

O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família:

estudo sobre modalidades de equipes

Renata Cristina Arthou Pereira¹
Francisco Javier Uribe Rivera²
Elizabeth Artmann³

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

This paper presents a case study that examined the multiprofessional teamwork in health based on theory of conversations by Echeverria and in the analysis criteria built by Peduzzi. The field of study was a basic health unit that is part of the Family Health Strategy (ESF) in the municipality of Rio de Janeiro, Brasil. It was considered as an analysis unit one family health team, and were performed nine semi-structured interviews and nine sessions of participant observation of the team meetings. Results indicate that the teamwork in the ESF emerges as a possibility for a more communicative and cooperative practice in which professionals recognize the other's work and share the goals, setting up as a small network of conversations.

Keywords: Patient care team. Primary health care. Family Health Program.

Trata-se de um estudo de caso que analisou o trabalho em equipe multiprofissional em saúde com base no referencial teórico da teoria das conversações de Echeverria e nos critérios de análise construídos por Peduzzi. O campo de estudo foi uma unidade básica de saúde que faz parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, Brasil. Considerou-se como unidade de análise uma equipe de saúde da família, sendo realizadas nove entrevistas semiestruturadas e observação participante de nove reuniões do grupo. Resultados indicam que o trabalho em equipe na ESF emerge como possibilidade para uma prática mais comunicativa e cooperativa na qual os profissionais reconhecem o trabalho do outro e compartilham objetivos, configurando-se como uma pequena rede de conversações.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família.

* Elaborado com base em Pereira (2011); pesquisa com apoio financeiro PROEX/CAPES - Discente do Programa de Saúde Pública da ENSP. O trabalho seguiu as normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

¹ Divisão Planejamento, Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Rua do Resende, 128, sala 318, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.231-092. renata.pereira@inca.gov.br

^{2,3} Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz.

Introdução

A partir de 2000, é significativo o aumento de publicações da comunidade acadêmica voltadas para o trabalho em equipe na saúde. Alguns estudos apontam que essa discussão ganha força, sendo alavancada pela tendência internacional de apresentar este tipo de organização de trabalho como alternativa à necessidade de racionalização da assistência médica e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (Canoletti, 2008). Responde, ao mesmo tempo, à necessidade de “integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença” (Peduzzi, 2009, p.421).

A iminência do trabalho em equipe em saúde está na vanguarda das estratégias para mudanças dos modelos de assistência à saúde frente a um contexto sociocultural e econômico extremamente complexo e, cada vez mais, dinâmico. Percebe-se a tendência da literatura em reconhecer a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade da assistência, e que o grau de integração entre estes pode estar relacionado a quanto a equipe cuida.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), neste contexto, configurou-se como uma iniciativa inovadora no campo sanitário internacional. Diferente de outros países que também basearam seus sistemas na atenção primária à Saúde, a ESF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe (Campos, Cherchiglia, Aguiar, 2002).

O trabalho em equipes multiprofissionais na ESF tornou-se um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre, neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tal peculiaridade requer mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de saberes (Silva, Trad, 2005).

A articulação dos olhares dos diferentes trabalhadores da equipe da ESF, que possui a singularidade da presença dos agentes comunitários em saúde, possibilita o desenvolvimento de ações que ultrapassam a racionalidade da assistência curativa, centrada na resolução imediata de problemas de saúde individuais – ação que não deve ser ignorada –, mas que tem se mostrado insuficiente para modificar os níveis de saúde da população.

Peduzzi (2001), ao explicitar modelos para configurações das equipes de saúde, propõe a classificação das equipes multiprofissionais em *agrupamento* e *interação*, baseando-se nos estudos sobre trabalho em saúde e na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas.

Na modalidade de trabalho em equipe multiprofissional de agrupamento, ocorre a tendência à manutenção da fragmentação das ações e relações de distanciamento dos trabalhadores entre si e com o trabalho que executam. Já na modalidade interação, a propensão se direciona para a integração dos trabalhos especializados e, também, dos profissionais que os executam (Peduzzi, 2001).

Diferentes critérios são utilizados para analisar as modalidades de equipe: qualidade da comunicação, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente, e construção de um projeto assistencial comum (Peduzzi, 2009).

O trabalho em equipe é considerado, neste estudo, como uma modalidade de trabalho coletivo que se constitui por meio de uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos profissionais e a interação desses atores (Peduzzi, 2007, 2001). Contudo, a comunicação é o veículo que possibilita essa conexão entre os profissionais.

Neste sentido, o trabalho em equipe multiprofissional em saúde é abordado por uma perspectiva comunicativa que entende o diálogo como uma realidade intrínseca a este tipo de trabalho coletivo. Desta forma, aproxima-se dos estudos de Echeverria (1997) que consideram as conversações como componentes resultantes das interações linguísticas, as unidades básicas da linguagem. A observação dos processos interativos sob a ótica das conversações permite identificar a equipe de saúde como uma pequena rede de conversações na qual os trabalhadores envolvidos se comprometem intersubjetivamente, através da linguagem, a trabalharem de forma conjunta para atingirem um objetivo de comum interesse. E que se constitui em mais critério de exame dos processos de interação do trabalho em equipe multiprofissional.

