

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu

ROSIMEIRE APARECIDA MANOEL

COORDENAR OU GERENCIAR EQUIPES?

**O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de
Saúde da Família**

Botucatu

2012

ROSIMEIRE APARECIDA MANOEL

COORDENAR OU GERENCIAR EQUIPES?

**O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de
Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração: Saúde Pública – da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins

Apoio: FAPESP

Botucatu

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Manoel, Rosimeire Aparecida.

Coordenar ou gerenciar equipes? O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de saúde da família / Rosimeire Aparecida Manoel. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

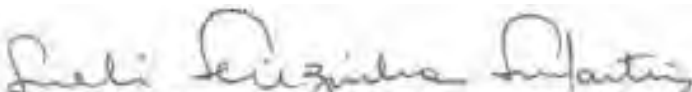
Orientador: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Capes: 40600009

1. Psicologia social – História. 2. Grupos de trabalho. 3. Programa Saúde da Família.

Palavras-chave: Coordenação; Processo grupal; Psicologia sócio-histórica; Saúde da família; Trabalho em equipe.

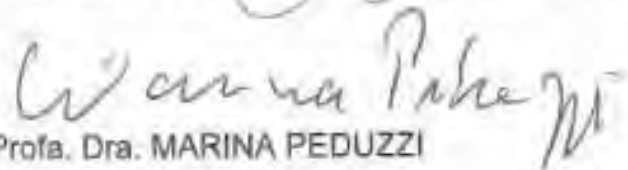
Comissão Examinadora



Profa. Dra. SUELI TEREZINHA F MARTINS



Profa. Dra. JULIANA CAMPREGHER PASQUALINI



Profa. Dra. MARINA PEDUZZI

Dedicatória

Aos meus pais, Benedito e Maria, que sempre apoiaram minhas escolhas.

*À Denise Stefanoni Combinato, modelo de profissional e amiga,
em gratidão a todo o incentivo para trilhar os caminhos da pesquisa.*

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

À Professora Sueli Terezinha, por ter me acolhido prontamente, possibilitando a concretização desse projeto de vida/profissional, e por toda a compreensão e dedicação na orientação deste trabalho, meu eterno agradecimento!

Ao Professor Marcelo Dalla Vecchia, que vem contribuindo com a minha formação desde a graduação, mas, de maneira especial, pela disponibilidade em colaborar com este trabalho.

Aos Professores que participaram da Banca de Qualificação, pelas valiosas sugestões para a conclusão desse trabalho: Prof^a. Juliana Pasqualini, Prof^a Margareth Almeida e Prof^a. Maria Dionísia.

À Professora Marina Peduzzi, que gentilmente aceitou participar da Banca de Defesa.

Às participantes dessa pesquisa, que aceitaram colaborar com esse trabalho.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e aos funcionários da Pós-graduação, Biblioteca, Finanças e Departamento de Saúde Pública, em especial, ao Wagner, por toda a atenção e orientação na área de informática.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Grupo de Estudo em Saúde Pública, Núcleo Cuesta - ABRAPSO, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET/Saúde Mental, pelos momentos de apoio, discussões e reflexões teóricas.

Aos amigos, que acompanharam minha trajetória antes e durante o mestrado: Ana Paula, Katiuska, Ellen, Heidi, Maria Vilela, Juliana Carla, Aline Danusa, Fernanda, Jean, Alan, Maila, Flávia e Luciana. De maneira especial, ao grupo: Aninha, Alexandre, Marcos e Vinicius, que tornaram esse período tão especial, como jamais poderia imaginar.

Aos meus irmãos, Márcio e Silmara, e familiares, que sempre se orgulharam de toda a minha trajetória.

Ao Irley, namorado, noivo, companheiro para todos os momentos, pelo carinho, apoio, ajuda, e mesmo em alguns momentos ter incompreendido minha ausência para elaboração deste trabalho, me esperou e continua me apoiando nesse caminho.

À Deus, por sempre estar junto de mim!

Por fim, agradeço a todos e todas que passaram pelo meu caminho, contribuindo direta ou indiretamente para a construção deste trabalho, pois “cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra; cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós; essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”¹.

¹ Autor desconhecido.

Epígrafe

“A sua corrida para a aprendizagem acabava de começar”.
Ao verdadeiro Fernão Capelo Gaivota que vive em todos nós.

Richard Bach

Resumo

MANOEL, R.A. **Coordenar ou gerenciar equipes? o processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de Saúde da Família.** 2012. 239f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2012.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem-se consolidado como o principal modelo assistencial na Atenção Básica. Seu processo de trabalho prevê a atuação coletiva/interdisciplinar de equipes multiprofissionais, a qual implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração entre os membros. Dessa forma, a importância do papel do coordenador da equipe, como mediador das relações de trabalho, em compreender que o grupo/equipe não consiste apenas na reunião de pessoas que compartilham normas e objetivos. A compreensão da equipe enquanto processo grupal envolve a relação de interdependência entre atividade e consciência como categorias essenciais. Assim, a pesquisa teve por objetivo descrever e analisar o processo da coordenação de equipes na Saúde da Família, sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tanto no nível local (Unidade Básica com Saúde da Família - UBSF), quanto no nível central (Secretaria Municipal de Saúde - SMS), tendo em vista identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo. O referencial teórico utilizado foi a abordagem Sócio-Histórica, pautada no Materialismo Histórico e Dialético. A pesquisa foi realizada em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo. Participaram da pesquisa catorze profissionais, dos quais onze são coordenadores das UBSF locais e três coordenadores da ESF no nível central. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: entrevistas semiestruturadas gravadas e observação participante das reuniões de equipe. A categoria profissional que desempenha o papel de coordenador da ESF no referido município, tanto no nível local quanto no central, é da área da Enfermagem. A maioria dos profissionais que atua nas UBSF entende que essa função faz parte das suas atribuições enquanto enfermeiros na ESF. No entanto, na maioria dos relatos, as atividades referidas como de coordenação restringem-se aos aspectos administrativos presentes na rotina das unidades e estão sob uma perspectiva de controle. Em contrapartida, os profissionais não tiveram nenhum trabalho de formação voltada para a atuação como coordenadores de equipes, tendo em vista o desenvolvimento dessas para um trabalho coletivo/interdisciplinar. A política da gestão municipal apresenta-se no discurso dos coordenadores centrais como voltada para a gestão participativa. Todavia, o foco das práticas de saúde prioriza o cumprimento de metas e o atendimento curativo/individual em detrimento da produção do cuidado integral, por isso a ênfase da gestão voltar-se para o controle. Assim, a perspectiva do trabalho dos coordenadores centrais, do mesmo modo que dos coordenadores locais, dirige-se para o controle do processo de trabalho. Deste modo, identificamos como isso é prejudicial para a construção do trabalho em equipe em uma perspectiva de trabalho coletivo e de como o processo grupal apresenta-se como um importante referencial teórico da Psicologia Social para a discussão dessa temática.

