plano de ação voltado para as necessidades de saúde dos usuários e da população que estão sob a responsabilidade da respectiva equipe, contempladas as suas peculiaridades e articulado ao projeto institucional. O projeto comum de cada equipe também é elaborado de forma compartilhada entre os seus integrantes, com base no reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos envolvidos – profissionais e usuários e população (Peduzzi, 1998, 2001).

À medida que seja elaborado de forma compartilhada, o projeto assistencial comum de cada equipe expressa as características que a literatura atribui ao trabalho em equipe – finalidade e objetivos comuns do trabalho, abordagens comuns das necessidades de saúde dos usuários, reconhecimento do trabalho de cada membro e responsabilidade e necessidade de prestação de contas de todos os integrantes do grupo (Ingram, Desombre, 1999; McCallin, 2001, 2006; Miller, Freeman, Ross, 2001). Entretanto, os depoimentos mostram que as equipes têm dificuldades de elaborar seu próprio projeto de trabalho com base na identificação e na negociação com os usuários e a população do território das necessidades de saúde e da melhor maneira de atendê-las. A construção de um projeto com finalidade, objetivos, metas e abordagens comuns, bem como responsabilização da equipe, requerem antes de tudo o reconhecimento compartilhado e contextualizado das necessidades de saúde, pois a partir disso é que a equipe pode definir o melhor caminho para o cuidado e a atenção à saúde. Entende-se que a definição compartilhada de forma intersubjetiva da finalidade do processo de trabalho e dos objetivos e metas a serem atingidas ajuda a equipe a enfrentar as dificuldades e os problemas que emergem das dinâmicas do próprio grupo e do trabalho, visto que a equipe tem um eixo em torno do qual pode refletir sobre o cotidiano de trabalho e discutir as divergências e as contradições que geram tensão.

Cada equipe tem a sua reunião de uma hora e, aí, depois dessa uma hora, é que então cada um sai para fazer o seu trabalho e, no dia seguinte, se resgata o que foi feito no dia anterior, e fazem as propostas do próximo dia, enfim (...) Eu achava que era uma coisa muito boa, bastante interessante, mas eu vejo que tem muito sofrimento nisso, também. Existe um sofrimento nisso, porque as pessoas não estão prontas para trabalhar em equipe, cada um quer fazer o seu. E, assim, uma coisa importante que eu acho é que o grupo tem que determinar quais são as suas metas naquele ano, o que eles vão enfrentar prioritariamente. Não dá para fazer tudo num ano só (...) tem que escalonar o que é mais urgente, vai ser feito a curto prazo, a médio, a longo prazo. E os grupos, aqui, principalmente, têm uma dificuldade enorme de conseguir organizar isso. Então, eu tenho solicitado que eles mergulhem dentro da área e reconheçam quais são as necessidades, para propor[em] estratégia – que problemas vão enfrentar este ano? (UBS-J).

Estudo sobre a participação dos usuários e da população na construção dos projetos assistenciais das equipes mostra que o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão e que as concepções dos trabalhadores sobre a participação social não estão diretamente associadas às que se referem ao trabalho em equipe. Ou seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está voltado para o interior da própria equipe, no sentido de se reproduzir o modelo de se “pensar por” e “planejar por” ao invés de se “pensar com” e “decidir com” o usuário e a população (Crevelim, Peduzzi, 2005).

Assim, destaca-se a necessidades de se criarem e sustentarem possibilidades efetivas de uma prática comunicativa em que gerentes, trabalhadores e usuários e população do território sejam partícipes tanto da construção do projeto de trabalho de cada equipe à qual estão referidos os usuários como da construção do projeto institucional.

Contudo, tanto quanto à comunicação como instrumento de integração das equipes, os gerentes também apontam dificuldades em se obter o compromisso das equipes e do conjunto dos trabalhadores com o projeto institucional. Observa-se que uma e outro são dados como ferramentas para a promoção do trabalho em equipe e estão profundamente imbricados, à medida que este pressupõe a primeira, cuja eficácia, por sua vez, requer a construção de um projeto em torno do qual trabalhadores e gerente organizem o serviço e os processos de trabalho.

O excerto a seguir mostra os obstáculos que enfrenta a implantação do modelo assistencial adotado pelo serviço e pela política pública de saúde para a

atenção básica, representados pela resistência e pela oposição de alguns trabalhadores à proposta de saúde da família. Imediatamente a gerente também faz referência à dificuldade de comunicação em situações de intensa discordância quanto ao modelo de atenção, ao respectivo processo de trabalho e aos valores que subentendem. No exercício do trabalho gerencial, o gerente atua como um articulador na busca da integração do trabalho realizado pelos diferentes agentes, articulação que contempla as esferas da ação instrumental e da ação comunicativa, de modo a criar e manter as condições necessárias à implementação do modelo assistencial preconizado pela política pública (Mishima, 1995; Mishima et al., 1997). Assim, não há espaço para a neutralidade, seja do gerente ou dos profissionais de saúde, todos sujeitos sociais portadores de projetos pessoais e coletivos, para além do projeto técnico referido à específica área em que atuam. No confronto de projetos distintos e até mesmo antagônicos, das perspectivas ética, política e dos valores, tende a prevalecer a ação instrumental e estratégica, num cenário em que cada qual defende os interesses do projeto que apóia.

Então, por exemplo, eu tenho um pediatra que não... ele acha horrível PSF. Ele acha que é uma estratégia errada, que não funciona, que não deveria ter sido colocada aqui, neste serviço, que a população não gosta. Então, ele rema contra, né? Ele, para mim, é um problema, porque a mãe, quando entra no consultório, ele já vai desmerecendo o trabalho dos outros, e é ruim, porque a mãe fica confusa. Então, uma pessoa assim, para nós, é complicado, porque falta com a ética também para com os colegas. Porque ele pode até discordar da conduta do outro, mas não deveria falar para a mãe que o outro fez errado. Não sei, eu imagino assim, porque, aí, fica muito ruim. Então, essas pessoas que a gente percebe que dão mais trabalho, eu realmente tenho tentado conversar com elas, mas eu não vejo muito caminho, a não ser tirá-las do serviço. Porque elas realmente interferem para o mal; não é que são neutras, elas vão minando mesmo e desarticulando bastante o trabalho dos outros (UBS-J).

Nesse sentido, há que se considerar que o compromisso com o projeto de trabalho do serviço na perspectiva do SUS, que pressupõe a universalidade de acesso, a integralidade da saúde, a equidade e o controle social, significa a adesão crítica a um projeto de mudança e transformação do modelo assistencial e de gestão do processo hoje hegemônico de trabalho em saúde – o modelo biomédico. Merhy (1997) propõe a construção coletiva e compartilhada de processos de intervenção instituintes, tomando como referência-chave o interesse do usuário, ou seja, orientando o trabalho dos vários agentes com base nas necessidades de saúde e na

busca de ampliação da autonomia dos sujeitos implicados – usuários e trabalhadores. Para o autor, nesse processo de mudança e construção de um novo modo de gestão dos processos de trabalho, os gestores devem buscar produzir impacto nos modos como são construídos os contratos entre trabalhadores e usuários (Merhy, 2003).

No depoimento da gerente do SE-M, também se observa que o compromisso com o projeto de trabalho do serviço é considerado fundamental no gerenciamento da equipe e que busca garanti-lo pela condução do projeto, com base em ações de coordenação e articulação pautadas na comunicação e na interação dos trabalhadores. Mas refere que, mesmo com o envolvimento dos profissionais com o projeto Caps, há polêmicas e discordâncias na equipe sobre alguns aspectos da proposta, como a reinserção social baseada na geração de renda dos usuários e as estratégias adotadas pelos trabalhadores do serviço para lidar com a dimensão política do projeto. A gerente destaca o caráter político do projeto institucional ao assinalar que existe o núcleo (“nódulo”) do projeto de trabalho que é a terapêutica com os pacientes, mas também há uma intervenção de caráter político que diz respeito tanto à implantação da política pública de saúde mental e de saúde na região como a ocupação do espaço público, dado o forte investimento na solidificação da rede social, que inclui a equipe, os usuários e a população do território. Assim, a gerente vê sua atuação gerencial como mediadora e articuladora da política pública de saúde mental para o cotidiano de trabalho no serviço e também como profissional da saúde e agente política, expressando as várias dimensões da gerência e da gestão em saúde – técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (Mishima et al., 1997).

Questão essencial – que eu fico sempre batalhando com a equipe – é o compromisso com o projeto, o compromisso com o projeto e com os pacientes. Isso é absolutamente inegociável. (...). A minha equipe não discute que eu tenha um eixo, uma direção para o projeto. Isso ninguém discute. (...) não existe nenhuma proposta que esteja em discussão ou em colisão com a proposta que estou fazendo. Existe muita gente que concorda com o projeto, com a política que estou propondo. E, na verdade, a gente faz um trabalho de adesão com todo mundo que entra aqui, no Caps – com a população, com os voluntários, com os profissionais, com os estagiários. A gente faz uma proposta de adesão. Essa proposta é sempre feita dentro do eixo geral da proposta Caps. Então, nós aderimos ao projeto Caps. (...), mas existe a polêmica dentro da minha equipe. Todas essas questões que estou colocando, nenhuma delas é pacífica. Por exemplo, em relação à questão de geração de renda. Existe gente muito mais a favor dos projetos de geração de renda aqui do que eu. E essas pessoas estão

conduzindo o projeto de geração de renda daqui. Eu não acho que é interessante quebrar a iniciativa. (...) Eu acho que tem uma parte da equipe que adere politicamente ao projeto como eu estou propondo. O que é isso? É assim: existe um entendimento [de] que a gente está fazendo uma atuação que é específica da saúde mental, tem uma parte que é o nóculo do projeto, que é a terapêutica com os pacientes, mas existe uma intervenção que é uma intervenção de caráter político, que a gente está imprimindo dentro de uma linha de atuação em saúde, e tem uma linha de atuação no espaço público, dentro do que a gente concebe que é dever nosso, como parte da máquina do Estado. A questão do dinheiro público, a questão do espaço do Estado, do uso desse espaço pela população e tudo. Então, existem estratégias que a gente vai definindo para poder lidar com as diferentes situações políticas que são colocadas, para a gente expressar o que a gente considera que é de interesse público. (...) Então, durante grande parte, por exemplo, a tal da prioridade com PSF colocou a saúde mental totalmente para escanteio. E a única coisa que sustentava a existência da saúde mental é porque o Ministério da Saúde insistia que dentro do SUS tivesse Caps, entendeu? Porque, senão, simplesmente, a saúde mental e a saúde bucal teriam sido extirpadas da saúde pública, o que é um absurdo total. Entre outras coisas. Então, como é que a gente traça estratégias? Como [é] que a gente se coloca diante dessas questões de interesse público? Como [é] que a gente atua como sujeito político e como profissional? (SE-M).

Outro aspecto, apontado por quatro gerentes, que dificulta o compromisso das equipes e do conjunto dos trabalhadores com o projeto institucional é o contexto de trabalho, em especial, as condições de trabalho. A alta rotatividade de profissionais e a flexibilização das relações de trabalho, sobretudo pelos contratos do tipo plantão de 24 horas ou do tipo emergencial, que têm duração prevista de um ano, sem continuidade – pois a renovação do contrato só pode ocorrer depois de um ano de desligamento – dificultam o trabalho em equipe de saúde, que requer certa estabilidade para a continuidade do projeto de trabalho e da participação dos profissionais (Cherchiglia, 1999, 2004). O trabalho em equipe também requer alguma antiguidade dos trabalhadores de cada equipe, para que se possam criar uma dinâmica de trabalho com interação e articulação, uma linguagem comum e um projeto comum, com objetivos e metas compartilhadas (Peduzzi, 1998, 2001; McCallin, 2001; Miller, Freeman, Ross, 2001; Wachs, 2005; Fortuna et al., 2005).