O objetivo geral foi analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento/interação de Peduzzi (2001).

Percurso metodológico

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram profissionais que compõem uma equipe multiprofissional de saúde da família de uma Unidade Básica de Saúde localizada no município do Rio de Janeiro, Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1), uma das dez áreas de planejamento sanitário instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de saúde desta área por constituir campo de prática de curso de especialização em Saúde da Família nos moldes de residência, com o enfoque no trabalho multiprofissional e pela facilidade de acesso a informantes-chave.

Para escolha da equipe, foram utilizados os critérios: tempo mínimo de um ano trabalhando em conjunto, existência de equipe mínima completa e ampliada – ou seja, com a presença da equipe de saúde bucal –, e o reconhecimento, pelo gestor local, de certa sinergia no trabalho.

A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante das reuniões de equipe e observações diretas da dinâmica da unidade. Ao todo, foram realizadas nove entrevistas com os trabalhadores: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e quatro agentes comunitários de saúde. Também foram observadas nove sessões de reuniões de equipe e realizadas em torno de vinte visitas à unidade de saúde.

O trabalho de campo ocorreu em um período de três meses. Os instrumentos de produção de dados utilizados foram aplicados com base em um roteiro construído a partir de fundamentação teórica e conceitual. A entrevista abordou, entre outros aspectos, o trabalho de cada um, as possíveis conexões entre as ações dos distintos trabalhadores, e as concepções sobre o trabalho em equipe. Os relatos provenientes das observações das reuniões de equipe foram registrados atentando para preceitos da análise das conversações.

Os dados provenientes da observação direta foram registrados em um diário de campo atentando para fluxo de atendimento da unidade, declarações espontâneas de informantes, interações entre os trabalhadores, dentre outros aspectos relevantes.

Para a análise dos dados, foram utilizadas ferramentas e concepções advindas da análise do discurso nas tradições anglo-saxônica e francesa. A primeira traz a concepção de que a linguagem pode afetar a realidade social: a linguagem também produz coisas, pois envolve atos de fala que têm uma função geradora. Já a tradição francesa introduziu noções importantes para operacionalização da análise, como a proposta de uma postura hermenêutica através da construção de dispositivos teóricos e analíticos (Iñiguez, 2004).

Ao tomar como objeto a linguagem cotidiana, esta vertente de análise qualitativa abandona a noção da linguagem simplesmente como forma de refletir e descrever o mundo, e do analista como mero coletor de dados neutros (Iñiguez, 2004), distanciando-se das análises positivistas das falas e trazendo a tônica da relação entre a linguagem e seu contexto de produção (Minayo, 2007).

Assim, realizaram-se as seguintes etapas para uma análise do material empírico:

(a) **Constituição do corpus:** Transcrição de entrevistas, organização e sistematização dos dados da observação participante, dos relatos provenientes do diário de campo e dos documentos coletados durante trabalho de campo.

(b) **Leitura vertical:** Leituras e releituras dos relatos e dos dados da observação participante para identificar as ideias centrais, leitura dos demais materiais com objetivo de fazer as primeiras relações entre os depoimentos e seu contexto.

(c) **Leitura horizontal:** de todo material, buscando-se a constituição de diferentes *corpus* agrupados por afinidade em núcleos de pensamento.

(d) **Leitura transversal e interpretação:** considerando os dados produzidos, interpretando-os à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa, conforme os critérios de análise do trabalho em equipe multiprofissional segundo Peduzzi (2001), e conceitos da teoria das conversações de Echeverria (1997).

Resultados e discussão

Características do trabalho de cada um e a liderança rotativa

Quando os profissionais relataram sobre seu trabalho ou sobre o trabalho dos outros membros da equipe, observou-se a existência de situações objetivas de trabalho que se remetem à especificidade das distintas funções e a diferenças técnicas correlatas, características presentes nas duas modalidades de equipe – agrupamento e interação –, bem como a transversalidade de algumas ações.

As especificidades dos diferentes trabalhos permitem o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação. Já a articulação dos diferentes saberes possibilita diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, o que amplia as possibilidades de intervenção e cuidado. Ao mesmo tempo, existem saberes comuns que levam a ações comuns e que flexibilizam a divisão do trabalho (Peduzzi, 2001).