Palavras-chave: Trabalho em equipe; Coordenação; Saúde da Família; Processo Grupal; Psicologia Sócio-Histórica.

Abstract

MANOEL, R.A. **Team coordinating or managing? the group process as a possibility to collective work in Family Health teams**. 2012. 239f. Dissertation (Mastering in Collective Health) – Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2012.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) has been consolidated as the main care model in Basic Attention. Its work process foresees the collective/interdisciplinary performance of multiprofessional teams, which imply to share the planning, task division, cooperation and collaboration among the members. In this way, the importance of team coordinator role, as intercessor in work relations, understanding the group/team does not only consist in meeting of people who share rules and goals. The team comprehension while the group process implicates the relation of interdependency between activity and conscience as essential categories. Then, the research has the goal to describe and to analyze the team coordination process in Family Health, under the professional perspective that develop this activity, both local standard (Primary Care Unit with Family Health – PUFH), and central standard (Municipal Health Office – MHO), for identifying the impacts of their actions for a team work constitution of a collective work perspective. The used theoretical reference was the approach Socio-Historic, ruled in Historic and Dialectic Materialism. The research was done in an average size city in the São Paulo state countryside. Fourteen professionals participated in the research, eleven were coordinators of local PUFH and three coordinators of FHS at central standard. The used tools to collect data were: Record semi-structured interviews and participating observation of team meetings. The professional category that develops the coordinator rule FHS in the cited city, both local and central standard, is Nursing area. The most of the professionals that work in PUFH understand this duty as part of his assignment while nurses in the FHS. However, in the most of the reports, the cited activities as the coordination are limited to management aspects present in unit routines and are under a control perspective. By contrast, the professionals who did not have any formation work to actuate as team coordinators, seen the development of these ones for collective/interdisciplinary work. The municipal management policy shows itself in the central coordinator speech back to the participative management. Therefore, the focus of health practice prioritizes the fulfillment of goals and the individual/curative service to the detriment of total care production, then the management emphasis back to the control. Thus, the work perspective of central coordinator, the same way the local coordinator's, conducts for the work process. Then, we identified how this is harmful for the work construction in team in a collective work perspective and how the group process shows itself as an important theoretical reference of Social Psychology for this thematic discussion.

Key words: Team work; Coordination; Family Health; Group Process; Socio-Historic Psychology.

Sumário

SUMÁRIO**RESUMO****ABSTRACT**

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO TEÓRICA.....	22
2.1 O processo de trabalho: trabalho coletivo e a cooperação.....	23
2.2 O processo de trabalho na saúde: Atenção Primária e trabalho em equipe	41
2.3 Psicologia social: o processo grupal e a coordenação.....	61
3. OBJETIVOS.....	81
3.1 Objetivo Geral	82
3.2 Objetivos Específicos	82
4. METODOLOGIA	83
4.1 Referencial teórico	84
4.2 Categorias de análise: atividade, consciência e processo grupal.....	92
4.3 Local da pesquisa.....	96
4.4 Coleta de dados.....	98
4.5 Aspectos éticos.....	100
4.6 Participantes	101
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE.....	102
5.1 Caracterização dos participantes.....	103
5.2 Caracterização do processo de trabalho	108
5.2.1 Condições materiais para o desenvolvimento do trabalho das equipes SF	110
5.2.2 Condições dos Agentes do Trabalho/Trabalhadores em Saúde.....	117
5.2.3 A organização do processo de trabalho nas equipes da ESF	129

5.3 Apresentando o fenômeno: a coordenação da equipe na ESF	142
5.4 Adentrando no fenômeno.....	147
5.4.1 Por que a enfermagem?	147
5.4.2 Coordenar ou gerenciar?	163
5.4.3 O processo grupal como (no) caminho do <i>fazer</i> coordenação.....	176
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
7. REFERÊNCIAS	212
8. APÊNDICES.....	228

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O interesse por esse objeto de estudo, a coordenação de equipes na Saúde da Família, teve início durante o período da graduação em Psicologia. A participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão, cada uma cooperando em diferentes aspectos, deram as condições para a escolha desse tema na pós-graduação.