Segundo os gerentes, a alta rotatividade e a flexibilização das relações de trabalho dificultam a criação de vínculo do profissional com os demais integrantes da equipe, com a instituição e também com o paciente, que é fundamental para a qualidade da assistência e do cuidado, representada na finalidade do processo de trabalho em saúde – atenção integral às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência.

Acredito que, até o final do ano, a gente consiga efetivamente (...) que entre 90% e 95% dos profissionais voltados à assistência direta, entre médicos e enfermeiros, sejam efetivados. Então, aí, eles estariam lotados efetivos no hospital e, conseqüentemente, a própria interação do multiprofissional, de criar raízes e construir uma área de trabalho mais consolidada, de maior segurança para o profissional, favorece cada vez mais a criação dos vínculos, até das próprias relações multiprofissionais, porque ele está integrado. Porque, como a história do plantonista, infelizmente, é verdade também – o serviço que funciona com plantonista, simplesmente, ele vem no plantão e vai embora. Então, ele trabalha 24 horas e vai embora, volta na semana que vem. Que vínculo ele tem com a instituição? (...) O regime de plantão fica completamente perdido, porque, um dia, o cara está no quinto andar, no outro dia, está no PS, não tem vinculação nenhuma... então, a visão global do hospital, o vínculo com o paciente, a assistência multiprofissional também fica prejudicada por essas razões. (...) Acredito que, até o final do ano, a gente tenha um quadro mais estável, e isso vai propiciar até outras vantagens, porque também – veja só – nesse regime, você propicia um treinamento, mas, daqui a pouco, essa pessoa vai embora. Aí, você propicia um treinamento, precisa treinar... a utilização, por Exemplo, das bombas de infusão. Perfeito, só que ela aprendeu, e aí? O que ela faz? Ela aprendeu já isso, ela tem uma proposta salarial melhor, muitas vezes (...) A gente perde muito funcionário em função do salarial, sem dúvida alguma, infelizmente. Todo mundo sabe que o programa de benefícios de recursos humanos, salarial, do Estado – em geral, do funcionário público – é muito pobre, houve muito pouca progressão. Não avançaram em nada os planos de carreira e tudo o mais, então, esses benefícios são extremamente complicados. Daí, é mais um artifício (...) um desafio administrativo para você criar esses vínculos. Através de uma dinâmica de pessoal, trabalhando em grupo, concedendo benefícios indiretos (...) O que eu considero – olha, é tão triste falar isso – benefício indireto, muitas vezes, é um treinamento, que é um ganho a mais que a pessoa tem. Quando tem um treinamento, está investindo no pessoal (H e PS-P).

Nesse sentido, deve-se promover vínculo empregatício duradouro, com baixa rotatividade de pessoal, educação permanente em saúde e plano de salários, cargos e carreira, que são considerados instrumentos da gerência para a integração das equipes. Ou seja, a definição de uma política de recursos humanos em saúde ou de gestão do trabalho que contemple esses e outros aspectos consiste em ferramenta para a integração dos trabalhadores no projeto institucional e no trabalho em equipe.

No cenário nacional e internacional, as questões da gestão do trabalho apresentam uma série de desafios. Alguns vêm se mantendo ao longo das décadas como a baixa remuneração e a desmotivação das equipes, a iniquidade da distribuição da força de trabalho, o inadequado *mix* de profissionais para a atenção à saúde e os insatisfatórios desempenho e *accountability* dos profissionais. Por outro lado, há um conjunto de novos desafios como a migração entre países, a baixa capacidade de preparação e de fixação de recursos humanos, o impacto das

epidemias na força de trabalho em saúde e a escassez de recursos humanos em nível mundial, diagnosticada pela Joint Learning Initiative¹⁴ (Chen et al., 2004; Narasimhan et al., 2004; Pierantoni, Varella, França, 2004).

Assim, na agenda internacional, diversos atores reúnem esforços para o enfrentamento e a superação desses desafios, que podem ser sintetizados em quatro grandes objetivos, que confirmam a equipe como unidade social de produção dos serviços de saúde, visto que se busca aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa, aumentar o desempenho da equipe de profissionais frente aos objetivos definidos, garantir competência e habilidades-chave para a força de trabalho em saúde e fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde (Brasil, 2006c).

Estudos mostram que, embora seja consensual a importância dos recursos humanos em saúde, eles são negligenciados nos sistemas de saúde em países pobres e em desenvolvimento (Hongoro, McPake, 2004). Também nos países desenvolvidos identificam-se expressivos problemas nessa área, sobretudo ligados ao suprimento, à demanda e à mobilidade dos profissionais de saúde (Narasimhan et al., 2004). Esses diagnósticos levam a importantes mobilizações de órgãos nacionais, como a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Brasil, 2006c), e internacionais, como a discussão sobre o perfil mundial dos trabalhadores de saúde (OMS, 2006) e o Plano de Ação Regional de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015 (OPAS, 2007), no sentido de se fortalecer a implantação de políticas e estratégias de recursos humanos consistentes e que produzam impacto frente aos problemas arrolados.

Especificamente na região de estudo, os relatos dos gerentes apontam dois aspectos ligados a essa esfera de dificuldades na promoção do trabalho em equipe: a necessária reestruturação dos serviços da rede pública depois do desmonte do PAS, em 2001, quando a rede municipal de saúde se reintegrou ao SUS, em São Paulo, e a ausência de uma política de recursos humanos em saúde por parte

---

¹⁴ A Joint Learning Initiative é uma rede de trabalho independente composta por mais de 100 líderes mundiais no campo de saúde, que integra grupos do campo de recursos humanos para identificar estratégias de fortalecimento e desenvolvimento de recursos humanos em saúde em nível global.

da SMS com diretrizes, prioridades e ações claras e explicitadas, sobretudo junto aos gerentes que são os responsáveis diretos pela gestão do trabalho no cotidiano dos serviços. Em sua análise do campo de recursos e humanos e de gestão do trabalho, Pierantoni, Varella e França (2004) declaram sua perplexidade diante da histórica negligência e mesmo ausência de política de recursos humanos em saúde.

(...) porque a volta do PAS foi a volta dos exilados. Quando as pessoas retornam, elas retornam absolutamente rachadas. Elas foram expulsas das suas unidades. Eu também, do dia para a noite, não pude mais entrar no hospital. E, aí, depois você vai voltar, e a grande maioria dos médicos voltou para suas próprias unidades, onde estavam antes. Anos depois – quatro ou cinco anos depois –, final do Maluf, todo o Pitta, e a unidade absolutamente desmontada. (...) E a montagem tinha que ser feita com esse “exército [de] Brancaléone” mesmo, desmontado – não tinha nenhum grande reforço. A Secretaria o que fez foram contratos de emergência – “Vamos botar gente...” Só que era de emergência – contrato de um ano. No ano seguinte, mudou toda a minha equipe de enfermagem de novo. Com as enfermeiras, idem, e a minha recepção também mudou inteirinha, não tinha nenhum técnico, nenhum voltou, todos foram embora. E, no ano seguinte, eu montei todos de novo. Então, aos trancos e barrancos, você consegue construir uma equipe de gente que não vai ficar também! Quer dizer, você vai montar uma coisa de gente que não vai ficar, não é? Então, como é que eu vou fazer? No terceiro ano é que – eu estou hoje no quinto com uma cartinha – “Bom, essa gente, acredito que vai ficar [risos] essa aqui não vai embora, vocês são de concurso” (UBS-D).

Entende-se que a clareza e a objetividade na opção por uma dada política pública de recursos humanos, bem como de um modelo assistencial para a atenção básica e para toda a rede pública de prestação de serviços, é uma ferramenta para os gerentes locais articularem trabalhadores e usuários e população em torno de um projeto de trabalho do serviço legítimo e que expresse os interesses dos envolvidos no processo – usuários e população do território, trabalhadores, gerentes e gestores.

Embora dez gerentes destaquem o compromisso com o projeto institucional como ferramenta para promover o trabalho em equipe, em apenas seis depoimentos há uma problematização do modelo assistencial em relação a essa modalidade de organização do trabalho. O modelo de atenção à saúde, em especial na perspectiva da integralidade, é tema central para a construção compartilhada e intersubjetiva do projeto de trabalho do serviço de saúde nos três níveis da assistência – atenção básica, serviços especializados e hospitais e pronto-socorro). Assim, os resultados da pesquisa mostram que, do conjunto dos entrevistados, apenas

seis revelam uma elaboração e problematização conjunta e articulada entre trabalho em equipe e modelo de atenção integral à saúde, aspecto que fundamenta e justifica a própria constituição de equipes e a construção do projeto institucional. O que, de outra parte, evidencia tanto a fragilidade da concepção dos gerentes sobre o trabalho em equipe de saúde como a limitação das ferramentas que usam no gerenciamento das equipes.

Além da comunicação e da construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, os entrevistados mencionam outros cinco instrumentos para o gerenciamento das equipes: estimular a autonomia das equipes, definir responsabilidades e um sistema de prestação de contas de cada equipe (*accountability*), promover a mudança da cultura institucional, promover a liderança de equipe e proporcionar supervisão externa.

Quatro gerentes (UBS A, UBS-C, UBS-J, UBS-U) acham que é necessário estimular e respeitar a autonomia das equipes na construção de seu projeto de trabalho, de modo que suas questões e seus problemas devem ser-lhes remetidos de volta, para elas próprias os resolvam de forma comunicativa, com base no diálogo, nas conversas e na interação entre os seus componentes. Segundo Lorimer e Manion (1996), na proposta de organização de serviços de saúde com base no trabalho em equipe, as tomadas de decisão devem ser descentralizadas da gerência para as equipes, no que tange ao trabalho que fazem, com a transferência da autoridade e da responsabilidade necessárias à eficácia das ações que planejam e executam. Transferir a autoridade técnica e a responsabilidade significa estimular e autonomia nas tomadas de decisão.

A autonomia profissional, ou autonomia técnica, é um atributo do trabalho em saúde que se manifesta em diferentes graus para as diversas áreas profissionais que compõem o campo da saúde, segundo a respectiva esfera de tomada de decisão técnica e responsabilidade. A abrangência da autonomia técnica liga-se à complexidade do trabalho, ao grau de incerteza implícito nas ações e no domínio dos saberes necessários à tomada de decisão. Portanto, expressa tanto a autoridade técnica estabelecida com base na dimensão intelectual do respectivo trabalho especializado quanto a legitimidade social de que goza cada área de atuação

profissional no tecido social e na articulação das práticas (Schraiber, 1993, 1995c; Schraiber, Peduzzi, 1993).

Embora seja um atributo necessário para a boa prática profissional – posto que o trabalho em saúde implica incertezas e especificidades de cada usuário –, a autonomia profissional não é plena e irrestrita, mas dependente da esfera de tomada de decisão dos demais profissionais com que cada agente compõe sua ação, no contexto da divisão do trabalho. Assim, há que combinar autonomia e responsabilidade profissional com a interdependência e a complementaridade do trabalho coletivo e do trabalho em equipe.

Para o enfrentamento das contradições e das tensões entre o exercício da autonomia profissional e a interdependência e a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados – pois os trabalhadores de saúde tendem a ter expectativas de autonomia plena, e ao não reconhecimento do caráter interdependente das ações profissionais –, Campos (1997) propõe a constituição de equipes que trabalhem com base no estabelecimento do vínculo profissional-usuário, pelo qual podem exercer sua tomada de decisão técnica e a adscrição de clientela, que expressa as responsabilidades dos respectivos profissionais e equipes.

Embora os profissionais de saúde tendam a trabalhar na perspectiva da autonomia plena, através da qual buscam alcançar o mais amplo espectro de independência na execução das ações, pesquisa anterior observou outras duas concepções de autonomia profissional entre esses trabalhadores. Aquela na qual o profissional ignora o âmbito de autonomia em que realiza seu trabalho e uma terceira, em que apreende o caráter interdependente e complementar de sua tomada de decisão técnica (Peduzzi, 1998, 2001). Este terceiro entendimento da autonomia no trabalho, aliado à prática pautada no estabelecimento de vínculos com adscrição de clientela, pode potencializar ainda mais as possibilidades de reflexão e enfrentamento das tensões e contradições.

