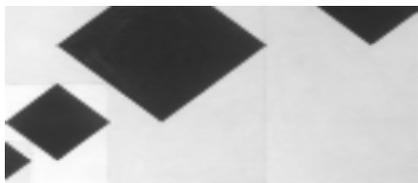


# O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais



Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva<sup>1</sup>  
Leny A. Bomfim Trad<sup>2</sup>

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

Work in multi-professional teams is considered an important premise for the reorganization of the work process in the scope of the Family Health Program -PSF, seeking for an integral approach that is more efficient in resolving health problems. It implies in changes in the organization of work and in the patterns of individual and collective activity, lending support to a greater integration among the professionals and within the activities they carry out. This study analyzed the experience of a PSF team in a community in the State of Bahia, attempting to identify evidence of articulation between action and interaction among the professionals of that team directed towards the construction of a common health care project. Focus groups, participant observation and semi-structured interviews were the research techniques utilized in this study. The data disclosed the occurrence of articulations between the actions developed by different professionals, although there were some limitations. In terms of interaction directed towards the construction of a common project, one of the favorable aspects identified was the fact that different professionals partook of some decisions with respect to the dynamics of the unit. On the other hand, it was observed that planning actions tends to be an individual activity that is concentrated in the hands of professionals with higher education.

KEY WORDS: Team work; Health Family Program; technical articulation; professional interaction.

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

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho em equipe; Programa de Saúde da Família; articulação técnica; interação profissional.

---

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde Salvador. <jcarlos@ufba.br>

<sup>2</sup> Professora, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). <trad@ufba.br>

## Introdução

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

É neste contexto que o Programa de Saúde da Família (PSF), desenhado inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, vem se apresentando, em vários municípios, como estratégia de reorientação da atenção primária da saúde ou do modelo de atenção como um todo. O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características do PSF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (Brasil, 1997; 2001).

A composição das equipes do PSF vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Inicialmente eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 1997). No ano 2000, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal acompanhava as famílias cadastradas por duas equipes de PSF<sup>3</sup>.

A equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersectoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (Brasil, 2002).

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de *“conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações”* (Brasil, 2001, p.74).

De acordo com Schraiber et al. (1999), o fato de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões, complexifica o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto. Neste sentido, a totalidade das ações demandadas no campo da saúde não pode se realizar pela da ação isolada de um único agente. Coloca-se, pois, a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, seja no interior de uma mesma área profissional ou na relação inter-profissional. Segundo os autores, a idéia de recomposição na

<sup>3</sup>A partir de 2003, a Portaria nº 573/GM reviu as normas estabelecidas anteriormente, definindo que o gestor municipal tem autonomia para definir o número de equipes de saúde bucal a serem implantadas, desde que não ultrapasse o número de equipes de PSF.

direção da atenção integral, todavia, não se tem mostrado possível pela mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho.

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

Podemos considerar que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” (Franco & Merhy, 1999, p.8), ou de que as ações sejam realizadas de forma isolada e justaposta. São reproduzidos assim vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários (Pezuzzi & Palma, 1996). Outro risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde.

É possível sugerir, então, que a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral. O trabalho de equipe é por vezes recomendado “*como se fora uma panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas das práticas de saúde decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional*” (Paim, 2002, p.444). Como salienta Schraiber et al. (1999), a eficiência e a eficácia dos serviços, nesta perspectiva, requerem uma modalidade de trabalho em equipe que traduza uma forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais.

Ao estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (Ciampon & Pezuzzi, 2000).

É preciso observar, também, como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos.

Com base nestes pressupostos, observamos a experiência do trabalho em uma equipe do PSF, buscando identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum, assim como os fatores que vêm facilitando ou dificultando a construção deste projeto.

### Metodologia

Esta investigação consistiu em um estudo de caso, do tipo exploratório. A

opção pelo estudo de caso deveu-se ao fato de este caracterizar-se como uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos em seu contexto de vida real, em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas (Yin, 1994).

Para obtenção dos dados fez-se uso combinado de três técnicas: observação participante, grupo focal e entrevista semi-estruturada, corroborando com as considerações de Minayo (1992) de que uma característica peculiar do estudo de caso é a flexibilidade metodológica, permitindo a inclusão de múltiplos recursos de coleta de dados.