Os agentes comunitários muitas vezes já trazem as demandas da população assistida de forma parcelar, considerando que existe uma diferença técnica entre os trabalhadores envolvidos na ação de cuidar e, também, uma divisão do trabalho previamente estabelecida, o que pode ser observado nas falas a seguir:

“Se a equipe não existir o meu trabalho não anda. Eu dependo do que os outros fazem. Cada caso, eu dependo de alguém. Se chega uma pessoa ferida, eu preciso da técnica de enfermagem para o curativo. Se eu tenho alguém doente, eu preciso da médica para uma consulta. Eu preciso de uma orientação. A mãe vem me perguntar, “a vacina tal dá febre, dá isso?”. Eu não sei. Eu tenho que perguntar para a enfermeira”. (Agente Comunitário de Saúde 3)

Para Almeida e Mishima (2001), os núcleos específicos de competência do médico e do enfermeiro podem ser desenhados da seguinte forma. O do médico é estabelecer o diagnóstico clínico e a instituição do tratamento adequado, o qual pode ser estendido para o dentista considerando a saúde bucal. Já em relação ao enfermeiro, pode-se considerar o seu núcleo de competência centrado em três dimensões: o cuidado de enfermagem, o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva, e as ações gerenciais voltadas ao cuidado.

Sakata (2009) identifica que as competências e responsabilidades específicas dos agentes comunitários vêm se conformando, ao longo do processo histórico de formação desse trabalho, “em ações de construção de vínculos com a comunidade e entre os outros trabalhadores, adequando a produção de cuidados em saúde às necessidades das pessoas do território de abrangência da unidade de saúde” (Sakata, 2009, p.144).

Emerge, nas falas, a questão da liderança dentro da equipe, que se apresenta de forma rotativa, ou seja, dependendo da situação, a liderança se desloca.

Esta noção de liderança rotativa é típica de um processo de gestão de redes e guarda estreita relação com o conceito de liderança coletiva: numa rede de serviços de saúde, ou numa minirrede conversacional de uma equipe de saúde, não seria possível reconhecer uma única liderança, mas várias em interação. A este respeito, Contandriopoulos et al. (2005) sustentam que o conceito de liderança coletiva é o mais adequado ao gerenciamento do setor saúde, pois o exercício da liderança supõe a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema. Para Rivera e Artmann (2006), a liderança das organizações sanitárias deveria operar como um fator de negociação do processo de relações interprofissionais, no seio da governança clínica e do

gerenciamento local dos centros operadores e unidades, fortemente influenciado pelo saber profissional. Esse enfoque está muito mais próximo do conceito de liderança coletiva ou comunicativa, que se desenvolve por meio de rodas de conversação e jogos de linguagem, do que de uma visão de liderança tradicional.

McCallin (2003) afirma que, diferente das formas tradicionais de liderança na equipe interdisciplinar, cada pessoa aceita a responsabilidade como membro e líder, o que significa que indivíduos entram e saem do papel de direção principal, orientando os colegas e tomando decisões para clientes em várias situações.

A médica e a enfermeira exercem funções de liderança na coordenação de ações, que se manifestam por serem pessoas de referência que se colocam na função "de guia", de facilitadoras na tomada de decisões coletivas, ou na resolução de situações problemáticas.

O exercício de liderança dos agentes comunitários de saúde ocorre dentro do território, na relação com a comunidade, o que, geralmente, já é anterior a sua entrada na ESF e pode ser potencializado ao adquirir novos conhecimentos e posição social. Situação que pode ser exemplificada no depoimento a seguir:

"O grupo de adolescentes foi feito primeiro por mim e a enfermeira. Aí depois é a que a médica chegou [...] Eu falei um pouco sobre a violência na escola. Porque como eu moro perto de três escolas, eu estou sempre me envolvendo assim, separando, tirando criança de briga, avisando a escola. É assim, todo mundo já até me conhece na rua por causa disso".
(Agente Comunitário de Saúde 3)

Observa-se o emprego da sua posição de liderança na comunidade enquanto forma de fomentar discussões em grupo sobre um tema que talvez outro ator não conseguisse identificar como demanda. Ou seja, demonstra a potencialidade de sua ação enquanto líder em criar novas possibilidades de reflexão.

A enfermeira tem um papel político e gerencial que, muitas vezes, é reforçado pela gerência da unidade, já que essa profissional é sempre solicitada por ela quando se trata de repassar informações dentro da equipe, assim como para coordenar a realização das ações demandadas pela SMS. De forma semelhante, outros estudos que tratavam sobre o trabalho na ESF constataram que a enfermeira desempenha o papel de mediadora das relações da equipe com a coordenação municipal (Oliveira, Spiri, 2006; Colomé, 2005; Silva, Trad, 2005).

A equipe de saúde bucal, composta por dentista e auxiliar de consultório dentário, desenvolve atendimento individual em consultório, domicílio e atividades coletivas por meio de grupos de educação e saúde tanto na unidade quanto em outros espaços.

O trabalho da profissional técnica de enfermagem está voltado para a realização de procedimentos técnicos na unidade e no domicílio, como: administração de vacinas, medicamentos e realização de curativos. Também é citada como profissional que tem grande proximidade com os agentes comunitários, já que possui mais disponibilidade de se deslocar com eles dentro da comunidade, exercendo, também, uma forma de liderança quando apoia algumas ações e visitas domiciliares.