No entanto, além da interdependência entre os diferentes profissionais e áreas de atuação, há também a interdependência entre o projeto de trabalho de cada equipe e o projeto institucional. Assim, a ação das equipes deve ser circunscrita a um grau de autonomia que tome em consideração a necessidade de

articulação e integração ao projeto de trabalho do serviço, pois elas não são autônomas em relação ao projeto institucional.

Como diz o gerente da UBS-A, é preciso que o gerente e todos os envolvidos estejam atentos ao “risco da fragmentação” pela tensão que pode se configurar entre, de um lado, a autonomia dos profissionais e da equipe e, de outro, o projeto institucional e as diretrizes políticas e o modelo assistencial que representa, pois o projeto de trabalho do serviço pode conferir algum grau de unidade ao trabalho realizado por cada uma das equipes e pelo conjunto de trabalhadores do serviço.

O gerente tem que se equilibrar entre a tarefa de estimular a autonomia [das equipes], mas manter a unidade necessária, o que é necessário para ter um perfil, uma personalidade da instituição como um todo. Então, é um equilíbrio que não é fácil. No dia-a-dia, eu acho que o que tem sido importante é, primeiro, reforçar, nas diversas instâncias, que a equipe tem autonomia para definir os seus rumos, com a preocupação [de] que ela esteja sintonizada com o projeto global, e remeter para resolução pela equipe as questões que freqüentemente transbordam. Isso não é raro, uma incapacidade de resolver uma questão de trabalho dentro da equipe transbordar para o gerente na forma de um apedido de decisão – “Olha, não está dando certo. Nós precisamos que você defina o que vai acontecer, você intervenha, porque, se você falar, a pessoa vai fazer.” E freqüentemente o que eu falo é – “Eu posso fazer isso quando eu estiver convencido de que se esgotaram todas as possibilidades de articulação interna na equipe”. Isso é uma coisa mais ou menos comum, quando tem que resolver. As pessoas... acho que isso cresce... a pessoa, briga, sangra, chora, mas constrói seus acordos. (...) mas o que eu vejo muito é essa tensão entre o estímulo à autonomia e o risco da fragmentação. Quer dizer, qual é o limite disso? Que possibilidade de linguagem em comum que precisa se manter para que essa fragmentação não se transforme num risco à própria sobrevivência da instituição? (UBS-A).

A análise das questões ligadas à autonomia das equipes remete de imediato a sua responsabilização e à definição de um sistema de prestação de contas pelo trabalho executado, pois liberdade e responsabilidade são duas faces da mesma moeda, tal como a autonomia e responsabilização profissional.

Como se disse, a autonomia das equipes na construção do projeto comum de trabalho deve partir das necessidades de saúde dos usuários e da população adscrita à equipe, passar pela definição da finalidade e dos objetivos do trabalho e das abordagens eleita e pelas atribuições e responsabilidades de cada profissional até a elaboração do modo de cobrança de responsabilidade e de prestação de contas em relação aos resultados. Esse conjunto de momentos do

trabalho produzido pela equipe é que permite configurar um projeto comum, respaldado numa linguagem comum que possibilita o maior entendimento entre os componentes da equipe e é construída com base numa prática comunicativa.

Importa lembrar que a responsabilização de cada profissional perante os usuários e a população do território e os demais membros da equipe e a prática de prestação de contas estão relacionadas com a possibilidade de controle do processo de trabalho e do projeto comum de trabalho por parte de quem se coloca como objeto de controle. Ou seja, os mecanismos de responsabilização e de prestação de contas precisam ser definidos de forma compartilhada e comunicativa, com a participação de todos os integrantes da equipe e com base em consensos que buscam o entendimento entre os sujeitos envolvidos em relação ao trabalho produzido, e não a mera fiscalização de ações (Rivera, 1996, 2003).

O excerto a seguir mostra o reconhecimento por parte da entrevistada da responsabilização e da prestação de contas como ferramentas da gerência na promoção do trabalho e equipe. A gerente da UBS-J dá a entender que o modelo de equipe de referência com clientela adscrita (Campos, 1999, 2007) pode promover a responsabilização dos profissionais e da equipe em relação às necessidades de saúde dos usuários e da população do território e dos resultados produzidos pelo trabalho da equipe, bem como exemplifica a prestação de contas com a adesão dos profissionais ao sistema de informação, que permite o controle do trabalho da equipe e do trabalho coletivo quanto à finalidade do processo de trabalho e aos objetivos e metas do serviço.

Agora, você percebe a diferença em quem está numa certa equipe de fato constituída como equipe e o profissional que não, está fora, trabalhando sem referência a uma equipe? Acho que existe o compromisso... não que os outros não sejam comprometidos, mas é que existe, de fato, uma vontade de resolver o problema da pessoa até o fim, e não despachá-la para outro lugar. Então, eu acho que as equipes do PSF, de uma forma geral, tendem a segurar as batatas quentes e a procurar articular externamente, sem tirar o caso de dentro da unidade. Ao passo que, [entre] as pessoas da equipe tradicional, a tendência é – “Aqui, esgotou. Tchau. Acabou por aqui. Também não tem o que fazer, vai procurar outro canto” –, entendeu? Eu acho que tem essa diferença, que ela é importante. A equipe tradicional nem sempre cumpre as papeladas que a gente precisa que se façam. As equipes do PSF são mais cordatas, nesse sentido. Por exemplo, no SIS Pré-Natal, que é o Sistema de Informação de Gestante, ele precisa ser preenchido e alimentado a cada consulta. Não há o que faça esses ginecologistas preencherem esse negócio. Então, a gente tinha uma quantidade de SIS abertos,

inconcluídos, enorme. Agora, com a entrada do médico de família, a gente conseguiu concluir uma quantidade enorme. Por quê? Porque eles são mais cordatos, no sentido de fazer valer aquele instrumento como instrumento de gerência onde a gente possa medir o controle, enfim, ver se ela acessou as seis consultas, se fez aqueles exames, se está imunizada ou não. Então, isso tem funcionado melhor nas equipes do PSF (...) porque a equipe toda tem de cuidar dessa gestante, ela está voltada e focada pra isso (UBS-J).

A gerente da UBS-I refere que todos os usuários são de responsabilidade de todos os trabalhadores do serviço e apresenta como exemplo a usuária que é gestante, mas a UBS precisa estar organizada na modalidade de trabalho em equipe para ter a quem referir a usuária e não dispensá-la por falta de vaga específica com algum profissional, pois a equipe assume a responsabilidade pela paciente. Com esse exemplo, essa gerente também está mencionando o modelo de equipe de referência a apoio especializado matricial (Campos, 1999, 2007) como proposta de organização do serviço. Contudo, em todo o transcorrer de seu relato, observa-se que ela destaca a necessidade de uma prática pautada na noção de trabalho em equipe para que os trabalhadores possam referir os usuários do profissional de uma certa área para outro de outra área, como alternativa de atendimento que as diferentes áreas profissionais podem propiciar, pois na UBS não há equipes constituídas como tal. Embora o serviço esteja organizado na modalidade de trabalho individualizado por profissional, a gerente expressa um acúmulo de reflexão e um entendimento sobre o que é trabalho em equipe de saúde, de modo que busca articular os trabalhadores em torno do projeto de trabalho da UBS pela discussão das questões técnicas e das relações no trabalho, bem como da interação entre os trabalhadores que atuam mais perto uns aos outros.

Quatro relatos (UBS-A, UBS-I, UBS-U, UBS-G) apontam a mudança da cultura institucional como instrumento para se promover o trabalho em equipe, aspecto já analisado no item anterior, ao se abordar o modo de organização dos serviços na modalidade de equipe ou de trabalho individualizado por profissional.

Como referido então, a cultura institucional tem um papel importante na configuração da dinâmica de trabalho do serviço, pois expressa valores, crenças, tradições e pré-interpretações de que os profissionais lançam mão para refletir, interpretar e intervir nas situações cotidianas de trabalho. Portanto,

também a esfera dos valores vigentes nas práticas de saúde deve ser questionada, para que se possam fazer mudanças nos processos de trabalho e na gestão do serviço.

Os valores compartilhados na cultura institucional que prevalece nos serviços de saúde são a fragmentação, as relações hierárquicas de trabalho, a atuação profissional individualizada e o paroxismo instrumental da racionalidade técnico-científica. Segundo Ayres (2005), as tecnociências biomédicas são orientadas por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, uma concepção ampliada que contempla suas múltiplas dimensões de forma contextualizada. Contudo, são essas mesmas tecnociências que constroem as bases substantivas das práticas de saúde dominantes, em relação às quais se podem construir outros horizontes, pautados em outros valores e práticas.

Isso destaca que as mudanças precisam ser feitas a partir do reconhecimento dos valores vigentes, da argumentação crítica e intersubjetiva a seu respeito e também, como aponta Rivera (1996, 2003), da identificação dos valores-chave da cultura do respectivo serviço, em que se percebem traços positivos que podem ser funcionais para a mudança na direção almejada. Com base na política pública de saúde expressa no SUS e no quadro teórico que norteia esta pesquisa, entende-se que a proposta de mudança da cultura institucional se orienta pelos valores da integração, da democracia e da horizontalização das relações, o que pode ser traduzido no cotidiano dos serviços como integração das ações de saúde e dos processos de trabalho, democratização das relações de trabalho e das relações profissional-usuário, trabalho em equipe integrado e integralidade da saúde.

Trata-se, assim, de mudança da cultura institucional e, simultaneamente, da racionalidade que orienta os processos de trabalho, os projetos assistências das equipes e o projeto de trabalho do serviço, pois todos esses âmbitos expressam a dimensão interativa e tecnológica das práticas de saúde.

Porém, mesmo numa cultura institucional favorável, que valoriza o trabalho integrado e as relações democráticas e horizontalizadas, como observado na organização do trabalho na UBS-A, trabalhadores e gerente enfrentam no cotidiano o “risco da fragmentação”, dada a tradição construída na modernidade de forte individuação dos campos de conhecimento, disciplinas, saberes e áreas de atuação,

que tende a fazer prevalecer a equipe-agrupamento, ao invés de equipes integradas (Peduzzi, 1998, 2001), além do risco de fragmentação das equipes e de seus respectivos projetos de trabalho em relação ao projeto institucional.

Segundo o depoimento do gerente da UBS-A, há um constante movimento de forças centrípetas e centrífugas que expressam a tensão entre o movimento, de um lado, de integração das ações e dos profissionais e, portanto, das equipes, e, de outro, da fragmentação das ações da assistência e do cuidado dos usuários e da população de referência do serviço. Nesse sentido, reitera-se que o projeto de trabalho do serviço, seus objetivos e metas podem conferir algum grau de unidade ao trabalho realizado pelo conjunto de trabalhadores, equipes e gerente. Para isso, o gerente, em especial, se ocupa da articulação de toda a rede de atividades e de trabalhadores do serviço em torno dos objetivos e da metas, além de ocupar-se da integração de cada uma das equipes. O gerente do H e PS-R coloca claramente que o objetivo e a meta do serviço não é a realização do trabalho em equipe, mas que este é uma ferramenta para atingir os objetivos e as metas traçados para o hospital.