O estudo foi desenvolvido em um município baiano de grande porte, cuja escolha deveu-se às seguintes razões: 1) estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde; 2) ter uma cobertura significativa do PSF; 3) ser considerado referência em termos de implantação e implementação do programa; 4) ter sido alvo de estudo anterior de avaliação qualitativa do PSF<sup>4</sup>, coordenado por um dos autores, o que implicou acesso facilitado a um banco de dados que eventualmente poderia ser consultado; 5) constituir, desde 1998, campo de prática do curso de especialização em Saúde da Família, sob a forma de Residência, com enfoque no trabalho em equipe multidisciplinar.

<sup>4</sup> A Construção Social da Estratégia de Saúde da Família: Condições, Sujeitos e Contextos (Trad et al., 2001)

Para escolha da equipe utilizamos os seguintes critérios: 1) tempo mínimo de um ano de trabalho conjunto; 2) reconhecimento por parte da coordenação municipal de que esta equipe é a que trabalha de forma mais integrada; 3) disponibilidade da equipe em participar da investigação.

O trabalho de campo ocorreu em um intervalo de seis meses de forma intermitente. Após alguns dias de observação, foi realizado um grupo focal com a participação de todos os profissionais. As entrevistas foram realizadas numa segunda ida. Utilizou-se um roteiro-guia, anteriormente testado, de forma bastante flexível, adequando-se as perguntas ao nível de escolaridade e ocupação dos profissionais. A entrevista abordou, entre outros aspectos, o trabalho de cada um e as possíveis conexões entre as ações dos distintos profissionais no interior da equipe.

Com base na literatura sobre trabalho em equipe, mais especificamente nas contribuições de Peduzzi (1998; 2001) e Schraiber et al. (1999), elegemos as seguintes categorias de análise:

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

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

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

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia tendo recebido parecer favorável.

## Resultados e discussão

### Articulação técnica: uma possibilidade no PSF

Quase todos os sujeitos entrevistados fizeram referência a situações de trabalho em que colocam em evidência a articulação das ações. De modo geral, os profissionais expressaram que em algum momento do seu trabalho buscam os demais membros da equipe para trocar informações, visando, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas. Observamos que, no que se refere aos profissionais de nível superior, estas trocas se dão, na maioria das vezes, durante o próprio atendimento. Com efeito, a articulação ocorre no trabalho com o outro e por meio da comunicação, da mediação simbólica da linguagem, que pressupõe sujeitos em inter-relação (Peduzzi, 1998). As conexões entre as diferentes ações ou atividades são ativas e conscientemente colocadas em evidência pelos agentes que as realizam.

Enquanto a médica procura a enfermeira para esclarecer dúvidas sobre vacina, notificação e encaminhamentos para a rede de referência do SUS, esta demanda a médica a buscar soluções para os problemas apresentados nas consultas que realiza com gestantes ou crianças menores de cinco anos. No que diz respeito às crianças, a troca de informação se refere aos problemas não contemplados pela estratégia AIDPI (Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância).

Observamos, ainda, uma certa articulação entre as ações desenvolvidas pela médica e enfermeira com aquelas realizadas pela dentista. Esta se dá, principalmente, durante o encaminhamento de hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças menores de cinco anos. Nestes casos, tanto a médica quanto a enfermeira repassam pessoalmente à dentista tudo que consideram importante sobre o paciente, aproveitando para chamar a atenção para algum aspecto que tenham percebido durante o atendimento: manchas na boca, especialmente no palato, sangramento na gengiva etc. Percebe-se também um movimento contrário que se dá quando a dentista, ao verificar a pressão arterial dos pacientes adultos, detecta algum com pressão alta ou, ao olhar o cartão de vacina das crianças atendidas no consultório, identifica que o mesmo está incompleto. Quando situações como estas ocorrem, geralmente a dentista leva o problema ao conhecimento da profissional de referência. É possível perceber um esforço, por parte destes profissionais, em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções técnicas que executam.