No ensino foi o contato com a disciplina de Orientação Profissional que me proporcionou apreender a categoria “trabalho” de maneira diferente, resignificando-a. Concomitante a esse momento, participei do projeto de pesquisa na área da saúde (Escolha profissional e inserção no trabalho no Programa Saúde da Família), no qual tive contato tanto com as políticas públicas em saúde e, especificamente, com esse modelo de atenção à saúde (hoje denominado de Estratégia Saúde da Família), como com a categoria profissional Enfermagem, já que meu plano de trabalho envolvia essa profissão (Escolha profissional de enfermeiros e inserção no trabalho no Programa Saúde da Família).

O processo grupal só apareceu na minha trajetória durante um projeto de extensão (Envelhecimento e promoção de saúde na Atenção Básica). Foi por meio deste trabalho que tive a oportunidade de “experimentar” junto com mais duas colegas o papel de coordenação; e assim, compreender que o trabalho em grupo, seja com usuários ou com equipe, não se restringe à aplicação das famosas dinâmicas de grupo, essas até podem ser uma ferramenta perigosa muitas vezes.

O engajamento nessas atividades também despertou o interesse até então pouco conhecido pela docência, o que me motivou a procurar aprofundar meus estudos na área da saúde. Mas antes mesmo da inserção no mestrado, pude ter a experiência de trabalhar em uma equipe em outra área; trabalhei como psicóloga institucional de uma entidade de acolhimento institucional de crianças e adolescentes.

Essa experiência, embora com curta duração (seis meses), endossou ainda mais o interesse pelo estudo nessa temática, sobretudo, na questão da coordenação e da desmistificação da representação do trabalho em equipe em constante harmonia, como em uma orquestra. Acredito sim, que esses momentos existem, mas não podemos negar ou ocultar as diferenças, os conflitos que perpassam esse trabalho.

Deste modo, buscamos descrever e analisar o processo de coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tanto no nível local – Unidade Básica com Saúde da Família (UBSF) – como no nível central - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo em vista identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo.

O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho em coletivo, socialmente legitimada na contemporaneidade. Entretanto, no cotidiano dos serviços observa-se o quanto esse trabalho, no modo de produção capitalista, é especializado e fragmentado, a fim de alcançar uma maior produtividade. Na área da saúde isso não é diferente, embora exista um acúmulo sobre as práticas desse trabalho para a produção do cuidado integral em saúde, adverte-se para a expressão da lógica capitalista perpassando sua organização.

Surge daí uma das justificativas para se estudar o papel dos coordenadores de equipe. Ter uma equipe composta por distintos profissionais implica em um trabalho em equipe? Pode a figura de um coordenador de equipe contribuir para que o trabalho ocorra realmente em equipe?

Vale lembrar que a coordenação do trabalho em equipe na saúde é uma temática com pouca produção teórica. Recorrentemente, o coordenador é representado como o líder de equipes. Sendo assim, é pertinente esclarecer, desde já, que não é essa a proposta deste trabalho.

Como veremos adiante, muitas vezes a figura do coordenador está muito mais a serviço da manutenção das relações de trabalho como estão postas, do que para sua transformação. Contudo, partimos da compreensão de que o trabalho em grupo/equipes é condição fecunda e imprescindível para conceber as transformações de práticas sociais.

Diante disso, elegemos a proposta do processo grupal enquanto uma metodologia para a coordenação na análise do trabalho em equipe, tendo em vista construir subsídios para um trabalho pautado na modalidade do trabalho coletivo/interdisciplinar.

A trajetória teórica percorrida neste trabalho está organizada em três itens do segundo capítulo. No primeiro compreendemos o desenvolvimento do processo de trabalho em suas distintas formas de organização, com destaque para o papel do trabalho coletivo e da cooperação na constituição do ser humano. No segundo, dedicamo-nos à organização do processo de trabalho na saúde, partindo já do modo de produção capitalista, circunscrito no

nível de Atenção Primária e no aspecto do trabalho em equipe, contextos da nossa investigação. Por fim, no terceiro item trouxemos os pressupostos da Psicologia Social, na qual se situa nossa proposta (o processo grupal) para estudar a temática do trabalho em equipe na saúde, bem como o papel do coordenador nesse contexto.

No terceiro capítulo apresentamos os objetivos da pesquisa e no quarto capítulo é explicitado o caminho metodológico escolhido por este estudo. Neste momento priorizamos demarcar o referencial teórico utilizado, trazendo a nossa compreensão de mundo, homem e conhecimento, além de explicitar os instrumentos para a coleta dos dados, os participantes, o município e os aspectos éticos. A análise parte da ciência da Psicologia, em especial da Psicologia Sócio-Histórica, inserida no Programa de Saúde Coletiva com área de concentração em Saúde Pública, ou seja, é nesse lugar que situa nosso olhar e análise em direção ao objeto da pesquisa.

Na apresentação e discussão dos resultados (quinto capítulo), caracterizamos tanto os sujeitos participantes como suas condições de trabalho e organização. Pautados nos pressupostos metodológicos, iniciamos a análise com a apresentação do fenômeno/objeto em sua aparência, para em seguida nos lançarmos ao desafio da sua explicação (essência).

Espero que as reflexões levantadas por este trabalho possam contribuir para além da minha formação e futura atuação, mas especialmente, para a prática de outros profissionais.

Revisão Teórica

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 O processo de trabalho: trabalho coletivo e a cooperação

O trabalho coletivo surgiu há milhares de anos com o início da humanidade. Ao longo da história, os homens criaram diversas formas de produção para prover suas necessidades conforme o meio em que viviam (ALBORNOZ, 1995).

Partimos do pressuposto de que o trabalho é categoria central para a constituição do ser humano. Segundo Engels (1896/1990)², o trabalho “é o fundamento da vida humana. Podemos até afirmar que sob determinado aspecto, o trabalho criou o próprio homem” (p. 19)³.