É, eu acho que um dos papéis... um, não... o papel principal do dirigente é ele estabelecer qual é o objetivo, qual é a meta a ser alcançada. Ou seja, o objetivo e a meta não é a realização do trabalho multiprofissional. (...) E a função do dirigente é essencialmente... o que fica com o cadinho, fazendo esse amálgama direito. Quer dizer, tanto do ponto de vista da formalidade como da informalidade. (H e PS-R)

Novamente, se observa que o trabalho principal do gerente central do serviço é a construção do projeto institucional e a obtenção ou o fortalecimento do compromisso dos trabalhadores e das equipes com o projeto, o que permite compreender a referência que alguns entrevistados fazem ao conjunto de trabalhadores da unidade como uma “grande equipe”. Com base na literatura, sabe-se que a concepção de equipe remete a um pequeno grupo de integrantes, pois o trabalho em equipe requer intensa comunicação e troca entre seus membros, o que é progressivamente mais difícil à medida que aumenta o número de trabalhadores envolvidos (Mucchielli, 1980; Lorimer, Manion, 1996; Ingram, Desombre, 1999; Wiecha, Pollard, 2004). Contudo, dada sua responsabilidade em relação ao projeto institucional, os gerentes não podem se deter especificamente na aplicação de instrumentos que permitam a composição e integração de equipes, mas sim a

aplicação da concepção de trabalho em equipe para alcançar o que é sua finalidade maior, como gerente central do serviço, que é implementar e dar sustentação a um projeto de trabalho que possa ser compartilhado por todos os envolvidos na produção do trabalho.

Nesse sentido é que o gerente da UBS-C fala em constituir “uma grande equipe”, bem como em constituir “uma rede de equipes” que permita gradativamente promover o compromisso de todos, trabalhadores e equipes, com o projeto institucional, respeitadas as limitações das contingências e do contexto de trabalho, pois não se trata de um trabalho heróico, mas de um trabalho realizado dentro de um certo campo de possíveis.

(...) Porque, na verdade, é para ser uma grande equipe. A [nome da UBS] é para atuar, idealmente, como uma boa equipe, azeitada. Trocar, vamos dizer, onde as relações possam, né?... Não fica o médico brigando com o balcão, porque fez... Na hora [em] que você começa a entender as dificuldades (...) você começa a entender que todo mundo está no mesmo barco, está remando na mesma direção, tem o mesmo propósito e cria uma relação mais amistosa, e isso vai criando, vamos dizer, acho que a rede da equipe propriamente. Isso é fundamental (UBS-C).

Entretanto, entende-se a referência ao conjunto de trabalhadores do serviço como uma grande equipe como uma analogia que visa remeter ao trabalho coletivo característico do trabalho em equipe, no sentido das necessárias coordenação, articulação e integração das ações, permeadas pela prática comunicativa para a implementação do projeto institucional. Pois, como já se viu, trabalho coletivo e trabalho em equipe são processos diferentes e surgidos em momentos diferentes, e não equivalente, embora o trabalho em equipe tenha sua origem no trabalho coletivo.

Tanto as ações que buscam concretizar o envolvimento e o compromisso dos trabalhadores e das equipes com o projeto institucional como as ações empreendidas para se promover a mudança da cultura institucional, que buscam instituir um movimento que permita a transição dos valores da fragmentação, da hierarquização, do paroxismo instrumental e do trabalho solo para um horizonte ético no qual os sujeitos envolvidos compartilhem os valores da integração, da democratização, da integralidade da saúde e do trabalho em equipe integrado

requerem a participação de outras lideranças além do próprio gerente central do serviço, sobretudo pela abrangência das ações.

Embora a gestão comunicativa suponha a liderança comunicativa e coletiva, gerada por competências essencialmente lingüísticas e pela articulação de várias lideranças, como ferramenta de trabalho (Rivera, 2003) e a literatura sobre trabalho em equipe de saúde também assinala para a pertinência de liderança junto às equipes, que é exercida sobretudo com base na comunicação, no compartilhamento entre diferentes lideranças e em sua integração com a gerência central do serviço (Lorimer, Manion, 1996; Wachs, 2005; McCallin, 2003), só dois entrevistados fazem referência ao uso dessa ferramenta para a promoção do trabalho em equipe (UBS-A, H e PS-R).

No depoimento do gerente da UBS-A, observa-se o reconhecimento de que, em determinadas situações de trabalho, é necessária uma ação de coordenação ou de liderança da equipe, bem como uma concepção de liderança próxima à ação de coordenação do trabalho realizada pela equipe que busque encontrar o melhor caminho para a realização do projeto comum, apoiado no diálogo entre seus componentes e articulado ao projeto institucional. O depoente faz uma crítica à centralização da liderança da equipe de saúde no profissional médico, entendendo que a liderança tem um caráter multiprofissional e, portanto, pode ser exercida por profissionais de todas as áreas, não sendo prerrogativa exclusiva do profissional médico, embora a corporação médica ainda tenha a expectativa de liderança do médico sobre o trabalho dos demais profissionais não médicos. Também ressalta que a coordenação da equipe pode ser compartilhada por diferentes integrantes do grupo. Nesse sentido, aproxima-se da noção de liderança comunicativa analisada por Rivera (2003, p. 185), “que se pretende voltada para a democratização das decisões e para o entendimento intersubjetivo”, de modo a ensejar a participação de todos na tomada de decisão, com base na argumentação discursiva e na construção de consensos decorrentes do diálogo.

À época da emergência da proposta de trabalho em equipe de saúde, na década de 1960, tanto na medicina como na enfermagem entendia-se que a liderança da equipe estaria sob a responsabilidade do profissional médico (Arouca,

2003; Almeida, Rocha, 1986), mas, com o passar das décadas, há uma mudança que leva ao reconhecimento da liderança situacional e mesmo compartilhada entre diferentes componentes do grupo de trabalho.

Eu acho que as equipes, dependendo do seu tamanho, dependendo da tarefa, precisam ter coordenação. Mas a coordenação, eu acho que ela está ligada ao encontro dos caminhos para o melhor ajuste, diálogo entre as pessoas, e que o trabalho de cada um flua melhor. Isso, para mim, não tem uma contrapartida técnica, no sentido de que é o médico que faz isso melhor. Eu acho que, se a tarefa da equipe é compor um projeto de trabalho, um projeto terapêutico, um projeto de cuidado, a parte do médico é uma parte importante, mas tão importante quanto a da enfermeira, quanto a da psicóloga, quanto a do auxiliar de enfermagem... Então, eu acho que, nesse sentido, não tem uma liderança natural... ao contrário... Quer dizer, a coordenação das equipes freqüentemente é mais bem feita pelas enfermeiras, porque eu acho que são mais bem formadas para isso. No caso do médico, que raramente tem formação para pensar o trabalho globalmente, sistematicamente, a defesa da sua liderança é como se ela fluísse naturalmente a partir do conhecimento médico. Quer dizer, hoje, isso já está mais atenuado, mas as entidades médicas achavam que qualquer unidade de saúde tinha que ser comandada por um médico. Como se o fato de ocupar essa posição na linha de cuidado desse a ele a prerrogativa de liderar. Acho que tinha uma confusão aí. Hoje, eu acho que isso está um pouco mais matizado... (...) é um passo na direção de reconhecer que não, que a liderança do médico não se estende automaticamente para toda a equipe – pode ser um médico, mas pode ser algum outro membro da equipe (UBS-A).

O gerente do H e PS-R acredita que todo grupo ou equipe de trabalho requer uma liderança para que funcione adequadamente em relação aos objetivos e as metas traçados para o serviço e para a própria equipe. Além de problematizar as tensões e as dificuldades que podem ocorrer na convivência de uma liderança formal com uma liderança de fato – informal mas legítima junto aos componentes da equipe – esse segundo aspecto do relato acena na direção do reconhecimento do necessário compartilhamento entre diferentes lideranças num grupo multiprofissional e interdisciplinar como referido por McCallin (2003).

Agora, eu não vi, até agora, um grupo que funcionasse sem que o processo de liderança se estabelecesse e se consolidasse. (...) Aí, eu vejo o seguinte: existe uma questão que eu acho que é bastante complicada em todos os processos. Existe aquele momento onde existe a liderança formal, e existe a liderança de fato. E o problema é quando são duas pessoas diferentes. Até quanto a liderança de fato aceita que existe uma liderança formal e a liderança formal aceita a liderança de fato. O quanto essas duas pessoas convivem bem. (...) Eu acho que essa é uma questão que vale para as instituições, vale para os grupos também, quer dizer, isso se estabelece. Eu não consigo imaginar nada – nada – entre os seres humanos onde não haverá alguém que vai assumir a liderança, a responsabilidade... (H e PS-R).

Quatro gerentes fazem referência à supervisão externa como instrumento de promoção do trabalho em equipe de saúde, para se oferecer suporte e apoio psicológico frente ao sofrimento que o trabalho em saúde pode acarretar aos trabalhadores e às equipes ou para se recorrer à colaboração de um supervisor externo para que a equipe reconheça a dinâmica do grupo, bem como suas possibilidades e limites no trabalho compartilhado entre os membros (UBS-J, UBS-U, SE-L, SE-N). Ou seja, em determinadas situações de trabalho, o gerente e as equipes, de forma compartilhada, reconhecem os limites internos – no próprio serviço ou nas equipes –, das possibilidades de compreensão e intervenção na dinâmica de trabalho ou de sofrimento no trabalho e, de comum acordo, podem optar pela supervisão externa.

As abordagens da análise institucional e da escola argentina de grupos, em especial do grupo operativo, de Pichon-Rivière, fundamentam e permitem o reconhecimento e o manejo da dinâmica das instituições, grupos e equipes, constituindo uma vertente relevante para a supervisão externa (Matumoto et al., 2005; Fortuna et al., 2005). Uma das gerentes entrevistadas trabalha com a análise institucional e ela própria usa esse recurso em seu trabalho de gerência, embora durante alguns anos a equipe tenha recorrido também à supervisão externa, financiada pelo próprio grupo de profissionais.

Segundo Matumoto et al. (2005), na ótica do movimento institucionalista, a supervisão é abordada por um conjunto de escolas e tendências diferentes, mas todas visam propiciar processos de auto-análise e de auto-gestão dos sujeitos que participam. A auto-análise é entendida como a capacidade que os coletivos têm de se tornarem protagonistas nos processos em que estão envolvidos e a auto-gestão, como a capacidade de auto-organização dos coletivos para atingirem seus objetivos. Assim, as autoras destacam que a supervisão externa “tem o propósito de facilitar que as equipes de saúde analisem seu modo de se relacionar no trabalho, de produzir ações, quer na direção da produção de procedimentos, quer na de cuidados, ou seja, que se analisem como equipes” (Matumoto et al., 2005).

Observa-se que os gerentes entrevistados lançam mão de um conjunto de instrumentos que, segundo sua experiência e o grau de elaboração de

suas concepções de trabalho em equipe, permitem constituir e dar sustentação ao trabalho em equipe – comunicação, compromisso com o projeto institucional, autonomia das equipes, definição de responsabilidades e de um sistema de prestação de contas de cada equipe, mudança da cultura institucional, liderança e supervisão.

O elenco de ferramentas utilizadas mostra que é preciso um intenso e cotidiano investimento dos trabalhadores e do gerente na constituição e na sustentação das equipes, num cenário de trabalho em que se identificaram tensões e contradições quanto ao modelo assistencial e aos objetivos do serviço, constante risco de fragmentação, conflitos de valores entre a cultura institucional predominante nos serviços de saúde e o novo horizonte normativo que a concepção ampliada da saúde busca construir, bem como outros conflitos com características próprias e referidos pelos gerentes como conflitos corporativos e conflitos entre relações profissionais e relações pessoais.

Assim, nos serviços estudados, evidencia-se a coexistência de interesses e de conflitos de interesse referidos tanto a questões individuais e de pequenos grupos como de classes sociais e de grupos profissionais, tal como se observa em outras instituições quando vistas da perspectiva da gerência e gestão (Motta, 1995; Campos, 2000; Spagnol, 2006).