Concepções sobre o trabalho em equipe

Sobressai, nas falas, a característica do trabalho em equipe, como: cooperação, colaboração e divisão de responsabilidades. E também há a noção de que, no trabalho em equipe, os resultados obtidos são maiores do que a soma dos resultados individuais, aumentando a eficácia e a eficiência do atendimento prestado à população.

"Então, um trabalho de equipe é você fazer as suas atividades, mas estar sempre consultando e interagindo com os outros profissionais para o bem-estar da comunidade, da população". (dentista)

“Para trabalhar em equipe é necessário ter um objetivo comum, estar disposto a fazer sua parte bem-feita em prol desse objetivo, e um pouco de humildade para reconhecer que você não sabe tudo, que não vai resolver tudo sozinho, gostar de colaborar”. (médica)

Alguns entrevistados destacaram, como característica do trabalho em equipe, a elaboração conjunta de linguagens e objetivos comuns.

Silva e Santos (2006), ao descrever a experiência de uma equipe multiprofissional no contexto da assistência em transtornos alimentares, aponta a essencialidade de se construírem condutas comuns. “Poder falar a mesma língua” foi um componente importante para estabelecer parcerias entre as diversas modalidades de assistência – ambulatorial e hospitalar – e os diferentes profissionais envolvidos naquele serviço em especial.

Trata-se da perspectiva, conforme afirma Peduzzi (2001), do agir comunicativo no interior da técnica, de uma prática comunicativa que está para além dos projetos específicos dos profissionais e que visa a construção de linguagens e objetivos, ou até de cultura comum: a comunicação intrínseca ao trabalho, que é um dos atributos da equipe integração.

Além disso, foi apontada a necessidade de formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade dentro da formação acadêmica e a potência formativa do trabalho em equipe.

“A pessoa já ter esse conhecimento. Essa vontade de estar dividindo de não trazer só para ele. Ou querer usar só o conhecimento dele. É saber da importância de você atuar com os outros setores. Tanto da saúde quanto o de educação, de meio ambiente. Qualquer área que vá refletir na saúde. Então esse primeiro passo do profissional, ter esse entendimento. E saber que é necessário para gerar saúde, você ter esse conjunto de fatores. Não vai ser só a sua atuação aí que vai resolver algum problema do indivíduo e da comunidade. Então eu acho que é a formação. De repente, na própria formação, na grade curricular da faculdade já ir trabalhando a equipe. A importância da equipe. Finalidade, não é? De você estar trabalhando com vários setores. E a pessoa já vir com essa visão. Não do específico como um tempo atrás era”. (dentista)

Campos e Belisário (2001) afirmam que um dos maiores problemas que emergiu com a implantação do PSF é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), autores que vêm promovendo debate sobre o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, a integralidade e a multiprofissionalidade devem ser empregadas no processo educacional para criarem condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões.

A educação interprofissional, que envolve situações onde o aprendizado ocorre por meio de interações entre estudantes de diferentes profissões, é reconhecida como instrumento importante para o fortalecimento dos sistemas de saúde frente aos novos desafios do século XXI, ao contribuir com a formação de profissionais mais aptos a desenvolverem práticas colaborativas e de trabalho em equipe, bem como capazes de responderem com mais eficiência e efetividade às necessidades locais da população (Frenk et al., 2010; WHO, 2010).

Mendes e Caprara (2012) trazem a experiência da universidade da Bahia, que inova, na graduação, com um bacharelado interdisciplinar em saúde, cuja primeira turma, segundo os autores, tem apresentado boa capacidade crítica sobre saúde e sociedade, e de interlocução com diversas áreas do conhecimento, o que permite uma abordagem ampla do objeto saúde.

Contudo, dada a distância entre a formação tradicional dos trabalhadores e as exigências do trabalho em saúde, o próprio serviço pode se tornar espaço privilegiado de formação dos profissionais. Tendo como alternativa tomar a equipe como estratégia de construção de novos saberes em situação de trabalho e coletivamente, o que se faz no investimento na produção de outros modos de subjetivação

que se efetivam no curso do processo de trabalho mediado pela linguagem, ampliando a capacidade de escuta e a de reconhecimento do outro como possuidor e produtor de saberes (Barros, Barros, 2007).

Articulação das ações e ampliação do acesso e atenção à saúde na ESF

A maioria dos entrevistados faz referência a situações nas quais existem complementaridade e interdependência entre os trabalhos, além de articulação entre ações.

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

A percepção dos entrevistados de que sua atividade de trabalho é coletiva e depende da atuação de cada um dos profissionais envolvidos é muito contundente e pode ser exemplificada na menção da técnica de enfermagem quando questionada sobre o trabalho dos outros profissionais da sua equipe: "As atividades deles eu acho que são tudo a soma de todo" (técnica de enfermagem).

Algo que também chama atenção nos depoimentos é a realização conjunta de grupos educativos. Eles são realizados para uma população-alvo e conduzidos por mais de um profissional de saúde.