No que diz respeito à articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de nível superior e aquelas desenvolvidas pelos demais membros da equipe, observamos que esta é mais freqüente entre a médica e enfermeira com os agentes comunitários. A médica e a enfermeira estão constantemente trocando informações com os agentes comunitários, ainda que com objetivos diferenciados. Enquanto a enfermeira utiliza as informações dos agentes comunitários para planejar (visita domiciliar, intensificação vacinal etc), a médica está sempre buscando informações sobre os pacientes que acompanha.

Os agentes comunitários, por sua vez, buscam orientações com as duas profissionais para o encaminhamento das diversas situações encontradas na

área. Foi possível identificar o movimento bi-direcional dos agentes comunitários, tal como apontado por Nunes et al. (2002): aqueles que, de um lado, informam à população “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema médico oficial e que, por outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

As auxiliares de enfermagem informaram que, quando surge alguma dúvida durante o desenvolvimento de suas ações, procuram a enfermeira ou a médica, a depender do caso, mas nem sempre vão até elas apenas para esclarecer alguma situação. Algumas vezes a procura tem o objetivo de resolver algum problema que, quase sempre, diz respeito à triagem. Além da articulação, existe também uma demanda de cooperação no trabalho por parte das auxiliares de enfermagem.

Já o contato dessas profissionais com os agentes comunitários se restringe à presença dos agentes nas visitas domiciliares e agendamento de alguns casos. Observamos que, durante a visita domiciliar por parte dos demais membros da equipe, o papel do agente comunitário tem sido apenas o de indicar a residência. Geralmente este não é envolvido no processo. Sendo assim, não é estabelecida propriamente uma articulação. Esta situação também foi constatada por Bastos (2003).

Vale registrar que nenhum membro da equipe mencionou qualquer conexão entre as ações que desenvolve e aquelas realizadas pela assistente de consultório dentário. Esta, por sua vez, informou que o contato maior é com a dentista, que repassa diariamente as tarefas que deve desempenhar e demonstrou conhecer pouco do trabalho dos demais profissionais. Sobre este ponto, concorda-se com Schraiber et al. (1999): a articulação das ações ou dos trabalhos requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde.

De todo modo, com base em Peduzzi (1998), é possível afirmar a existência de articulação entre as ações executadas pela maioria dos profissionais, principalmente porque os profissionais estão buscando conhecer o trabalho do outro e incorporá-lo na execução do seu próprio trabalho. Por outro lado, observamos que a articulação está sempre voltada a um determinado fim, ou seja, a comunicação manifesta-se sobretudo para atender as demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários. Não foram observadas evidências que mostrassem a equipe buscando construir consensos e acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida. Portanto, é preciso problematizar também a dimensão comunicativa que permeia a ação técnica.

#### **A interação entre os profissionais: o desafio de construir um projeto assistencial comum**

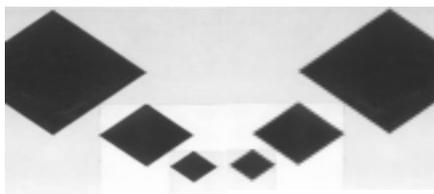
A interação é aqui entendida como construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais. Por meio dessa prática comunicativa, os profissionais constroem e executam um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários (Peduzzi, 1998; 2001; Schraiber et al., 1999). Este pressupõe a participação

de todos os membros nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho (Peduzzi, 1998).

Antes de focalizar o tema da interação, convém descrever um pouco a trajetória da equipe. De acordo com os entrevistados, o primeiro ano foi o período em que a equipe conseguiu realizar o planejamento de forma mais integrada, pois se tentou uma maior participação dos diversos profissionais. Contudo, a necessidade de responder às demandas da secretaria impediu, muitas vezes, de serem colocadas em prática as ações programadas. Além disso, o grande número de atividades que cada profissional foi absorvendo, até mesmo em decorrência da quantidade de famílias cadastradas na área (1.830 famílias), bem como a mudança de alguns membros da equipe, fizeram com que, ao longo do tempo, a concepção do trabalho como um todo fosse se fragmentando.

Atualmente, o planejamento é realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades, socializado-as na reunião semanal, da qual todos os membros da equipe participam. Foi possível observar que na equipe investigada os profissionais de nível superior trabalham com um amplo espectro de independência no planejamento de suas intervenções privativas.