Assim, os resultados apresentados mostram que, quanto às ferramentas utilizadas pela prática gerencial voltada para a promoção do trabalho em equipe de saúde, os mesmos gerentes que expressam a concepção com elaboração e problematização do tema de forma articulada à reflexão sobre o modelo de atenção integral, apresentam um elenco mais amplo de instrumentos em relação aos demais entrevistados, bem como a utilização consistente dessas ferramentas. Esses gerentes referem uma abordagem dos conflitos, tensões e contradições presentes no cotidiano do trabalho das equipes e do serviço pautada na prática comunicativa, no sentido de propiciarem oportunidades de trocas e conversas orientadas para a busca do entendimento ancorado na argumentação crítica intersubjetiva, seja entre os profissionais que compõem as equipes ou com o conjunto de trabalhadores do serviço, com a participação direta ou não dos próprios gerentes.

Capítulo 6 -Síntese

6.1 O trabalho em equipe de saúde como possibilidade da prática comunicativa orientada para o trabalho

Os resultados mostram que tanto teoricamente, na literatura sobre o tema, como na prática dos serviços está em processo de construção e consolidação a organização do trabalho em saúde na modalidade de trabalho em equipe.

Entre os gerentes que participaram deste estudo, predomina a concepção com elaboração e problematização do tema, revelando o reconhecimento de características do trabalho em equipe. Contudo, esse reconhecimento é parcial e limitado, pois a comunicação entre os profissionais é referida por apenas 11 entrevistados, seguida do compartilhamento de finalidade e objetivos do trabalho, do compartilhamento de abordagens dos pacientes e da construção de um projeto assistencial comum, elementos assinalados por três entrevistados.

Desde os anos 1960, o trabalho em equipe é proposto como unidade social de produção dos serviços de saúde, em substituição ao trabalho solo, trabalho individualizado por profissional, que acarreta fragmentação da assistência e aumento dos custos, dadas, entre outros fatores, a duplicação, omissão ou mesmo contradição entre as atividades executadas no contexto da intensa divisão do trabalho em saúde. Desde sua origem, o trabalho em equipe está articulado à reflexão em torno do modelo de atenção à saúde, em especial, na perspectiva da atenção integral, o que explica que apenas seis dos gerentes entrevistados apresentem uma concepção consistente e fundamentada do objeto de estudo, visto que só esses problematizam tanto as características de equipe como o modelo assistencial em que se ancora essa modalidade de organização do trabalho no campo da saúde.

Nesse sentido, vale destacar o reduzido número de depoimentos em que aparece uma reflexão mais ampla sobre o trabalho em equipe e o modelo assistencial. Poder-se-ia entender que, de modo geral, os gerentes não problematizam o trabalho em equipe porque têm um complexo conjunto de ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços a implementar. Entretanto, chama atenção a escassa reflexão sobre o modelo de atenção, sobretudo da integralidade da saúde, pois esse é um elemento-chave das mudanças de valores e práticas que a política pública de saúde e o correspondente processo de trabalho – incluído o trabalho em equipe – buscam introduzir na rede de prestação de serviços. Entende-se que, como mediadores e tradutores da política de saúde para o plano concreto das ações de saúde, caberia aos gerentes centrais de serviços de saúde da rede pública ocuparem-se mais e mais profundamente dos temas ligados à mudança do modelo de atenção e do trabalho em equipe de saúde.

Os resultados também evidenciam a concepção de trabalho em equipe de saúde estritamente como instrumento do trabalho médico que, embora referida apenas por um gerente, é destacada por expressar a racionalidade hegemônica do trabalho em saúde, centrada no modelo biomédico. Entretanto, o conjunto dos relatos permite observar uma nuance na mera instrumentalidade do trabalho dos profissionais não médicos na equipe de saúde, justamente com base na concepção da integralidade, pois, à medida que se a reconhece como racionalidade orientadora do trabalho em saúde, desloca-se a concepção de trabalho em equipe como ferramenta do trabalho médico para instrumento do processo de trabalho em saúde, o que abre possibilidades para a integração das diversas áreas profissionais e seus respectivos saberes, atividades e agentes.

Por fim, os resultados mostram a percepção de equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, revelando tanto a ausência de problematização do trabalho em equipe como a centralidade, no processo de trabalho gerencial, do conjunto do trabalho operado por todos os trabalhadores, que permite a consecução do projeto institucional que é, em primeira instância, de responsabilidade do gerente central do serviço. Mais uma vez, o estranhamento provocado por essa concepção é que o próprio projeto de trabalho dos serviços de saúde, à medida que expressa a tradução da política pública de saúde e seu respectivo modelo assistencial,

para a realidade local e as necessidades de saúde dos usuários e da população do território, precisa de um elenco variado de instrumentos para ser implementado, para o que contribui o trabalho em equipe entendido como ferramenta que, dentre outras, possibilita essa mediação na direção da integralidade da saúde.

As diferentes concepções sobre trabalho em equipe de saúde observadas entre os gerentes entrevistados, bem como na literatura sobre o tema, mostram, que num mesmo serviço e às vezes num mesmo processo de trabalho, convivem concepções distintas, o que dificulta a integração da equipe e entre elas, pois, em parte, a prática expressa as concepções dos sujeitos envolvidos, para além de características da estrutura, da cultura institucional, das políticas, do modelo assistencial e das condições de trabalho.

Quanto à percepção dos gerentes sobre a organização do trabalho especificamente no que tange à presença do trabalho em equipe ou do trabalho individualizado por profissional, os relatos evidenciam que a dinâmica de trabalho não está relacionada ao nível de atenção à saúde – atenção básica, serviços especializados, hospitalar e pronto-socorro –, pois em cada um deles se encontram situações heterogêneas. Há trabalho em equipe em quatro das 13 UBS e em três dos quatro SE; nos três hospitais e no pronto-socorro, só é referido o trabalho individualizado por profissional, embora de formas diferentes também entre esses serviços.

Por outro lado, os depoimentos permitem observar que, na visão dos gerentes, a presença do trabalho em equipe está ligada ao projeto institucional, ou projeto de trabalho do serviço, ao respectivo modelo assistencial e ao processo de trabalho em saúde, bem como aos objetivos e metas do estabelecimento. A pesquisa mostra que o trabalho em equipe vigora nas UBS com um modelo de atenção básica implementado, em particular a estratégia de saúde da família e o modelo das ações programáticas em saúde e nos serviços especializados de DST/Aids e de saúde mental, que também fazem a assistência e o cuidado com base num modelo de atenção peculiar às necessidades de saúde dos respectivos usuários e população de referência. Nos serviços especializados em que as gerentes referem uma prática de trabalho em equipe, seus relatos associam-no à abordagem ampliada das

necessidades de saúde e a um processo de trabalho que traduz as estratégias de atenção da política pública de saúde, respectivamente de combate à Aids e de saúde mental.

Embora nos hospitais e no pronto-socorro os gerentes refiram uma organização do trabalho que aponta para o trabalho individualizado por profissional, em dois hospitais também se faz referência ao trabalho em equipe, ou a um protótipo de equipes nas UTI e na área de oncologia do H e PS-P, o que permite cogitar a possibilidade de ampliação e aprofundamento da organização do trabalho nessa modalidade também nas instituições hospitalares. Isso deve ser estimulado e viabilizado, visto que a abordagem integral à saúde é de responsabilidade de toda a rede de prestação de serviços de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica.

Os resultados também mostram que, da perspectiva da gerência, a questão do trabalho em equipe é correlata à questão principal, que é a integração de todos os trabalhadores do serviço em torno do projeto institucional, seus objetivos e metas. Contudo, entre o projeto institucional e o trabalho em equipe, há que haver um modelo assistencial e um processo de trabalho que traduzam o modelo de atenção nas ações executadas pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Embora só seis gerentes tenham apresentado uma reflexão sobre a relação entre trabalho em equipe e modelo de atenção integral, entende-se, com base na literatura, no quadro teórico adotado e nos resultados do estudo, que a integralidade é a racionalidade orientadora do trabalho em equipe de saúde.

Quanto aos instrumentos utilizados no gerenciamento das equipes, os entrevistados referem um elenco variado de ferramentas – a comunicação, o compromisso com o projeto institucional, a autonomia das equipes, a definição de responsabilidades e de um sistema de prestação de contas de cada equipe, a liderança e a supervisão externa.

Mais uma vez, a comunicação desponta como primeira ferramenta citada pelos gerentes para se promover o trabalho em equipe, e o mesmo que ocorre quando falam de suas concepções sobre o tema, pois, dentre as características assinaladas, prevalece a comunicação entre os profissionais. Assim, os resultados

deste estudo confirmam a comunicação como condição *sine que non* do trabalho em equipe de saúde. Também os demais instrumentos referidos são ligados à comunicação, que, no depoimento dos gerentes que têm uma concepção mais consistente e fundamentada, é entendida como trocas e conversas que buscam o entendimento entre os sujeitos envolvidos para a construção de consensos, acordos e pactos de trabalho. Nesse sentido, ao tematizar o trabalho em equipe de saúde, os depoimentos desses gerentes apontam a perspectiva do modelo de gestão comunicativa.

Portanto, a comunicação, entendida como interação intersubjetiva que busca o entendimento entre os interlocutores, quando aplicada à promoção do trabalho em equipe-integração, com articulação das ações e interação dos profissionais, está orientada para o trabalho, ou seja, para a produção de resultados que atendam com eficácia e efetividade às necessidades de saúde de usuários e da população do território. Assim, o trabalho em equipe de saúde supõe a dupla dimensão trabalho e interação social – ação instrumental e ação comunicativa, isto é, ação dirigida a um fim dado *a priori* e ação voltada para o entendimento, portanto, aberta ao diálogo, com base no reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade implícitas nos atos de fala de todos os interlocutores ou na busca da recomposição do entendimento frente às situações que se tornam problemáticas para os sujeitos envolvidos.

O trabalho em equipe, no qual se supõe um certo grau de articulação das ações executadas pelos distintos profissionais por meio da sua interação, consolida-se através de consensos que ensejam a construção de um projeto assistencial comum a cada equipe e que tornam possível um pacto de trabalho, de todos os trabalhadores do serviço, em torno do projeto institucional. Assim, a atuação de gerentes para a promoção do trabalho em equipe requer o estímulo à autonomia das equipes para a elaboração de seus respectivos projetos de trabalho e a construção compartilhada de compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto de trabalho do serviço.

O projeto institucional se compõe do perfil das necessidades de saúde dos usuários e da população do território e das estratégias de atenção à saúde

propostas nas políticas públicas de saúde. Ou seja, o projeto de trabalho do serviço traduz a política de saúde e seu respectivo processo de trabalho, consideradas as peculiaridades dos usuários e da população da área de abrangência da unidade, que se espera sejam definidas com base na interação profissional-usuário e na implementação dos vários mecanismos de participação e controle social.

De modo que o trabalho em equipe é uma ferramenta do processo de trabalho em saúde cuja aplicação requer do gerente a composição de um conjunto de instrumentos – construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço por meio da interação e da participação social, estimular a autonomia das equipes, em particular para a construção de seus próprios projetos de trabalho, e promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional.

Essas ações são mediadas pela comunicação e pela interação que busca o entendimento pautado no compartilhamento de um horizonte ético e normativo, no qual os envolvidos – trabalhadores, gerente e usuários e população constroem solidariamente o projeto institucional. Nesse sentido, cabe a todos esses sujeitos sociais criar e dar sustentação a uma prática comunicativa na qual todos sejam partícipes tanto da construção do projeto de trabalho do serviço como do projeto assistencial comum a cada equipe.

Contudo, é o gerente central do serviço o principal mediador e tradutor da política pública de saúde e seus respectivos modelo assistencial e processo de trabalho em saúde para o cotidiano dos serviços, ou seja, para o plano das ações de saúde executadas pelos profissionais. Assim, da perspectiva dos gerentes, está em jogo a adesão crítica, o compromisso fundado em argumentos críticos dos sujeitos envolvidos a um projeto de mudança e transformação do modelo assistencial – do modelo biomédico à integralidade da saúde.