Genericamente, trabalho é definido como toda ação sobre a natureza, a fim de atender uma necessidade. Marx (1867/1982a), ao conceituar o trabalho, também destacou o desenvolvimento da condição humana nesse processo:

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana (p. 202).

O aparecimento e o desenvolvimento do trabalho ocasionaram a hominização do cérebro, dos órgãos do sentido e da atividade externa, o que, conseqüentemente, modificou a aparência física e a organização anatômica e fisiológica do homem. Dessa forma, não se desconsidera a origem animal do homem, pois o seu desenvolvimento é duplamente determinado, tanto pelas leis biológicas, que deram sustentação para que os órgãos se adaptassem diante das necessidades de produção, como pelas leis sócio-históricas,

² No decorrer do texto, algumas referências, assim como nessa, apresentam o ano de publicação da obra original, seguido do ano de publicação da obra utilizada na elaboração desse trabalho, a fim de contextualizar historicamente a bibliografia.

³ Sabemos que há diferentes interpretações a respeito dessa temática (a dialética da natureza humana); entretanto, não as abordaremos neste trabalho.

originadas no desenvolvimento da própria produção e nos fenômenos envolvidos, conduzindo a evolução humana (LEONTIEV, 1964/2004c).

Todavia, não devemos perder de vista que o homem é um ser social, e que, portanto, nessa relação homem-natureza, “o trabalho se efetua em condições de atividade comum coletiva, de modo que o homem, no seio deste processo, não entra apenas numa relação determinada com a natureza, mas com outros homens, membros de uma dada sociedade” (LEONTIEV, 1959/2004a, p. 80).

Mas falar de trabalho, no sentido exato da palavra, para Engels (1896/1990) é possível “somente a partir do momento em que surgem instrumentos elaborados, fabricados” (p.27). Segundo o autor, o simples fato de se apoderar das matérias-primas da natureza como são, não é trabalho. Para uma ação se configurar em atividade de trabalho é necessária a existência e utilização de instrumentos, meios construídos pelo próprio homem para modificar as matérias-primas disponíveis na natureza.

Até aqui podemos dizer que o trabalho humano tem uma origem social, é firmado na cooperação e mediado pelo instrumento. Porém, seus predicados não se encerram assim.

Foi durante o desenvolvimento do trabalho em coletivo e de forma cooperativa que se constituiu como necessidade uma das principais aptidões humanas, que contribuiu para que se consolidasse a organização da vida em sociedade, a linguagem:

Pelo que tudo indica, a linguagem se desenvolveu historicamente quando os seres humanos tiveram necessidade de cooperar para a sua sobrevivência. Da mesma forma como criaram instrumentos necessários para uma prática de sobrevivência, desenvolveram a linguagem como forma de generalizar e transmitir esta prática. O trabalho cooperativo, planejado, que submete a natureza do homem, só foi possível através do desenvolvimento da linguagem pelos grupos sociais humanos (LANE, 1981/1994, p. 25).

Assim, além de ser responsável pelo surgimento da espécie humana e da organização desta em sociedade, o trabalho desempenha um importante papel no aspecto subjetivo do homem, à medida que é mediador entre o mundo material, objetivo e o mundo

subjetivo do indivíduo. Marx (1867/1982a) escreveu sobre essa relação dialética entre o homem e a natureza:

[O Homem] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo de forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho (p. 202).

Portanto, agir sobre a natureza de maneira coletiva e cooperativa por intermédio de instrumentos e da linguagem, constituiu as condições necessárias para o desenvolvimento do psiquismo humano.

Leontiev (1959/2004a), um dos estudiosos que sistematizou essa discussão, com base nos escritos de Engels (1820-1895)⁴, reafirmou que o trabalho não só criou o próprio homem, mas também a consciência.

O reflexo consciente, diferentemente do reflexo psíquico próprio do animal, é o reflexo da realidade concreta destacada das relações que existem entre ela e o sujeito, ou seja, um reflexo que distingue as propriedades objetivas estáveis da realidade. [...] A consciência humana distingue a realidade objetiva do seu reflexo, o que leva a distinguir o mundo das impressões interiores e torna possível com isso o desenvolvimento da observação de si mesmo (p.75).

As condições para o desenvolvimento da consciência humana encontraram-se na transformação qualitativa das operações desempenhadas no processo de trabalho por meio dos instrumentos. É na fabricação e no uso do instrumento para modificar a natureza que o homem obtém a consciência desse objeto de ação e de suas propriedades objetivas. Caracteriza-o não como um objeto constituído somente de características físicas, mas como um objeto social, que possui todo o acúmulo do trabalho coletivo. “Assim, é o instrumento que é de certa maneira portador da primeira verdadeira abstração consciente e racional, da primeira generalização consciente e racional” (LEONTIEV, 1959/2004a, p. 88).

Para compreender a formação da consciência, segundo Vigostki⁵ (1934/2000a), o pensamento e a linguagem são funções essenciais. A linguagem surgiu com a palavra

⁴ As datas apresentadas entre parênteses e separadas por hífen são, respectivamente, a data do nascimento e a data da morte do autor.

⁵ Optou-se por escrever o nome do autor na forma traduzida para a língua portuguesa, exceto no caso de citações na íntegra.

articulada ou escrita como meio de comunicação. Como salientou Engels (1896/1990, p. 25), “o trabalho, primeiro, depois a palavra articulada, constituíram-se nos dois principais fatores que atuaram na transformação gradual do cérebro do macaco em cérebro humano [...]”.

Para tanto, a consciência é mediada, concretamente, pela formação do pensamento e da linguagem, desenvolvidos no processo de reflexo generalizado da realidade, elaborada socialmente.