Já no que se refere à avaliação, conforme depoimento a seguir, esta não se dá rotineiramente e, quando ocorre, é sempre realizada pela enfermeira que apresenta alguns dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) à equipe. A enfermeira considera que o tempo disponível é insuficiente para trabalhar melhor os dados do SIAB:



Eu acho que o que prejudica mesmo o nosso trabalho de equipe, de estar planejando e avaliando, é a questão do tempo. [...] Eu informo os dados gerais: temos tanto gestante, tanto pré-natal, não tem como estar mostrando tudo. Às vezes isso ocorre trimestralmente, mas no ano passado fiz só a avaliação anual, nem trimestralmente tive condições de fazer. (E.E.)

Constatou-se que a avaliação se restringia, quase exclusivamente, aos produtos do trabalho. Além disso, mesmo com relação à avaliação dos resultados, esta se refere, na maioria das vezes, à quantificação da produtividade do serviço. O preenchimento dos instrumentos do SIAB serve muito mais para atender aos compromissos com a coordenação municipal do que para organizar a dinâmica da equipe, com readequação das atividades que venham responder às necessidades de saúde da população. Dessa forma, o valor das informações geradas pela equipe nem sempre é incorporado na sua prática de trabalho.

No que diz respeito à reflexão conjunta do trabalho, apesar da reunião semanal de equipe ser colocada enquanto espaço destinado a este fim, percebemos que a mesma dá conta apenas parcialmente deste propósito, concentrando-se na soluções dos problemas de natureza administrativa. Normalmente é coordenada pela enfermeira, que inicialmente apresenta uma pauta contemplando alguns problemas relativos a organização interna do

trabalho, surgidos durante a semana, como também socializa a programação da semana seguinte: divisão de tarefas para a realização de ações demandadas pela coordenação municipal, escalas dos agentes nos grupos, escalas das auxiliares de enfermagem, atendimento na unidade etc. Esta pauta é aberta a inclusão de outros pontos.

Mais do que um espaço de elaboração coletiva do planejamento e avaliação do impacto das ações, este encontro semanal se restringe à socialização do que foi programado individualmente pelos profissionais de nível superior. Percebemos que os demais membros, especialmente os agentes comunitários, não se sentem à vontade para opinar com relação ao que é apresentado na referida reunião. Nesse sentido, podemos sugerir que as decisões não têm sido partilhadas no momento de concepção do trabalho, o que acaba comprometendo a construção do plano comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho. Consistiria no modelo assistencial construído na prática comunicativa do trabalho cotidiano (Peduzzi, 1998). Vale mencionar ainda, o fato relatado pelo conjunto dos profissionais, de que se evita comentar e emitir opinião sobre o trabalho do outro, principalmente quando se refere a um profissional de nível superior.

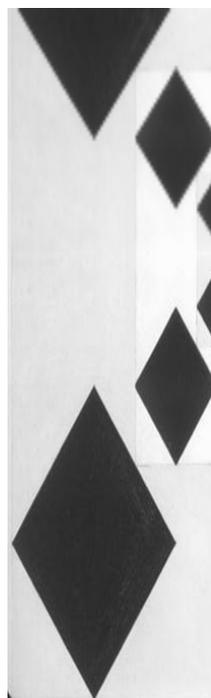
Assim mesmo a reunião em questão é bastante valorizada pelos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, que a consideram um momento para “aliviar as angústias” e “tirar dúvidas”, constituindo para eles espaço para transmissão de algumas informações técnicas.

Pode-se concluir que, apesar das limitações antes referidas, a reunião tem desempenhado uma função importante enquanto possibilidade dos diversos membros da equipe conhecerem o trabalho do outro e de discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana da equipe. As soluções para os problemas identificados são negociadas e se procura construir consensos. Embora sempre provisórios, estes consensos buscam refletir os interesses dos profissionais ou ao menos, a opinião da maioria.