Geralmente, a iniciativa de realizar estes grupos parte de um profissional tendo em vista o seu núcleo de competência. Por exemplo, a auxiliar de consultório dentário vai realizar um grupo com os moradores sobre promoção da saúde bucal, então, outros profissionais são convidados a participar para falar sobre outros temas.

Durante a observação das reuniões de equipe, não houve planejamento em conjunto sobre o grupo, apenas o convite à participação dos outros profissionais pelo proponente e especulações sobre eventuais temas que poderiam ser apresentados. No entanto, existe um movimento a favor da cooperação, ou seja, a execução de um trabalho em comum por mais de um agente, o "fazer juntos", porque houve um convite ou de forma espontânea.

Observa-se que, de modo geral, os depoentes também expressam conexões entre os trabalhos ativas e conscientemente colocadas em evidência entre os agentes, ou seja, mostram com clareza situações objetivas de articulação entre as ações.

A articulação se dá, entre os profissionais da equipe técnica, muitas vezes dentro do próprio atendimento para o esclarecimento de dúvidas ou pela necessidade de avaliação conjunta de um caso. Assim como também existe um movimento de procura bidirecional entre os agentes de saúde e os profissionais técnicos para troca de informações.

Como se verifica entre a enfermeira e a médica no relato a seguir:

"O meu contato maior realmente é com a enfermeira. A gente divide bastante as livres demandas. Ela, às vezes, absorve, ela atende, me chama e fazemos interconsulta. Oriento, prescrevo e quando tem um caso que ela pode resolver ela resolve [...]. A gente divide o pré-natal. Cada mês é com uma, sendo que no final eu fico atendendo. A gente divide a puericultura, cada uma alterna as consultas". (médica)

É possível observar que o fluxo de atendimento, tanto para as demandas agendadas quanto para as livres demandas, é compartilhado entre a enfermeira e a médica, e que existe um acordo prévio que estabelece a divisão de tarefas entre as duas profissionais.

As consultas agendadas, em sua maioria, são constituídas por ações programáticas, como: atendimento ao pré-natal, puericultura, preventivo, controle da hipertensão, entre outras em que existem protocolos ministeriais que auxiliam a conduta profissional. Isso é de extrema relevância no que diz respeito à autonomia técnica do profissional do enfermeiro, uma vez que estes protocolos legitimam a amplitude da sua ação na consulta de enfermagem.

Com relação à consulta de livre demanda, já não ocorre o mesmo, sendo que a dependência, para o profissional médico, para que seja dada continuidade à assistência, é entendida como imediata, e não é possível programar complementaridade entre ações. E a resolução encontrada por esta equipe, neste caso, foi a realização da interconsulta.

Além disso, a consulta de enfermagem, como descrita no relato, é claramente representada como forma de ampliar a cobertura assistencial à população, uma vez que o médico não teria condições de atender o grande número de famílias sob sua responsabilidade, fato reiterado no depoimento a seguir:

“Se tiver alguma necessidade que eu venha precisar do médico estar avaliando, eu faço uma interconsulta com a minha médica. A gente trabalha muito bem assim nesta parceria de interconsulta. Porque ela não tem como absorver todas essas famílias. Se você for contar por baixo são quatro mil e quinhentas famílias. Eu acredito que tenha muito mais. Hoje eu tento abrir minha agenda para algumas crianças, que seria mais o caso de pediatria, mas eu estou atendendo, solicito os exames, faço interconsulta com a médica para todos terem direito e acesso à saúde”. (enfermeira)

Nas duas situações descritas – atendimento a demanda livre e agendada – existe uma divisão de trabalho ou trabalho conjunto que permite aumentar a oferta de determinadas ações de saúde.

Situação semelhante é observada no estudo de Marcolino (2004) no que concerne à consulta de enfermagem no planejamento familiar. No entanto, observa-se que, diferentemente do estudo anterior, em que se destaca a justaposição das ações, na realidade estudada, existe um direcionamento para a articulação das ações, uma vez que tanto a interconsulta quanto a definição dos fluxos de atendimento prescindem da troca de informações. Mais do que isso, existe, neste caso, colaboração e cooperação entre os profissionais, e papéis e responsabilidades individuais definidos e entendidos.

No que diz respeito às articulações das ações entre os demais profissionais e os agentes comunitários, percebe-se, a partir dos relatos, que existe troca de informação entre eles. Geralmente, o agente comunitário procura os outros profissionais para esclarecer dúvidas em relação a questões relativas a visitas domiciliares.

Por sua vez, os agentes comunitários dão informações para os outros profissionais para compreensão dos problemas de saúde das famílias e da dinâmica do território.