De modo que a mudança da cultura institucional também é dada como ferramenta para a promoção do trabalho em equipe, que requer ainda uma ação na esfera dos valores que pautam a organização do trabalho nos serviços de saúde. E, particularmente no tocante à constituição e sustentação de equipes de trabalho integradas, entende-se que as mudanças precisam ser fomentadas a partir da crítica

fundamentada e intersubjetiva aos valores predominantes na cultura institucional vigente nos serviços de saúde – fragmentação das ações, relações hierárquicas de trabalho, atuação profissional individualizada e paroxismo instrumental técnico-científico –, para a consolidação de uma cultura institucional orientada pelos valores da integração das ações de saúde e dos processos de trabalho, pela democratização das relações de trabalho e das relações profissional-usuário, pelo trabalho em equipe integrado e pela integralidade da saúde.

Esse é um processo que, por um lado, se dá a médio e longo prazo e sem certezas, à medida que não permite controle externo mas apenas a ação responsável e comunicativa dos sujeitos que dele participam, e, por outro, envolve imediatamente a mudança da cultura institucional e da racionalidade que orienta o processo de trabalho, os projetos assistências das equipes e o projeto de trabalho do serviço, pois todos esses âmbitos expressam tanto a dimensão interativa e, portanto, ética, como a dimensão tecnológica das práticas de saúde.

Portanto, há que se contar com a inconstância e as contradições da mudança cultural, bem como com o risco de fragmentação decorrente da tradição de forte individuação das disciplinas, saberes e áreas de atuação, assim como o risco de fragmentação das equipes e de seus respectivos projetos de trabalho em relação ao projeto institucional.

A estratégia que enseja um amálgama frente à tendência à fragmentação é a comunicação, como apontado pela maioria dos gerentes entrevistados. Comunicação no sentido da prática comunicativa que, sobre o pano de fundo do mundo da vida, da própria cultura institucional, mesmo tensionada pelo questionamento dos valores e das crenças que a sustentam e dos saberes tecnológicos das várias áreas que compõem o campo da saúde, enseja o entendimento em torno das proposições e do horizonte normativo compartilhado. Frente a situações problemáticas que rompem as possibilidades de compartilhamento nos planos objetivo, normativo e expressivo, os sujeitos se colocam em posição de discurso e, com base na argumentação crítica mútua intersubjetiva, constroem novos consensos em torno de proposições e valores novos ou repactuados.

No entanto, a prática comunicativa só aparece no relato de seis gerentes, os mesmos que apresentam, simultânea e articuladamente, tanto a concepção do trabalho em equipe com elaboração e problematização do tema integrada à reflexão sobre a mudança do modelo assistencial e, portanto, dos valores subentendidos, como uma prática de gerenciamento com um elenco mais amplo de instrumentos do que os demais depoentes e a aplicação consistente dessas ferramentas. Ou seja, esses seis gerentes citam os instrumentos do trabalho gerencial que usam para promover o trabalho em equipe de modo a expressar uma atuação comunicativa. Isso sugere que a própria concepção mais elaborada de trabalho em equipe pode levar às demais elaborações reflexivas.

Os demais gerentes dividem-se em dois grupos: o dos que têm uma concepção com elaboração e problematização do tema, porém parcial e mais restrita que os anteriores, posto que referem características do trabalho em equipe mas sem reflexão sobre questões ligadas ao modelo assistencial e à integralidade, e o dos gerentes cuja concepção é sem elaboração ou problematização do tema e daqueles que só o problematizam de um único ângulo, isto é, que equiparam trabalho em equipe e trabalho coletivo e o vêem estritamente como instrumento do trabalho médico.

No primeiro grupo, o relato sobre o gerenciamento das equipes aborda em especial os instrumentos da comunicação entre os profissionais e a construção do compromisso com o projeto institucional, mas não vincula o uso dessas ferramentas ao processo de construção compartilhada do projeto de trabalho entre trabalhadores, gerente e usuários e população do território. Portanto, a atuação do gerente para promover a constituição e a sustentação de equipes de trabalho é frágil tanto na elaboração fundamentada do tema quanto na explanação de sua prática cotidiana.

Embora reúna gerentes com diferentes concepções, o segundo grupo mostra uma posição semelhante, no que toca à discussão das ferramentas para promover o trabalho em equipe, à medida que todos só referem a comunicação. Entretanto, a comunicação entre os profissionais não é mencionada por nenhum desses gerentes como característica do trabalho em equipe, mas apenas isoladamente,

quando falam sobre sua atuação para constituir equipes de trabalho. Assim, nesses depoimentos, parece conhecido o que é apenas familiar, ou seja, mostram familiaridade com o tema – em que há mesmo um consenso entre profissionais e gerentes de saúde –, mas sem o estranhamento que leva a problematizá-lo e a refletir criticamente sobre ele, ou seja, trata-se de uma concepção com pouca densidade teórica e de reflexão sobre a prática gerencial de equipes. Para esse grupo de gerentes, a comunicação é antes troca de informação que assegura o êxito das ações executadas e o alcance de objetivos estabelecidos *a priori*, sem participação ou compartilhamento entre os envolvidos e, portanto, ferramenta da ação instrumental e estratégica.

A análise e a interpretação dos depoimentos permitem identificar três diferentes graus de elaboração e problematização do trabalho em equipe por parte dos gerentes centrais dos serviços estudados, e cada grupo mostra coerência entre a concepção, a percepção sobre a organização do trabalho e as ferramentas do trabalho gerencial para a promoção de equipes de saúde.

Cumprir destacar que os depoimentos do grupo de gerentes que apresentam um elenco amplo e consistente de ferramentas com potência para se constituírem e consolidarem equipes de trabalho revelam-nos mediadores e articuladores da política pública de saúde para o cotidiano de trabalho nos serviços, assim como que atuam nas várias dimensões da gerência e gestão em saúde – técnica, política e comunicativa. Nesse sentido, é preciso que os gerentes contem com uma política de recursos humanos em saúde ou de gestão do trabalho que, por um lado, estimule o envolvimento e compromisso dos trabalhadores com os usuários e a população do território e com a elaboração conjunta de um projeto de trabalho do serviço e das equipes e, de outro, combata a flexibilização e a precarização das relações de trabalho. Ao lado disso, evidencia-se a necessidade de definição e continuidade de uma dada política de saúde, com seus respectivos modelos de atenção e processo de trabalho em saúde.

Tanto a política de recursos humanos e de gestão do trabalho como a política de saúde e o modelo assistencial constituem ferramentas para os gerentes centrais dos serviços articularem trabalhadores e usuários e população em torno de

um projeto de atenção à saúde que expresse os interesses dos sujeitos sociais envolvidos no processo e seja reconhecido e preservado como legítimo e pertinente às necessidades de saúde da população. Esse projeto de atenção consiste no eixo do projeto institucional em torno do qual as equipes de saúde articulam seus respectivos projetos. Portanto, há diversas instâncias de projeto que devem ser articuladas pela interação dos sujeitos.

Finalmente, destaca-se que a reflexão e a implementação de arranjos de organização do trabalho na modalidade de equipes remete, da perspectiva dos gerentes centrais de serviços de saúde, à reflexão e à atuação no sentido da mudança das práticas de saúde, visto que a tematização do trabalho em equipe está ancorada na integralidade da saúde. O que se quer sublinhar é que a reflexão sobre o trabalho em equipe de saúde remete de imediato à reflexão sobre o modelo assistencial não só no sentido da produção e distribuição dos serviços quanto ao acesso e à integração da rede de serviços, mas também no que se refere ao modelo de atenção como modelo tecnológico, ou seja, sobre o processo de trabalho em saúde e os processos de trabalho operados pelos diferentes profissionais de saúde, em suas dimensões tecnológica e interativa. E é nessa dupla entrada – trabalho e interação – que se encontram espaços para se constituir e sustentar o trabalho em equipe de saúde, particularmente numa prática comunicativa orientada para o trabalho, isto é, para a atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço.

Trata-se, portanto, de deslocar o trabalho em equipe da tradição estritamente biomédica, centrada na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços, para uma racionalidade baseada nas necessidades de saúde e na abordagem e na negociação em face das necessidades pautadas na intersubjetividade, na integralidade da saúde e na interdisciplinaridade.

Referências

Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2001;5(9):150-3.

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1997;2(1/2):5-20.

Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco; 2005. p. 221-40.

Antunes R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995.

Antunes R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):455-64.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2003.

Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):183-95.

Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-231. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

Ayres JRCM. Teoria do trabalho e construção de conhecimento em saúde coletiva: para uma epistemologia reconstruída como práxis emancipadora. *Divulg Saúde Deb.* 1996;14(1):13-6.

Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997a.

Ayres JRCM. Deve-se definir transdisciplinaridade? *Ciênc Saúde Coletiva*. 1997b;2(1/2):36-8.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(1):63-72.

Ayres JRCM. Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004;8(14):73-91.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):549-60.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-83. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

Bachelard G. *A epistemologia*. Lisboa: Edições 70; 1984.

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação do mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004;3(1):15-24.

Bichaff R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. Brasília: IGE/UNB; 2004. Co-gestão; p. 179-81.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil. Formação*. 2001;1(1):47-72.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006a [citado 2007 jul. 17]. Disponível em: <http://dtr201.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde [periódico na Internet]. 2006c; 3(1): [cerca de 180 p]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf

Braverman H. Trabalho e capital monopolista. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.

Camargo Junior KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ Abrasco; 2003. p. 35-44.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1260-8.

Campos GWS. Considerações sobre o processo de administração e gerência dos serviços de saúde. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1989a. p. 9-31. (Coleção Saúde em Debate).

Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1989b. p. 53-60. (Coleção Saúde em Debate).

Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. Saúde Deb. 1992;(37):16-9.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66. (Coleção Saúde em Debate).

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(4):863-70.

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

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000a. (Coleção Saúde em Debate).

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000b;5(2):219-30.

Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. (Coleção Saúde em Debate).

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. 1997;13(1):141-4.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referências: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.

Capucci PF. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 43-73.

Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 1993.

Carvalho RRP. Privatização dos serviços de saúde: repercussão ética sobre o exercício profissional e o processo de formação dos médicos. *Rev Bras Enferm*. 2000;24(1):72-6.

Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referências na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):507-15.

Castanheira ERL. Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996a.

Castanheira ERL. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: programa e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996b. p. 222-33. (Coleção Saúde em Debate).

Cattani AD. Gestão participativa. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 107-14.

Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/Cepesc/Abrasco; 2005. p.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 197-210.

Chanlat JF. Modos de gestão saúde e segurança no trabalho. In: Davel EP, Vasconcelos JGM, organizadores. Recursos humanos e subjetividade. Petrópolis: Vozes; 1996. p. 118-28.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resource for health: overcoming the crisis. Lancet. 2004;364:1984-990.

Cherchiglia ML. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU? Natal: EDUFRN; 1999. p. 367-385.

Cherchiglia ML. La gestión del trabajo en América Latina y el Caribe: tensiones y conciliación entre “la vieja y la nueva agenda”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004. (Série HR – Desarrollo de Recursos Humanos).

Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. 4ª ed. São Paulo: Makron Books; 1993.

Ciampone MHT, Peduzzi M. trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2000;53(n. esp):143-7.

Crevelim MA. A participação da comunidade no programa saúde da família na perspectiva do trabalho em equipe [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(2):323-31.

Dâmaso R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: Teixeira SF, organizador. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez; 1989. p. 61-90. (Coleção Pensamento Social e Saúde, v. 3).

Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1985.

Donini AO. A reorganização da gestão de saúde em São Paulo. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 31-42.

Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Adm Pública.* 1992;26(2):8-19.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):633-41.

Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JT, Rocha LE, Rigotto RM, organizadores. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.* Petrópolis: Vozes; 1994. cap. 3, p. 33-55.

Falcon F. Mercantilismo e transição. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. (Coleção Tudo é História).

Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(5):1229-41.

Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1995.

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

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(18):489-506.

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: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(2):262-8.