Assim, a linguagem não desempenha apenas o papel de meio de comunicação entre os homens, ela é também um meio, uma forma da consciência e do pensamento humanos, não destacado ainda na produção material. Torna-se a forma e o suporte da generalização consciente da realidade. Por isso, quando, posteriormente, a palavra e a linguagem se separam da atividade prática imediata, as significações verbais são abstraídas do objeto real e só podem, portanto, existir como fato de consciência, isto é, como pensamento (LEONTIEV, 1959/2004b, p. 93,94).

O homem, diferentemente do animal, atua sobre a natureza de maneira intencional e consciente para produzir seus meios de vida. Isso se deve ao fato de, no processo de sua atividade de trabalho, ocorrer a separação do objeto da ação de sua motivação. Em outras palavras, a relação entre o motivo da atividade (o porquê se faz) e o seu objeto (o que se faz) não acontece de maneira direta, como com os animais. Muitas vezes, o motivo de uma atividade não coincide, necessariamente, com o conteúdo da sua ação.

Um exemplo disso é a situação em que o batedor assusta a presa para posteriormente esta ser capturada por um bando que está a sua espreita. Notamos que a ligação da ação do batedor não tem sentido descolada da dos outros integrantes do bando. Duarte (2004) esclarece, segundo os pressupostos de Leontiev (1903-1979), que a explicação para o sentido da ação desse indivíduo está no conjunto da atividade social, ou seja, a ação individual só tem sentido racional inserida nesse conjunto maior, que é a atividade.

Essa decomposição, entre o motivo e o objeto (ou conteúdo) da ação, “supõe que o sujeito que age tem a possibilidade de refletir psiquicamente a relação que existe entre o motivo objetivo da relação e o seu objeto. Senão, a ação é impossível, é vazia de sentido para o sujeito” (LEONTIEV, 1959/2004a, p. 85). Compete assim à consciência a função de fazer essa integração.

Vigostki (1931/2003) enfatizou o papel dos signos enquanto elementos fundamentais de construção das funções psicológicas do homem, inserido nessa relação com o mundo. É por meio dos signos que o indivíduo se apropria do seu comportamento, que é primeiramente exterior e em seguida interior, processo denominado pelo autor de internalização. Figurativamente, o papel do signo como instrumento da atividade psicológica é análogo ao papel do instrumento no trabalho. Assim, “a internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as operações com signos” (p. 75).

Os signos são considerados instrumentos simbólicos, dentre os quais está a linguagem, que representam as significações construídas e determinadas socialmente. De acordo com Leontiev (1959/2004b), “o reflexo consciente é psicologicamente caracterizado pela presença de uma relação interna específica, a relação entre sentido subjetivo e significação” (p. 100). A significação constitui o conteúdo da consciência social, que é refletida pelo indivíduo de maneira particular, decorrendo em um sentido subjetivo. Cabe ressaltarmos que esse processo não ocorre de maneira passiva, pelo contrário, acontece de modo criativo e ativo.

Voltemos ao exemplo do batedor de caça, cuja ação (espantar a caça) consiste no seu objetivo imediato, que só será uma ação consciente à medida que se refletir nas relações objetivas de trabalho, integrando em sua consciência o conteúdo e o motivo da ação.

Convém lembrar que o desenvolvimento da consciência está condicionado ao modo de produção material, e “não é a consciência dos homens que determina seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina sua consciência” (MARX, 1859/1983, p.24). Ou seja, a consciência varia de acordo com as condições materiais e econômicas de vida em que o homem se encontra, a depender do lugar que ele ocupa no processo produtivo. Mencionado de outro modo, existe uma relação entre a consciência humana e o modo de produção. “Razão por que podemos pensar que uma transformação radical das relações de produção acarreta uma transformação não menos radical da consciência humana, que se torna diferente qualitativamente” (LEONTIEV, 1959/2004b, p. 97).

Todo esse processo de desenvolvimento histórico humano deve-se ao processo educativo de transmitir às gerações futuras a cultura material e intelectual alcançada como produto do trabalho coletivo, sustentado na cooperação.

O indivíduo forma-se, apropriando-se dos resultados da história social e objetivando-se no interior dessa história, ou seja, sua formação realiza-se por meio da relação entre objetivação e apropriação. Essa relação se efetiva sempre no interior de relações concretas com outros indivíduos, que atuam como mediadores entre ele e o mundo humano, o mundo da atividade humana objetivada (DUARTE, 2004, p.51).

Portanto, juntamente com o trabalho, a cooperação é considerada uma categoria ontológica no desenvolvimento humano, ao passo que “o trabalho social, assim como a atividade do indivíduo, é a própria vida humana que se constrói continuamente. A qualidade desta construção dependerá sempre da comunicação e cooperação entre o homem [...]” (LANE, 1981/1994, p. 65).

Até esse ponto procuramos ressaltar o papel ocupado pelo trabalho no desenvolvimento da espécie humana e, conseqüentemente, na organização da vida social, tendo em vista a cooperação, compreendida como elemento imprescindível em todo esse processo, a exemplo do desenvolvimento da linguagem, e da qual se origina o trabalho coletivo⁶.

A partir desse momento, voltaremos nossa atenção para a organização da vida social, que, como já introduzida anteriormente, passou por distintas formas de produção, o que necessariamente, envolveu diferentes *processos de trabalho* e relações sociais; sem perder de vista os elementos centrais da nossa discussão: o trabalho coletivo e a cooperação.