A troca de informações para articulação das ações entre os profissionais fica explícita no relato da agente comunitária a seguir:

“A gente estar podendo, estar articulando junto com a equipe, essa troca. Esse mesmo modo de fazer. A gente faz isso, essa troca com a equipe toda. Ah não tem como marcar consulta? Vamos botar ele no grupo. Pelo menos no grupo, ele já vai ter uma consulta marcada lá para o próximo mês, já vai sair tudo adiantado, vai sair com a medicação. O agente comunitário participa disso. Tanto na formação do grupo, tanto na marcação de consulta. Então quando eu puxo um prontuário meu se a pessoa falar: “Ah eu preciso marcar uma consulta”. Aí eu puxo. Não! Ele teve consulta com a médica, marquei só daqui a dois meses, três meses, dá para botar para enfermeira. Aí eu sento com a enfermeira e converso. O quê que você acha? Na última consulta foi com a médica, dá para passar por você?”. (agente comunitária de saúde 1)

A partir de uma prática colaborativa, que se aproxima da concepção de articulação entre as ações, equipes multiprofissionais de saúde compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilham a gestão de casos e proporcionam melhores serviços de saúde aos pacientes e à comunidade (WHO, 2010).

Assim sendo, a potencialidade do trabalho em equipe integrado é revelada; percebe-se que, trabalhando em conjunto e de forma articulada, as equipes de saúde ampliam sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, uma vez que conseguem tornar os dispositivos de atenção à saúde existentes mais acessíveis, proporcionam uma atenção mais integral e compartilham a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida de uma dada população.

No entanto, muitas vezes, a consulta de enfermagem ainda enfrenta certa desconfiança por parte da comunidade assistida, como pode ser observado em um dos temas abordados em reunião de equipe. Nesta ocasião, a enfermeira relatou uma situação em que uma mulher que ela estava atendendo, para

realização de um preventivo, a questionou se o enfermeiro poderia realizar tal procedimento, já que ela ouviu dizer que só o médico poderia realizá-lo.

Peduzzi (2001) afirma que o projeto assistencial da medicina biomédica coloca o saber não médico como algo periférico, e, junto a isso, a ideologia presente nas práticas sociais acentua esse caráter periférico na medida em que instala uma hierarquia de valores que faz crer o saber periférico como saber desprovido de tecnicidade.

Essa dúvida, por parte da população, sobre as práticas dos profissionais não médicos também é salientada por um agente comunitário, ao falar sobre seu trabalho:

“Eu chego para a pessoa, falo: Olha a amamentação. Não dá água, não dá chazinho. A criança está com cólica, levanta a blusinha da criança e a sua blusinha, encosta a criança na barriga. E fica. Não precisa chazinho”. A mãe não acredita. Aí vem no médico, o médico passa a mesma orientação, aí eles falam assim “a fulana falou, mas eu não fiz, agora que o doutor falou”. Às vezes não leva muito a sério o que a gente fala. Não sei se é porque a gente mora na comunidade. Tem pessoas que acreditam. Mas tem gente que não acredita muito naquilo que a gente fala. Quer dizer, é aquilo que eu sempre falo, que é um trabalho de formiguinha”. (agente comunitário de saúde 1)

No entanto, Campos (2003), ao refletir sobre atuação da ESF, entende que, com o tempo, a construção do vínculo tende a atenuar a exigência do médico, já que é estabelecida maior confiança das famílias com todos os membros da equipe. Além disso, comenta que, nestes casos, a clínica do enfermeiro pode ser exercida em sua plenitude, tanto porque há maior autonomia técnica deste profissional, tendo em vista os protocolos específicos, quanto pelo próprio trabalho em equipe, o qual inclui o médico.

Considerando a totalidade dos depoimentos, pode-se dizer que as ações dos agentes comunitários são as que mais se articulam com o conjunto de profissionais da equipe. Também se destaca a articulação entre os profissionais médico e enfermeiro. As conexões entre os trabalhos da médica e da enfermeira com o dentista e a auxiliar de consultório dentário se dão na realização de grupos educativos e nos encaminhamentos.

No que se refere à saúde bucal, os profissionais enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem expressam que há complementaridade e interdependência entre suas ações. No entanto, a troca de informações no que diz respeito à especificidade dos seus trabalhos é restrita. No cotidiano do trabalho, fica mais evidente a justaposição das suas ações, mostrando que algumas ações ainda remetem à equipe agrupamento (Peduzzi, 2001).

No trabalho em equipe no contexto das situações objetivas de trabalho, podem ser observadas relações hierárquicas entre médicos e não-médicos; diferentes graus de subordinação; flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. No entanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais, desde que se compartilhe um projeto comum. Maior ou menor integração pressupõe compartilhar, além de premissas técnicas, um horizonte ético (Peduzzi, 2001).

A interação entre os profissionais

A interação dos diversos profissionais ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, da comunicação, e busca o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos (Peduzzi, 2007, 2001). No presente caso, as situações objetivas de construção conjunta de um projeto assistencial comum, sinalizador da integração da equipe, foram observadas, sobretudo, durante as reuniões de equipe nas situações em que, por meio das conversações, os sujeitos envolvidos colocavam-se de acordo acerca de um plano de ação.