Foucault M. Microfísica do poder. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudanças do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124. (Coleção Saúde em Debate).

Gallo E. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; 1995. (Coleção Saúde em Debate).

Garay A. Gestão. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 105-6.

Gianotti JA. Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade. São Paulo: Brasiliense; 1983.

Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALA, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp; 2002. p. 221-56.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Habermas J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70; 1994.

Habermas J. Teoria de la acción comunicativa. I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 2001.

Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Península; 1986. (Historia,Ciencia,Sociedad, 152).

Heller A. Sociología de la vida cotidiana. 3ª ed. Barcelona: Península; 1991.

Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. Lancet. 2004;364:1451-6.

Ingram H, Desombre T. Teamwork in health care: lessons from the literature and from good practice around the world. J Manag Med. 1999;13(1):51-8.

Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinariedade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. Psicol Reflex Crit. 2003;6(3):483-90.

Jacob Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 440-50.

Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Junqueira V. Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). 2ª ed. rev. São Paulo: Instituto Polis/PUC-SP; 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das Políticas Públicas da cidade de São Paulo, 3).

Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Lambertsen EC. Equipe de enfermagem: organização e funcionamento. Rio de Janeiro: ABEn; 1966.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.

Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

Liedke ER. Trabalho. In: Cattani AD, organizador. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 268-74.

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20(n. esp.):86-91.

Lopes NM. Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar. Coimbra: Quarteto; 2001.

Lorimer W, Manion J. Team-based organizations: leading the essential transformation. *PFCA Rev.* 1996;15-9.

Machado MH, Médici AC, Nogueira RP, Girardi SN. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 1992.

Martins MIC, Dal Poz M. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 1998;8(2):125-46.

Marx K. O capital. 14^a ed. São Paulo: Difel; 1994. v.1.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 45-59.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1411-6.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no programa saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(16):9-24.

McCallin AM. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs.* 2001;10(4):419-28.

McCallin AM. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag.* 2003;11(6):364-70.

McCallin AM. Interdisciplinary researching: exploring the opportunities and risks of working together. *Nurs Health Sci.* 2006;8(2):88-94.

McCarthy T. La teoría crítica de Jürgen Habermas. 3^a ed. Madrid: Tecnos; 1995.

Médici AC, organizador. Textos de apoio. Planejamento: I - recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/Abrasco; 1987.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 19-91.

Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 - Série Textos).

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

Mendes-Gonçalves RB. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”. In: Gallo E. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 13-31. (Coleção Saúde em Debate).

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112. (Coleção Saúde em Debate).

Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-36. (Coleção Saúde em Debate).

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 276-82,

Miller C, Freeman M, Ross N. Interprofessional practice in health and social care: challenging the shared learning agenda. London: Arnold; 2001.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Mishima SM. A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

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 SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

Montanari PM. Das práticas e saberes em saúde mental: o cotidiano do trabalho em hospital dia infantil, no Município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Morimoto R, Kon R. A modernização da gerência hospitalar em São Paulo. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 301-15.

Mota A, Silva JA, Schraiber LB. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS; 2004.

Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1995.

Mucchielli R. O trabalho em equipe. São Paulo: Martins Fontes; 1980. (Coleção Formação Permanente em Ciências Humanas).

Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga G, et al. Responding to the global human resources crisis. Lancet. 2004;363:1469-72.

Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. In: Médici AC, organizador. Texto de apoio Planejamento I: recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Programa de Educação Continuada; 1987.

Nogueira RP. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde - CADRHU? Natal: EDUFRN; 1999. p. 109-23.

Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana ALA, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp; 2002. p. 257-73.

Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.

Nunes ED, organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. (Coleção Pensamento Social e Saúde, 5).

Nunes ED. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: Canesqui AM, organizadora. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995.

Offe C. Capitalismo desorganizado. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Perfil mundial de los trabajadores sanitarios [texto na Internet]. Ginebra; 2006. [citado 2007 jul. 15]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Organización Mundial de la Salud (OMS). 140ª Sesión del Comité Ejecutivo. CE140/11. Plan de Acción de Recursos Humanos para la Salud: 2007-2015 [texto na Internet]. Ginebra; 2007. [citado 2007 jul. 15]. Disponível em: <http://paho.org/spanish/gov/ce/ce140-11-s.pdf>

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Ronquaryol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 473-87.

Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em Saúde; 2002.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim JS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Pedrosa JIS, Telles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2001;35(3):303-11.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho Educ Saúde*. 2003;1(1):75-91.

Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 269-276.

Peduzzi M, coordenadora. Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. [citado 2007 jul. 15]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/re1092.pdf>

Peduzzi M, Schraiber LB. Equipe multiprofissional de saúde: enfoques e conceituações. [Apresentado no 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 1994; Recife/Olinda].

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 199-207.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Castilho EA, Alves VAF, Cerri GC, editores. *Clínica médica*. Barueri: Manole; 2007. No prelo.

Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros AFR, organizador. *Observatório*

de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 51-70.

Pires DE. Divisão social do trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006a. p. 87-92.

Pires DE. Divisão Técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006b. p. 92-7.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):438-46.

Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 1976.

Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay G, Berns S. The potencial for improved the teamwork to reduce medical errors in the emergency department. Ann Emerg Med. 1999;34(3):373-83.

Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. Cad Saúde Pública. 1996;12(3):357-72.

Rivera FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):355-65.

Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-35.

Rivera FJU, Artmann E. A liderança como intersubjetividade lingüística. Interface Comunic Saúde Educ. 2006;10(20):411-26.

Robbins SP. Comportamento organizacional. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2005.

Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):460-8.

Rozendo CA. Liderança na enfermagem: refletindo sobre o mito [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

Ruf A. Mas, afinal, quem é o sujeito da mudança? Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das práticas de saúde do Programa Saúde da Família [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.

Sabroza PC. Concepções sobre saúde e doença [texto na Internet]. [citado 2005 maio 10]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/principais/index-varal.html>

Santana JP. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS; 1997.

Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2000.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado 01 de 25 de janeiro de 2001. Diretrizes gerais para SMS – Documento 1. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo; 2001;48(18):10-2.

São Paulo (cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Lei n. 13.399 de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal [legislação na Internet]. São Paulo; 2002 [citado 2004 ago. 27]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0026>

São Paulo (cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Decreto 46.209, de 15 de agosto de 2005. Dispõe sobre a transferência das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras que especifica para a Secretaria Municipal da Saúde [legislação na Internet]. São Paulo; 2005a. [citado 2006 nov. 10]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=16082005D%20462090000

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família. Documento norteador: compromisso das unidades básicas com a população. São Paulo; 2005b.

Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface Comunic, Saúde Educ. 2005;9(18):521-36.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487-94.

Schofield RF, Amodeo A. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? *Health Social Work*. 1999;24(3):210-9.

Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec; 1989.

Schraiber LB, organizadora. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde Deb*. 1995a;(47):28-35.

Schraiber LB. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995b;29(1):63-74.

Schraiber LB. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad Saúde Pública*. 1995c;11(1):57-64.

Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997a.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface Comunic Saúde Educ*. 1997b;1(1):123-38.

Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Med Salud*. 1993;27(3):295-313.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidade de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47. (Coleção Saúde em Debate).

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

Siebeneichler FB. Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

Silva GR. Prefácio. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. Unesp; 2003. p. 17-20.

Silva IZQJ, Bomfim LA. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(16):25-38.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 63

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso de centros de referências para DST/Aids. *Rev Saúde Pública.* 2002;364 Supl 4:108-16.

Silva PLB, Costa NR. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: Negri B, Faria R, Viana ALA, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp; 2002. p. 275-85.

Silva LIMC, Peduzzi M. Os recursos humanos de enfermagem da perspectiva da força de trabalho: análise da produção científica. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(n. esp):589-96.

Sobrinho EHMA. São Paulo de volta ao Brasil e à Constituição. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 25-30.

Spagnol CA. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus “nós”? [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Tanaka OY, Nemes MIB, Novaes HMD, Bastos MG, César CLG, Riedel LF et al. Formação de gestores locais de saúde: processo para identificar estratégias de atuação. *Rev Saúde Pública.* 1999;33(3):219-29.

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

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 89-111.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):443-53.

Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes HMD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):577-606.

Wachs JE. Building the occupational health team: keys to successful interdisciplinary collaboration. *AAOHN J*. 2005;53(4):166-71.

Wiecha J, Pollard T. The interdisciplinary eHealth team: chronic care for the future. *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e22.

Wikipedia [encyclopedia on the Internet]. Accountability. [cited 2007 Jul 10]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/accountability>

Zwarenstein M, Reeves S. What's so grate about collaboration? We need more evidence and less rhetoric [editorial]. *BMJ*. 2000;320(7241):1022-3.

Anexos

Anexo 1

ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA GERENTES (Trabalho em equipe)

I) Identificação do entrevistado

Nº de entrada _____

1. Nome do entrevistado _____
2. Serviço de saúde em que está inserido _____
3. Cargo e/ou função no serviço _____
4. Categoria profissional _____
5. Idade _____ 6. Sexo _____
6. Escolaridade
Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( )
Superior incompleto ( ) Superior completo ( )
Especialização ( ) completo ( ) incompleto Área: _____
Mestrado ( ) completo ( ) incompleto Área: _____
Doutorado ( ) completo ( ) incompleto Área: _____
8. Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional _____
9. Tempo de trabalho no serviço de saúde estudado _____

II) Roteiro de entrevista

1. O que é trabalho em equipe para você. Se necessário pedir para caracterizar o que entende por trabalho em equipe e descrever exemplos ou casos ilustrativos.
2. Este serviço está organizado segundo o trabalho de cada profissional ou segundo o trabalho em equipe.
3. Porque o trabalho está organizado desta forma e quais as vantagens.
4. Como podem ser identificadas as equipes de trabalho neste serviço, ou seja, quais os critérios de composição das equipes.
5. Quais os instrumentos ou ferramentas que contribuem para a organização do trabalho em equipes.
6. Você pensa que a educação em serviço contribui ou não contribui para a implementação do trabalho em equipe? Caso afirmativo, porque e como a educação em serviço contribui para o trabalho em equipe.

Anexo 2

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

☎ Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de janeiro de 2005.

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Marina Peduzzi

Ref.: Processo nº 423/2004/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “ANÁLISE DE RESULTADOS E IMPACTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3

Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 20 de abril de 2005.

PARECER Nº034/2005 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa "*Análise de resultados e impacto dos processos educativos de trabalhadores de saúde no sistema de saúde.*" – CAAE0020.0.162.000-05, de autoria do(a) pesquisador(a) **Marina Peduzzi**.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO

Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).
Marina Peduzzi
Nesta

Anexo 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____ inserido no serviço de saúde _____, autorizo a utilização das informações fornecidas por mim através de entrevista gravada em fita K7 para a realização da pesquisa intitulada *Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados*, que tem o objetivo geral de analisar os processos educativos de trabalhadores de saúde e enfermagem em serviços de saúde da região da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Butantã, Município de São Paulo, para sua caracterização e conhecimento do levantamento de necessidades e dos resultados e impactos esperados. Para tanto, os objetivos específicos do estudo são: a) identificar os processos educativos de trabalhadores de saúde e enfermagem no cenário de estudo; b) analisar e classificar os processos educativos de trabalhadores identificados; c) analisar o levantamento de necessidades e os resultados e impactos esperados com a implantação dos processos educativos de trabalhadores; d) identificar parâmetros e critérios de avaliação de resultados e impactos dos processos educativos de trabalhadores; e e) identificar a composição das equipes em cada serviço estudado e as relações entre trabalho em equipe e processo educativos

A coleta de dados sobre os processo educativos de trabalhadores de saúde deste serviço será realizada por meio da aplicação de um questionário (Anexo), junto ao gerente geral ou diretor técnico do serviço e, se necessário, a seguir, junto às chefias ou responsáveis pelos diferentes setores e/ou áreas de trabalho, até obter as informações mais completas possíveis para a caracterização dos processos educativos.