Tomando como referência a descrição de Marx (1867/1982a) sobre *processo de trabalho*, têm-se três elementos: “1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio

⁶ Por se tratar de um trabalho fundamentado no referencial marxista, convém nos adiantarmos para esclarecer que o termo trabalho coletivo utilizado aqui não remete ao que Marx denominou de trabalhador coletivo, definido especificamente na análise do processo de trabalho no modo de produção capitalista. Mas, refere-se particularmente, à definição implícita que trouxe no capítulo Cooperação (Capítulo XI do livro O Capital), ao dizer que “a produtividade específica da jornada de trabalho coletiva é a força produtiva social do trabalho ou a força produtiva do trabalho social. Ela tem sua origem na própria cooperação. Ao cooperar com outros de acordo com um plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie” (MARX, 1867/1982b, p. 378). Dessa forma, compreendemos que o trabalho coletivo teve sua origem na cooperação, proporcionando assim o desenvolvimento das potencialidades da espécie.

trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto do trabalho e 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (p. 202).

Antes de prosseguirmos, é pertinente detalharmos um pouco mais cada elemento desse processo:

Processo de trabalho é o resultado da combinação do objeto, dos meios, da força e do produto do trabalho. O objeto do trabalho é a matéria que se trabalha: matéria bruta é a matéria que se encontra em estado natural; matéria-prima é a matéria que já sofreu a intervenção do homem, mas ainda não foi convertida em produto. Os meios de trabalho são os instrumentos que o homem utiliza para realizar a transformação da matéria e o ambiente em que ocorre essa transformação: o serrote e a oficina de marcenaria são meios de trabalho. Força de trabalho é a energia humana empregada no processo de transformação, mas não pode ser confundida com o trabalho (o trabalho é o rendimento da força de trabalho). Produto é o valor criado pelo trabalho e corresponde ao objeto produzido para satisfazer as necessidades humanas (o produto é então um valor de uso). Logo, pelos conceitos expostos, o trabalho está embutido num processo que envolve elementos concretos e abstratos em todas as suas etapas (grifo do autor) (OLIVEIRA, 1987, p. 6,7).

Ao resgatar a história do trabalho, percebemos como o seu processo, à medida que foi evoluindo, tornou o trabalho de condição de desenvolvimento humano a de desumanização. Assim sendo, advertimos para a falácia da relação direta entre progresso econômico e progresso social.

Nas sociedades primitivas a atividade fim do trabalho era única: a sobrevivência. Desse modo, o trabalho coletivo consistia em uma ação em que todos se responsabilizavam pela sobrevivência de todos, de forma cooperativa e solidária, sem desigualdades e distinções no acesso ao produto do trabalho. A exploração do trabalho humano surge quando a produção material excedeu as necessidades de sobrevivência (KNAPIK, 2005).

Knapik (2005) explica que essa situação despertou a possibilidade de detenção do poder, sendo as propriedades disputadas, surgindo assim, a primeira divisão de classe social. Oliveira (1987), por sua vez, chama a atenção para outro acontecimento presente nesse processo, a fixação da comunidade primitiva à terra, que favoreceu a produção de excedente, contribuindo decisivamente para a desintegração da organização comunitária tribal.

Nesse contexto se iniciava a propriedade privada, a gradativa expropriação do trabalhador dos meios de trabalho, bem como a intensificação da exploração de alguns sobre outros. Mudavam-se os sistemas de produção (escravismo, feudalismo, capitalismo), mas permanecia a exploração do trabalho humano, sendo o excedente sendo aproveitado por aqueles que não o produziram (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006).

Parece contraditório, mas a cooperação⁷, inerente ao trabalho coletivo, perpassou por todo esse processo histórico, transformando em algo completamente diferente do período primitivo. Como analisou Marx (1867/1982b):

A cooperação no processo de trabalho que encontramos no início da civilização humana, nos povos caçadores ou, por exemplo na agricultura de comunidades indianas, fundamenta-se na propriedade comum dos meios de produção e na circunstância de o indivíduo isolado estar preso à tribo ou à comunidade como a abelha está presa à colméia. Distingue-se da cooperação capitalista, sob dois aspectos. O emprego esporádico da cooperação em larga escala no mundo antigo, na Idade Média e nas colônias modernas, baseia-se em relações diretas de domínio e servidão, principalmente na escravatura. A cooperação capitalista, entretanto, pressupõe, de início, o assalariado livre que vende sua força de trabalho ao capital. Historicamente, desenvolve-se em oposição à economia camponesa e ao exercício independente dos ofícios, possuam estes ou não a forma gremial. Nesse confronto, a cooperação capitalista não se manifesta como forma histórica especial de cooperação, mas a cooperação é que se manifesta como forma histórica peculiar do processo de produção capitalista, como forma histórica que o distingue especificamente (p. 383, 384).

Com base nisso, Fine (2001a) explica que é no capitalismo que a cooperação é sistematicamente explorada, “graças à disponibilidade de trabalhadores assalariados que podem ser reunidos em grande número” (p. 81). Essa condição faz com que a cooperação seja utilizada para os interesses do capital em detrimento do coletivo.

Por isso, a força produtiva que o trabalhador desenvolve como trabalhador social é a produtividade do capital. A força produtiva do trabalho coletivo desenvolve-se gratuitamente quando os trabalhadores são colocados em determinadas condições, e o capital coloca-os nessas condições (MARX, 1867/1982b, p. 382).

⁷ “Chama-se cooperação a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes mas conexos” (MARX, 1867/1982b, p. 374).

Dessa forma, a cooperação existiu nos modos anteriores de produção, salvo suas peculiaridades em cada tipo de organização social. Especificamente, com relação ao capitalismo, a cooperação “é mediada pela máquina e não mais pela comunicação [...]” (LANE, 1981/1994, p. 61). Tendo em vista que o capitalismo é o modo de produção vigente, configurando-se assim, as condições objetivas atuais de trabalho, convém examinarmos mais de perto as características do seu processo de trabalho.