Além disso, os profissionais se referem à busca de consensos quanto às possibilidades de execução cotidiana do trabalho em equipe. O que pode ser observado nas falas a seguir da médica e da auxiliar de consultório dentário, respectivamente:

“Eu acho que eles veem meu trabalho na boa. Eventualmente a gente discute, a gente diverge de alguma coisa, mas aceito as críticas, aceito as sugestões, e a gente sempre chega a um acordo”. (médica)

“Pelo menos eu já deixei eles bem à vontade para falar sobre isso. Em reuniões de equipe eu falo: gente, se tiver alguma coisa que, assim, eu esteja fazendo, a maneira de eu trabalhar não tiver legal para vocês, não tiver interagindo com vocês, vocês podem falar. A gente pode sentar, discutir e ver como a gente pode resolver isso”. (auxiliar de consultório dentário)

Nos dois relatos destacados, os profissionais se referem a uma prática dialógica na qual ocorre contestação de algum enunciado. Nesta prática, os sujeitos também buscam o entendimento, ao se colocarem de acordo sobre um projeto de ação para solucionar uma situação problemática. E, sendo assim, os sujeitos voltam a uma situação de acordo intersubjetivo. Isto é o que a teoria do agir comunicativo denomina de discurso em que é reivindicada a legitimidade de pretensão de validade do proferimento. E, a partir daí, por meio do diálogo, através da argumentação racional, pode ser estabelecido um novo consenso (Habermas, 2012; Artmann, 2001; Peduzzi, 2001).

O espaço das reuniões de equipe é reconhecido pelos profissionais como espaço de troca entre os agentes, onde ocorre planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, discussões relativas à operacionalização do serviço, divulgação de informações, discussão de casos. Por fim, acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis.

Geralmente, o fluxo de conversações se origina a partir de uma interrupção no transcorrer normal das atividades, em forma de atos de fala do tipo afirmações, declarações ou promessas. Estas últimas se manifestam a partir de petições e ofertas que podem levar a compromissos (Echeverria, 1997). Por exemplo, as solicitações da SMS, que são caracterizadas por declarações, uma vez que se constituem em ação concreta, geram um fluxo de diálogo, via gerência da unidade à equipe, por intermédio da enfermeira. Essa situação leva a conversações que têm o objetivo de coordenar ações a fim de que sejam viabilizadas as condições necessárias para o alcance de determinada meta, e geram compromissos de ação entre os profissionais. Tais conversações são entremeadas por juízos pessoais dos sujeitos na busca de darem sentido aos acontecimentos.

A teoria do agir comunicativo de Habermas (2012) e a teoria das conversações de Echeverria (1997) - ambas baseadas em Austin (1962) e Searle (1976) - partilham um ponto comum: a concepção da linguagem como ação, e não apenas como representação da realidade. Assim, a linguagem como discurso argumentativo vem contribuir para elucidar situações problemáticas, conflitos ou interrupções na fluidez comunicativa caracterizada pelo consenso prévio dos atores, inclusive através de diferentes juízos expressos pelos participantes da interação, e, desta forma, criar novas configurações e realidades no mundo, gerando novos consensos e compromissos no sentido de atos de fala característicos.

As interações nas reuniões tinham como característica marcante a discussão sobre a divisão de atividades e socialização de informações. Este tipo de comunicação ocorre, segundo Peduzzi (2001), como recurso de otimização da técnica em que há predominância do agir instrumental. No entanto, mesmo que a interação implique expectativas relativas ao cumprimento de tarefas, existe a possibilidade de tematizar normas consensuais, questionando sua validade com argumentação, e de apresentar outras interpretações e fundamentá-las na busca do entendimento recíproco em que se funda a intersubjetividade da ação (Lima, Rivera 2009). É unânime, entre os profissionais, que uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe é a relação interpessoal, a convivência que se dá quarenta horas por semana, todos os dias, em que pesam as diferenças de personalidade, interesses conflitantes e, até mesmo, as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. O que demonstra a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social e da comunicação como possibilidade de pactuar e renovar os valores subentendidos nas regras de trabalho, e, também, como forma de enfrentamento do conflito (Carvalho, 2012).

Na investigação realizada por Colomé (2005), os problemas de ordem interpessoais são assinalados como um fator que atrapalha a comunicação entre os agentes. Apesar de as divergências serem

inseparáveis da ação coletiva, muitas vezes, elas se tornam um fator de desmotivação no trabalho, sobretudo quando não há espaço para o diálogo e existe pouca escuta, como capacidade de se abrir ao outro, respeitando as diferenças de concepções, personalidades e posturas.

Neste sentido, esta mesma autora aborda a importância de que as capacitações para as equipes da ESF não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas que, nelas, sejam tratados temas referentes ao relacionamento interpessoal e ao trabalho em equipe.

Motta (2001) sugere incentivar a reflexão estratégica em conjunto – produção de consensos, compromissos de ação e novos canais de comunicação – como forma planejada de compartilhar expectativas e análises sobre a razão de ser de uma equipe de saúde através do desenvolvimento de atividades coletivas regulares na instituição.