#### **Entraves na construção de um projeto assistencial comum**

Entre os fatores identificados como restritivos à interação comunicativa entre os profissionais com vistas à construção de um projeto comum, destacamos inicialmente o fato de a equipe ter sob sua responsabilidade quase o dobro do número de famílias preconizado pelo Ministério de Saúde, afetando a dinâmica da mesma, uma vez que acaba sobrecarregando excessivamente todos os membros. Com relação aos profissionais de nível superior, essa sobrecarga refere-se, principalmente, às ações assistenciais. No caso da dentista, esta situação se agrava ainda mais, tendo em vista que esta atende todas as famílias cadastradas na área da unidade. A manutenção da dentista e da assistente de consultório dentário nas duas equipes também pode estar dificultando a realização de um planejamento conjunto, uma vez que as referidas profissionais só conseguem participar quinzenalmente das reuniões da equipe investigada, ficando muitas vezes alheias à programação.

Além da grande demanda interna, a sobrecarga de trabalho se agrava, de acordo com a equipe, em decorrência das freqüentes solicitações da coordenação municipal. Quase sempre, destacam os profissionais, deixa-se de



lado o que tinha sido programado para poder responder em tempo hábil a esta demanda, que envolve principalmente os agentes comunitários e a enfermeira. No caso dos agentes, a solicitação mais freqüente refere-se ao levantamento de dados para programação de campanhas de vacina (número de mulheres em idade fértil, número de idosos etc). Quanto às solicitações dirigidas à enfermeira, englobam, segundo destaca a profissional, qualquer atividade que foge à rotina da equipe. Além disso, a coordenação municipal transfere para ela a responsabilidade de dividir estas tarefas com os demais membros da equipe. Talvez por isso a enfermeira atribua a sobrecarga de trabalho à falta de uma melhor divisão das tarefas burocráticas.

Um outro fator restritivo diz respeito ao tamanho da equipe. O grande número de famílias cadastradas exigiu a contratação de mais agentes comunitários, ampliando a equipe (de 12 para 16 integrantes). De acordo com Starfield (2002), o tamanho da equipe interfere em uma função central dessa modalidade de trabalho: a transferência das informações necessárias à coordenação da atenção. Para Sttot (apud Starfield, 2002), a tomada de decisão em equipe fica otimizada com seis membros e altamente improvável com mais de doze. O fato é que o número elevado de profissionais na equipe investigada revelou-se um elemento complicador no processo comunicacional.

Contudo, o problema com relação à distribuição das informações vai além dessa questão. Ao abordar as diferenças individuais na equipe, a enfermeira fez a seguinte colocação:

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

Constatamos que a enfermeira assume nitidamente um papel de coordenação da equipe, embora isto não tenha sido formalizado. No depoimento abaixo, fica claro que ela incorpora plenamente esta função:

Eu faço questão que todos os membros da equipe estejam presentes na reunião. É um dia que eu não dou folga para ninguém! Só se for morte ou doença! [...] Isso foi uma coisa imposta por mim, eu falei da importância da reunião e que eu não abriria mão. (GF.E)

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

Este dado pode ser entendido, em um sentido mais geral, pelo fato de que historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde. Com efeito, a enfermeira desta equipe já havia assumido anteriormente a

função de gerência em uma unidade básica de saúde. Além disso, integrar a equipe desde sua implantação é apontado pela enfermeira como um fator que contribui para a posição que ela aí ocupa:

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

A existência de um líder na equipe é destacada por Scherer & Campos (1997) como uma condição importante para a coesão do grupo. Já Oliveira (2000) argumenta que a permanência prolongada de uma pessoa no poder pode contribuir para suscitar comportamentos e atitudes passivas dos demais membros da equipe, seja em relação aos processos decisórios ou à execução das ações. O autor recomenda o exercício flexível da liderança como forma de evitar a cristalização de posições.

Ainda no terreno relativo ao poder, percebe-se a tendência por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação.

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

Vale lembrar que os profissionais ocupam uma posição diferenciada no âmbito da hierarquia profissional e sócio-econômica. Como lembra Santos (2002), numa determinada situação de exercício de poder, pode ocorrer uma convergência entre elos da cadeia de desigualdade.

De acordo com Peduzzi (1998; 2001), as relações de subordinação podem ser transformadas pela prática comunicativa, porque a argüição dos valores implícitos nos atos da fala permite discriminar e manter as diferenças técnicas de trabalhos executados por sujeitos sociais iguais. O trabalho em equipe, nesse sentido, refere-se à relação entre trabalho e interação de agentes técnicos distintos, mas sujeitos iguais. Peduzzi & Palma (1996) destacam a supervisão como meio que pode auxiliar a interação entre os profissionais de saúde no trabalho em equipe, seja pelo seu caráter gerencial, educativo ou de articulação política.