Marx (1818-1883) representa o principal teórico que analisou meticulosamente a vida social no capitalismo. Ao estudar a estrutura da sociedade, referiu-se à divisão de classes como um modelo dicotômico em que, de um lado estão os proprietários ou possuidores dos meios de produção e, de outro, os que não os possuem. Dessa forma, desprovido dos meios de produção, o trabalhador é obrigado a vender sua força de trabalho àqueles que os detêm, sendo essa a principal tendência desse modo de produção, a de expropriar os meios de produção do trabalhador (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2002).

A formação de classes sociais vai determinar a divisão social do trabalho, que teve origem na divisão natural das sociedades primitivas, mas se configurou de forma totalmente diferente no capitalismo:

Essa divisão começa no trabalho sexual de procriação, prossegue na divisão de tarefas no interior da família, continua como divisão entre pastoreio e agricultura e entre estes e o comércio, caminha separando proprietários das condições do trabalho e trabalhadores, avança como separação entre cidade e campo e entre trabalho manual e intelectual (CHAUÍ, 1984, p. 54).

A divisão social do trabalho não consiste em uma simples divisão de tarefas, como ocorre na divisão natural; pelo contrário, demarca a divisão entre o trabalhador e os meios de trabalho, resultando na desigualdade da distribuição do produto de trabalho (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2002). O que antes era fruto do trabalho de um artesão, passa a ser de muitos no capitalismo, tendo por objetivo a produção de excedente, representado pela mais valia, isto é, o lucro do capitalista/acúmulo do capital. Marx (1867/1982a) explicou como se dá esse processo comparando-o com o processo de produção de valor:

Comparando o processo de produzir valor com o de produzir mais valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por prolongar além de certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um

equivalente. Ultrapassando esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais valia (valor excedente) (p. 220).

Essa relação de produção acontece de maneira inversa do ponto de vista do trabalhador, pois ao passo que o trabalhador produz mais riqueza/bens, ele se torna mais pobre, mais barato enquanto mercadoria. “Com a *valorização* do mundo das coisas aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens” (grifos do autor) (MARX, 1844/1993, p. 159).

A separação do trabalhador do produto do seu trabalho causa-lhe um estranhamento, estabelecido por sua condição alienada. A partir do momento em que o trabalhador produz mais, aumenta a sua condição de domínio pelo seu produto (o capital), como se esse tivesse uma força autônoma em relação ao trabalhador.

Marx (1844/1993) sublinhou alguns aspectos sobre a alienação. Primeiro, a alienação do homem em relação ao produto do seu trabalho; ao invés do trabalhador se reconhecer no produto do seu trabalho, ele nega a si mesmo. Segundo, aliena o homem de sua espécie, transformando sua vida genérica em meio de vida individual. Em outras palavras, o homem passa a ser meio para a sua sobrevivência à medida que o trabalho aliena sua função ativa e sua atividade vital. Terceiro, o trabalho alienado, por conseguinte, converte “a *vida genérica* do homem, e também a natureza enquanto sua propriedade genérica espiritual, em ser *estranho*, em *meio* da sua *existência individual*” (p.166). Disso resulta um quarto aspecto, que diz respeito à alienação do homem em relação a outro homem. Quando o homem se defronta consigo mesmo, conseqüentemente, defronta-se com outros homens. “Assim, na relação do trabalho alienado, cada homem olha os outros homens segundo o padrão e a relação em que ele próprio, enquanto trabalhador se encontra” (p. 166).

Diante de tais condições, Leontiev (1959/2004b) discorreu sobre os reflexos do trabalho alienado, inerente ao modo de produção capitalista, para o desenvolvimento da consciência:

A “alienação” da vida do homem tem por consequência a discordância entre o resultado objetivo da atividade humana e o seu motivo. Dito por outras palavras, o conteúdo objetivo da atividade não concorda agora com o seu conteúdo objetivo, isto é, com aquilo que ela é para o próprio

homem. Isto confere traços psicológicos particulares à consciência. [...] A sua atividade de trabalho transforma-se, para ele em qualquer coisa de diferente daquilo que ela é. Doravante, o seu sentido para o operário não coincide com a sua significação objetiva (p. 130).

A sociedade capitalista é regida essencialmente pela reprodução do capital. Sendo assim, o sentido da atividade que deveria ser determinado pela relação entre o conteúdo da ação e o motivo ou produto final do trabalho, deixa de ser sob a lógica econômica do capitalismo. O sentido passa a ser estabelecido por quanto o indivíduo recebe e não mais pelo que produz. Portanto, na sociedade de classes, há uma desintegração da estrutura geral da consciência, caracterizada pelo “aparecimento de uma relação de alienação entre os sentidos e as significações, nas quais o seu mundo e a sua própria vida se refratam para o homem” (LEONTIEV, 1959/2004b, p.133). Desse modo, o processo de trabalho capitalista limita as possibilidades do homem de se apropriar da produção humana construída historicamente. Assim:

Chega-se à conclusão de que o homem (o trabalhador) só se sente livremente activo nas suas funções animais – comer, beber e procriar, quando muito, na habitação, no adorno, etc. – enquanto nas funções humanas se vê reduzido a animal. O elemento animal torna-se humano e o humano animal (MARX, 1844/1993, p. 162).

Mas se tal condição é tão ruim para o homem, a ponto de ser comparado a um animal, como ela se mantém? A manutenção de tal sistema produtivo acontece por meio da ideologia, explicada como a legitimação das condições sociais de exploração e dominação, exercida pela classe dominante. É como se essas condições fossem exteriores, naturais e não historicamente produzidas. Segundo Chauí (1984) “a ideologia não é um processo consciente, mas um fenômeno objetivo e subjetivo involuntário produzido pelas condições objetivas da existência social dos indivíduos” (p. 78).