Com base nas questões até aqui discutidas, pode-se dizer que há uma aproximação entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos que é apresentada pelos profissionais como tendo um caráter dinâmico, processual e conflituoso. Até porque convive, na cultura deste grupo, uma forte influência da razão instrumental na comunicação, ao mesmo tempo em que há a emergência de novos discursos, de novas possibilidades, representadas pela constituição de um espaço de troca e construção de consensos dentro da reunião de equipe, e valores compartilhados, como o reconhecimento da própria precariedade e de que o sentido de determinada situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

Considerações finais

Na busca pela integralidade de atenção à saúde, a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional transforma este trabalho em unidade produtora de cuidados que precisa de novas formas de mobilização do coletivo que superem o isolamento das práticas dos distintos profissionais e concorram para sua integração.

A equipe de saúde investigada possui características mais próximas da equipe interação, em que há articulações das ações e na qual a comunicação é entendida e utilizada como um meio de integração social.

As equipes de saúde da família transitam num ideário que busca inovação no modo de se produzir saúde, ao mesmo tempo em que se deparam com contradições provenientes das condições de trabalho e da relação com a coordenação municipal. Somando-se a isso, existe um tensionamento no qual os vários projetos dos atores sociais divergem e convergem, demonstrando qual é a possibilidade coletiva de trabalho.

Por isso, é essencial promover conjuntura favorável em termos de estrutura: condições dignas de trabalho, acesso a suporte diagnóstico, educação permanente, suporte gerencial e matricial. Assim como é fundamental reconhecer a importância das relações interpessoais e da comunicação para reestruturação das práticas assistenciais, de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho, na qual os profissionais reconheçam o trabalho do outro, atuem em um sistema de confiança e busquem, para além da articulação das ações, a interação comunicativa (Peduzzi, 2007).

Revela-se aí a necessidade de se explorar, cada vez mais, a observação da dimensão do trabalho enquanto interação social, e das conversações como possibilidade de se compreenderem melhor os processos interativos intrínsecos ao trabalho em equipe.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface (Botucatu)**, v.5, n.9, p.150-3, 2001.
- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e Aids. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.1, p.183-95, 2001.
- AUSTIN, J.L. **How to do things with the words**. Oxford: Oxford, 1962.
- BARROS, M.E.B.; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p.75-84.
- CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, A.S. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface (Botucatu)**, v.5, n.9, p.133-42, 2001.
- CAMPOS, F.E.; CHERCHIGLIA, M.L.; AGUIAR, R.A.T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Rev. Bras. Saude Fam.**, v.2, n.5, p.71-9, 2002.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- CARVALHO, B.G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.
- COLOMÉ, I.C.S. **Trabalho em equipe no programa saúde da família na concepção de enfermeiras**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.
- CONTANDRIOPOULOS, D. et al. (Org.). **L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2005.
- ECHEVERRIA, R. **Ontologia del lenguaje**. Santiago: Dolmen, 1997.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v.376, p.1923-58, 2010.
- HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- IÑGUINEZ, L. A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e métodos. In: _____. (Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p.50-104.
- LIMA, M.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.31, p.329-42, 2009.
- MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.3, p.771-9, 2004.
- MCCALLIN, A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? **J. Nurs. Manag.**, v.11, n.6, p.364-70, 2003.

MENDES, L.C.B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.42, p.719-31, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

OLIVEIRA, E.M., SPIRI, W.C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saude Publica**, v.40, n.4, p.727-33, 2006.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.419-26.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p.161-77.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

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

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. A liderança como intersubjetividade linguística. **Interface (Botucatu)**, v.10, n.20, p.411-26, 2006.

SAKATA, K.N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2009.

SEARLE, J.R. **A taxonomy of illocutionary acts in language, mind and knowledge**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976.

SILVA, L.M.; SANTOS, M.A. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, v.39, n.3, p.415-24, 2006.

SILVA, I.Z.; TRAD, L.A. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: World Health Organization, 2010.

Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/>. Acesso em: 5 dez. 2012.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. El trabajo multi-profesional en la Estrategia de Salud Familiar: un estudio sobre modalidades de equipos. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.

Se trata de un estudio de caso sobre el trabajo en equipo multi-profesional de salud basado en las referencias teóricas de la teoría de las conversaciones de Echeverría y en los criterios de análisis construidos por Peduzzi. El campo donde se realizó el estudio fue una unidad básica de salud que forma parte de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en el municipio de Río de Janeiro, Brasil. Un grupo de salud de la familia se consideró como unidad de análisis, habiéndose realizado nueve entrevistas semi-estructuradas y observación participativa en nueve reuniones del grupo. Los resultados muestran que el trabajo en grupo en la ESF surge como posibilidad para una práctica más comunicativa y cooperativa en la que los profesionales reconocen el trabajo unos de los otros y comparten objetivos, configurándose así en una pequeña red de conversaciones.

Palabras clave: Grupo de atención al paciente. Atención Primaria. Programa de Salud Familiar.

Recebido em 05/07/12. Aprovado em 12/03/13.