Tenho conhecimento do caráter científico da investigação proposta, na qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa ou instituição. Estou ciente de que não haverá identificação pessoal ou institucional e que as informações fornecidas serão confidenciais.

_____/_____/____

Pesquisador responsável pela investigação: Profa. Dra. Marina Peduzzi

Assinatura do pesquisador responsável pela investigação _____

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Departamento de Orientação Profissional. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. CEP: 05403-000. São Paulo-SP. Telefone: (11) 3066-7552.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 2º andar, Telefone: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

Anexo 5

Análise transversal das entrevistas – síntese das concepções

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Características do trabalho em equipe
UBS-A	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 3 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial da atenção integral	Comunicação entre os profissionais (trocas, conversas) Articulação entre os profissionais Complementaridade e o sinergismo do trabalho dos diferentes componentes da equipe
UBS-B	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Trabalho em equipe é poder contar com outras especialidades médicas e com outros profissionais Comprometimento com o serviço e com o usuário
UBS-C	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 2 características + integralidade - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial do PSF e atenção integral	Integralidade da saúde Comunicação entre os profissionais (trocas, conversas, discussão dos casos) Compartilhamento das abordagens dos pacientes (compartilhar diferentes conhecimentos para potencializar a ação em saúde)
UBS-D	Concepção com elaboração e problematização do tema 2 características	Comunicação entre os profissionais (discussão, conversas, trocas de saberes e formas de atuar) Construção de uma linguagem comum da equipe
UBS-E	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Diz que nenhum profissional de saúde consegue trabalhar sozinho em serviços de saúde, sempre está “atrelado” a outro profissional. Isso configura o trabalho coletivo, portanto, a entrevistada não distingue trabalho coletivo e trabalho em equipe, faz uma equivalência entre ambos O trabalho em equipe caracteriza-se por ter um objetivo comum
UBS-F	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Identifica as equipes com as áreas ou setores de trabalho (enfermagem, SAMI) O entrevistado não distingue trabalho coletivo e trabalho em equipe, faz uma equivalência entre ambos diz que: “o gerente deve fazer com que os trabalhadores sintam que fazem parte de um todo” da ‘equipe como um todo’
UBS-G	Concepção com elaboração e problematização do tema 3 características	Comunicação entre os profissionais (É construído por meio da comunicação entre os profissionais) O trabalho em equipe tem um projeto comum Tem objetivos comuns
UBS-H	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Identifica o trabalho em equipe com a colaboração entre os trabalhadores (enfermagem e apoio administrativo) para cobertura de todos os horários de funcionamento do serviço sem brigas, inclusive a cobertura entre a turma da manhã e turma da tarde

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Características do trabalho em equipe
UBS-I	Concepção com elaboração e problematização do tema 3 características	Comunicação entre os profissionais Responsabilização de todos os trabalhadores do serviço pelo usuário Flexibilização da divisão de trabalho (“não especificidade de cada profissional” pois, embora exista a especificidade, todos são responsáveis pelos usuários do serviço e existe um leque de atividades que deveriam ser assumidas por todos pelo interesse do usuário/população de referência)
UBS-J	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 5 características + integralidade - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial do PSF e atenção integral	Integralidade da saúde (como lidar com o fracasso da equipe ao tentar abordar a integralidade?) Comunicação entre os profissionais Articulação entre os profissionais com base em um projeto e objetivos comuns Responsabilização profissional interfere
UBS-S	Ausência de elaboração e problematização do tema	Diz que o trabalho em equipe permite uma “visão mais ampla sobre o que acontece com o paciente” “você tem o todo daquele paciente, caso”. Contudo, a entrevistada não argumenta no sentido da integralidade da saúde, fala de “um todo do paciente” com uma conotação abstrata e genérica, sem fundamentação.
UBS-T	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Diz que nenhum profissional de saúde consegue trabalhar sozinho em serviços de saúde onde há muitos e diferentes profissionais atuando (poderia trabalhar sozinho em consultório). Isso configura o trabalho coletivo, portanto, a entrevistada não distingue trabalho coletivo e trabalho em equipe, faz uma equivalência entre ambos. Diz que o serviço tem que funcionar e, portanto todos os trabalhadores que ali atuam precisam trabalhar juntos, em cooperação.
UBS-U	Concepção com elaboração e problematização do tema 3 características	Comunicação entre os profissionais (aprendizado mútuo) Reconhecimento do trabalho dos demais membros da equipe (reconhecer e aproveitar o trabalho do outro para enriquecer o próprio trabalho) Arguição da desigual valoração social dos diferentes trabalhos especializados (Aprendizado mútuo entre os diferentes profissionais, mas isso requer que os profissionais possam questionar o trabalho do colega sem que isso seja percebido como um ataque pessoal)
SE-K	Concepção de trabalho em equipe de saúde como instrumento do trabalho do médico A elaboração e problematização do tema é feita apenas deste ângulo	Diz que a complexidade do doente e da patologia impede que se trabalhe sozinho e requer o apoio de outros profissionais na modalidade de trabalho em equipe (aqui o entrevistado não está fazendo uma equivalência entre trabalho coletivo e trabalho em equipe ao dizer que ninguém trabalha sozinho está se referindo a complexidade dos doentes de da patologia)

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Características do trabalho em equipe
SE-L	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 3 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo de atenção à saúde mental orientado pela promoção da saúde mental, cidadania e re-inserção dos usuários/população do território no tecido social	Comunicação entre os profissionais Construção de um projeto assistencial comum Construção de uma linguagem comum Flexibilização da divisão de trabalho – O trabalho da equipe não está baseado nas especificidades do trabalho de cada área profissional que compõe a equipe
SE-M	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 2 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo de atenção à saúde mental orientado pela promoção da saúde mental, cidadania e re-inserção dos usuários/população do território no tecido social	Comunicação entre os profissionais (destaca a comunicação, mas assinala que o trabalho em equipe gera muitas polêmicas e conflitos entre os seus integrantes) Compartilhamento das abordagens dos pacientes (O trabalho em equipe justifica-se pela “complexidade dos casos”, pois a equipe pode propiciar multi-terapêuticas que tendem a produzir bons resultados para os usuários)
SE-N	Concepção com elaboração e problematização do tema 2 características	Comunicação entre os profissionais (trocas, conversas, trocas de saberes) Reconhecimento do papel ou trabalho dos demais membros da equipe (que cada área profissional delimite seu papel ou trabalho, que o profissional reconheça o seu próprio trabalho e o trabalho dos outros)
H e PS-O	Ausência de elaboração e problematização do tema	Os profissionais devem buscar realizar o trabalho em equipe “de forma harmoniosa” (uma concepção de trabalho em equipe que supõe a inexistência ou supõe minimizar ao máximo a presença de conflitos e contradições entre os diferentes profissionais em situação de trabalho coletivo e trabalho em equipe, portanto uma concepção abstrata e superficial).
H e PS-P	Concepção com elaboração e problematização do tema * 2 característica + integralidade	Comunicação entre os profissionais (trocas, conversas) Complementaridade e interdependência das atividades dos diferentes membros da equipe Integralidade da saúde (a atenção integral à saúde torna necessário o trabalho em equipe multiprofissional) Por um lado, o entrevistado diz que o trabalho dos demais profissionais de saúde “auxiliam” o trabalho do médico, ou seja, são instrumentos do trabalho do médico, de modo a torná-lo mais efetivo e eficiente, visto que “a gente não faz nada sozinho”

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Características do trabalho em equipe
H e PS-Q	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	O entrevistado não faz distinção entre trabalho em equipe e trabalho coletivo, do conjunto dos trabalhadores do serviço, faz uma equivalência entre ambos. Quando faz referência ao sinergismo mostra de forma clara e contundente que está considerando “a força de todos os integrantes da instituição”
H e PS-R	Concepção com elaboração e problematização do tema 2 característica	Compartilhamento das abordagens dos pacientes Preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais (As especificidades de cada uma das áreas devem ser reconhecidas e preservadas para que possam propiciar a assistência pertinente às necessidades de saúde de cada usuário

Anexo 6

Análise transversal das entrevistas – síntese das concepções, percepção da organização do trabalho, e instrumentos do T em equipe

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Organização do trabalho – equipe ou individualizado por profissional	Instrumentos para a promoção do trabalho em equipe
UBS-A	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 3 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial da atenção integral	Trabalho em equipe	Comunicação Postura do gerente Promover a autonomia das equipes Mudança da cultura institucional Articulação das equipes e da rede de equipes Liderança
UBS-B	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação
UBS-C	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 2 características + integralidade - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial do PSF e atenção integral	Trabalho em equipe nas ESF e trabalho individualizado por profissional entre os demais trabalhadores do serviço	Comunicação Postura do gerente Compromisso com o projeto institucional Promover a autonomia das equipes Articulação das equipes e da rede de equipes
UBS-D	Concepção com elaboração e problematização do tema - 2 características	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação Compromisso com o projeto institucional
UBS-E	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo (a elaboração e problematização do tema é feita apenas deste ângulo)	Trabalho em equipe nas ESF e trabalho individualizado por profissional entre os demais trabalhadores do serviço	Comunicação
UBS-F	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação
UBS-G	Concepção com elaboração e problematização do tema 3 características	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação Compromisso com o projeto institucional
UBS-H	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação
UBS-I	Concepção com elaboração e problematização do tema - 3 características	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação Compromisso com o projeto institucional Responsabilização

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Organização do trabalho – equipe ou individualizado por profissional	Instrumentos para a promoção do trabalho em equipe
UBS-J	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 3 características + integralidade - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial do PSF e atenção integral	Trabalho em equipe	Comunicação Compromisso com o projeto institucional Promover a autonomia das equipes Responsabilização e prestação de contas Articulação das equipes e da rede de equipes Supervisão externa
UBS-S	Ausência de elaboração e problematização do tema	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação
UBS-T	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	Trabalho individualizado por profissional	Comunicação
UBS-U	Concepção com elaboração e problematização do tema - 3 características	Trabalho individualizado por profissional	Promover a autonomia das equipes Compromisso com o projeto institucional Supervisão externa
SE-K	Concepção de trabalho em equipe de saúde como instrumento do trabalho do médico (a elaboração e problematização do tema é feita apenas deste ângulo)	Trabalho individualizado por profissional à exceção da área de saúde mental	Comunicação
SE-L	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 3 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo de atenção à saúde mental orientado pela promoção da saúde mental, cidadania e re-inserção dos usuários/população do território no tecido social	Trabalho em equipe	Comunicação Compromisso com o projeto institucional Articulação das equipes e da rede de equipes Supervisão externa

Gerente	Concepção sobre trabalho em equipe	Organização do trabalho – equipe ou individualizado por profissional	Instrumentos para a promoção do trabalho em equipe
SE-M	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 2 características - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo de atenção à saúde mental orientado pela promoção da saúde mental, cidadania e re-inserção dos usuários/população do território no tecido social	Trabalho em equipe	Comunicação Compromisso com o projeto institucional
SE-N	Concepção com elaboração e problematização do tema - 2 características	Trabalho em equipe	Comunicação Supervisão externa
H e PS-O	Ausência de elaboração e problematização do tema	O gerente não delimita o modelo de organização do trabalho	Comunicação
H e PS-P	Concepção com elaboração e problematização do tema * - 2 característica + integralidade - problematiza o trabalho em equipe por referência ao modelo assistencial da atenção integral	Trabalho individualizado por profissional com trabalho em equipe em alguns setores (UTI e oncologia)	Comunicação Postura do gerente Compromisso com o projeto institucional
H e PS-Q	Equivalência entre trabalho em equipe e trabalho coletivo	O gerente não delimita o modelo de organização do trabalho	
H e PS-R	Concepção com elaboração e problematização do tema - 2 característica	Trabalho individualizado por profissional	Compromisso com o projeto institucional Liderança