No município investigado, as equipes de PSF encontram-se diretamente ligadas à coordenação da atenção básica, sendo atribuição desta a realização da supervisão de equipe. Com a ampliação do número de equipes, o processo de acompanhamento por parte da coordenação viu-se comprometido. A partir de então vem-se priorizando o acompanhamento mais sistemático das

equipes consideradas problemáticas, em detrimento daquelas consideradas mais organizadas e comprometidas com o trabalho. Embora reconheçam o compromisso da coordenação municipal e as dificuldades que esta vem enfrentando, ressentem-se de uma supervisão mais efetiva e salientam que esta foi se tornando menos freqüente ao longo do tempo:

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

THEO VAN DOESBURG,  
Composição Aritmética, 1930

Conforme o depoimento anterior, o trabalho da equipe está carecendo de integração, de atividades que lhe confira unidade, de espaços de controle do processo de trabalho com vistas ao cumprimento de sua finalidade, tal como recomendam Peduzzi & Palma (1996).

Deficiências relacionadas com a capacitação da equipe foram apontadas como um fator que repercute no processo de trabalhos. Destacou-se aqui o fato de que a temática do trabalho em equipe, que envolve dimensões administrativa, psicológicas etc. é muito pouco discutida, tendo sido incluída de modo superficial, apenas no treinamento introdutório. Um outro aspecto citado foi de que apenas dois, dos dez agentes comunitários, fizeram o treinamento introdutório. De acordo com a enfermeira, isso acaba prejudicando o trabalho da equipe, pois os agentes comunitários têm dificuldade de entender termos como perfil epidemiológico, área de risco etc.

Concordamos com Paim (1993) que, embora os treinamentos e as capacitações não sejam suficientes para transformar as práticas de saúde, podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no contexto do trabalho. Neste sentido, o investimento na capacitação do conjunto da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se um elemento facilitador na construção do projeto comum.

### Considerações finais

Na equipe investigada, evidenciou-se a articulação entre as ações no âmbito do processo de trabalho, refletida principalmente no interesse em conhecer o trabalho do outro, o que consideramos um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação. De modo geral, a articulação ocorre durante o próprio atendimento do usuário e tem como objetivo produzir o melhor resultado das intervenções técnicas, o que é relevante e desejável.

Constata-se, entretanto, que a articulação entre as ações se expressa de

forma diferenciada no que se refere à relação entre as distintas categorias profissionais. Deste modo, a troca de informações se revela mais efetiva entre a enfermeira, a médica e os agentes comunitários. Em contrapartida, observamos uma conexão ainda tênue entre as ações desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem e dentista com aquelas realizadas pelos agentes comunitários. No caso das auxiliares de enfermagem e dentista ocorre mais freqüentemente uma emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação.

No tocante à interação, entendida aqui enquanto a dimensão comunicativa que permeia a ação, chama a atenção o fato de que a comunicação no interior da equipe se destine, basicamente, à troca ou transmissão de informações de caráter técnico, sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos. É por meio da prática comunicativa caracterizada pela busca de consenso que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano, construir e executar um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários (Peduzzi, 1998).

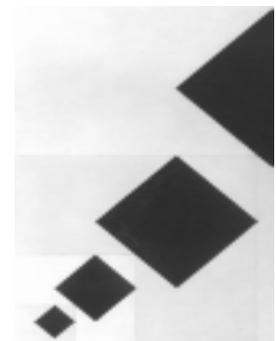
Identificamos que o planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. A programação, realizada nestes moldes, é socializada na reunião semanal de equipe, na qual os agentes comunitários e os profissionais de nível médio não se sentem à vontade para opinar sobre o que está sendo proposto. Neste sentido, podemos inferir que as decisões relacionadas a concepção do trabalho não têm sido partilhadas por todos. Este fato acaba por comprometer a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho.

Entre os fatores que podem ser considerados restritivos à articulação efetiva entre as ações desenvolvidas e a interação entre os agentes, podemos destacar: pressão interna decorrente do número de famílias cadastradas ser quase o dobro do preconizado pelo Ministério da Saúde; pressão externa por parte da coordenação municipal; grande número de atividades que foram sendo absorvidas por cada profissional; mudança de alguns integrantes da equipe, como agentes comunitários (apenas um agente comunitário trabalha na equipe desde sua implantação) e médico e falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal.

Sobre este ponto convém ressaltar que a coordenação municipal deve ter uma estrutura compatível com o número de equipes, pois do contrário a supervisão não consegue atingir seu propósito enquanto espaço de monitoramento do processo de trabalho e, sobretudo, de apoio nas situações de conflito e acolhida das dificuldades que emergem no cotidiano dos serviços.

Quanto aos aspectos favoráveis à construção do projeto comum na equipe investigada, observamos: a flexibilização da divisão do trabalho, uma vez que, além das ações específicas os profissionais, também participam de ações comuns a outros membros da equipe; a partilha de decisões de problemas relacionados à dinâmica da unidade.

Com base nos dados apresentados, é possível afirmar que a construção de



um projeto comum ainda é um desafio para a equipe investigada, uma vez que, de modo geral, ainda há uma sobreposição da razão instrumental e estratégica nas situações em que deveria predominar a razão comunicativa. Fica evidente também que a desigualdade entre os membros da equipe quanto à oportunidade para propor, julgar e decidir o trabalho, reforçada pela tendência, por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação, constitui um importante obstáculo ao florescimento de uma prática comunicativa.

É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe (Paim, 1992).

### Referências

- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. esp., p.143-7, 2000.
- FRANCO, T.; MEHRY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 15 mar. 1999.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NUNES, M. O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.
- OLIVEIRA, V. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p.65-74.
- PAIM, J.S. Burocracia y aparato social: implicaciones para la planificación e implementación de políticas de salud. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Estado y políticas sociales en América Latina**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; São Paulo: FIOCRUZ / ENSP, 1992. p. 293-312.
- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V.(Org.) **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p.187-220.
- PAIM, J.S. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.435-44.
- PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p.303-11, 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M. I. B.; SCHRAIBER, L. B. (Orgs.) **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-50.

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p.103-9, 2001.

SANTOS, B. S. Os modos de produção do poder, do direito e do senso comum. In: SANTOS, B.S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2002. p.261-325.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M.A. O trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. In: MATURANO, E. M.; LOUREIRO, R. (Orgs.) **Estudos em saúde mental**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 1997. p.264-85.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciênc.Saúde Colet.**, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

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

YIN, R.K. **Case study research**: design and methods. Thousands Oaks: SAGE Publications, 1994. (Applied Social Research Methods Serie. v.5).

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. SANTANA, E. M.; NUNES, M. **A construção social do PSF**: condições, sujeitos e contextos. Salvador, 2001. (Relatório de pesquisa CNPQ).

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. El trabajo en equipo del PSF: investigando la articulación técnica y la interacción entre los profesionales, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

El trabajo en un equipo multiprofesional es considerado una premisa importante para la reorganización del proceso de trabajo en el alcance del Programa de Salud de la Familia - PSF, objetivando un abordaje más integral y resolutivo. Ello implica en cambios en la organización del trabajo y en los padrones de actuación individual y colectiva que favorezca la integración entre los profesionales y las acciones que desarrollan. En esta dirección, la presente investigación analizó la experiencia de un equipo del PSF en una ciudad de Bahia, procurando identificar evidencias de articulación entre las acciones e interacción entre los profesionales, con vistas a la construcción de un proyecto asistencial común. Los datos fueron obtenidos a través de grupos focales, observación participante y entrevistas semiestructuradas. Fue identificada la ocurrencia de articulación entre las acciones desarrolladas por los distintos profesionales, con algunas limitaciones. Del punto de vista de la interacción, en la perspectiva de construcción de un proyecto común, se identificaron algunos aspectos favorables, como la flexibilización de la división del trabajo y el reparto de algunas decisiones en lo referente a la dinámica de la unidad. Por otro lado, fue observado que la planificación de las acciones se concentra en los profesionales de nivel superior, de un modo individualizado.

**PALABRAS CLAVE**: Trabajo en equipo; Programa de Salud de la familia; articulación técnica; profesional interacción.

Recebido para publicação em 14/06/04. Aprovado para publicação em 07/10/04.