Dessa maneira, a ideologia capitalista, representada pela classe dominante da burguesia, modificou a própria concepção de trabalho. De um significado pejorativo, o trabalho de algo que significava tortura⁸, caracterizado como inferior e degradante na filosofia grega, que competia aos escravos, passou a ter um significado glorificante com o surgimento do capitalismo, sendo concebido como algo que dignifica o homem. A

⁸ A palavra trabalho se origina do latim *tripalium*, que se liga ao verbo vulgar *triapliare*, que significa torturar (ALBORNOZ, 1995).

construção de uma ideologia que glorificasse o trabalho passou a ser imprescindível para os interesses do capital, o de aumentar a produtividade ou mais-valia (BORGES; YAMAMOTO, 2004).

Para isso o processo de trabalho no sistema capitalista assumiu diferentes configurações: da manufatura, ao taylorismo, fordismo e toyotismo. Diversas formas de organizações que não se substituíram, mas se superaram dialeticamente, podendo, portanto, coexistirem em uma mesma época.

O parcelamento do trabalho marcou a primeira organização do modo capitalista - a manufatura. A execução de apenas uma parte da produção exigiu do operário manufatureiro apenas uma parte das suas habilidades e quase nada de suas capacidades intelectuais, pois a produção era determinada pelo capitalista (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006).

Esse processo se intensificou a partir do final do século XVIII. Adam Smith (1723-1790) ilustrou bem isso ao descrever a fabricação de um alfinete em dezoito operações, apontando suas vantagens para a produtividade. Esse economista “postula o aumento da produtividade através da especialização do trabalhador em uma única tarefa. Explica a necessidade da especialização pela natureza das aptidões individuais” (BORGES; YAMAMOTO, 2004, p. 29).

Mas é a partir do século seguinte que ocorreu a separação radical do trabalho manual e intelectual. Mediante um favorável conjunto de condições políticas, sociais e econômicas trazidas pelas ideias do Iluminismo, nasceu a chamada Administração Científica. Essa época, marcada pelo surgimento das primeiras máquinas, exigiu uma adequação da força de trabalho aos novos meios de produção. Taylor (1856-1915), engenheiro norte-americano e um dos expoentes desse movimento, desenvolveu o método conhecido por taylorismo, o qual perseguiu o aumento da produtividade por meio da racionalização do tempo no processo de trabalho. Assim, houve o controle do tempo da produção e a supressão de gestos desnecessários e comportamentos tidos como supérfluos (BORGES; YAMAMOTO, 2004; SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006).

Com a proposta do método científico da administração de cronometragem do tempo empregado em cada operação, surgiu, oficialmente, a função de supervisão/gerenciamento. Borges e Yamamoto (2004) comentam que esses profissionais deveriam “reunir todos os conhecimentos tradicionais antes dos trabalhadores, classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas” (p. 35). Fayol (1841-1925), outro representante dessa época, também se preocupou com a questão do gerenciamento. Mas diferente de Taylor, “partiu de uma visão macroscópica da organização”. (BORGES; YAMAMOTO, 2004, p. 35).

Antes mesmo do desenvolvimento da Administração Científica, já havia movimentos em direção a uma teoria e prática da gerência. Braverman (1974/2011a), autor que estudou mais de perto essa questão, traz em seu trabalho que a gerência passou a ser um problema concreto quando o capitalista sentiu a necessidade de ter “mais” controle sobre o processo de trabalho. Para isso deveria ter controle sobre a força de trabalho, elemento tido como variável do processo, sobretudo, no que diz respeito ao quanto aumenta a produção. “Torna-se portanto fundamental para o capitalista que o controle sobre o processo de trabalho passe das mãos do trabalhador para as suas próprias” (p. 59).

Entretanto, a origem da gerência surgiu de forma rudimentar mediante o próprio exercício do trabalho cooperativo. Marx (1867/1982b) já afirmava isso ao dizer que:

Um violinista isolado comanda a si mesmo, uma orquestra exige um maestro. Essa função de dirigir, superintender e mediar assume-a o capital logo que o trabalho a ele subordinado se torna cooperativo. Enquanto função específica do capital, adquire a função de dirigir caracteres especiais (p. 380).

Em sua forma primitiva, a gerência exercida nas oficinas “assumiu formas rígidas e despóticas, visto que a criação de uma ‘força de trabalho livre’ exigia métodos coercitivos para habituar os empregados às suas tarefas e mantê-los trabalhando durante dias e anos” (BRAVERMAN, 1974/2011b, p. 67).

A formulação da teoria da gerência científica só ocorreu no final do século XIX e início do século XX. Apesar de alguns atribuírem essa preocupação somente a Fayol, Braverman (1974/2011c) aponta que os historiadores do movimento da gerência científica atribuem a Taylor a responsabilidade por culminar e, sobretudo, sistematizar essa tendência

preexistente. A Fayol competiu à formulação dos princípios, a fim de garantir o controle total da empresa.

A função da gerência previa, portanto, a máxima extração da força de trabalho, conferindo-lhe o direito de controlar o trabalho, tendo em vista a fixação de tarefas e a menor interferência possível do trabalhador em sua execução. No entanto, Taylor⁹ radicalizou essa prática, impondo a ideia de que a gerência “só podia ser um empreendimento limitado e frustrado se deixasse ao trabalhador qualquer decisão sobre o trabalho. Seu ‘sistema’ era tão-somente um meio para que a gerência efetuasse o controle do modo concreto de execução de toda atividade no trabalho [...]” (BRAVERMAN, 1974/2011c, p. 85). Desse modo, os gerentes sempre representaram os interesses dos capitalistas e não dos trabalhadores¹⁰.

Independente das tendências administrativas no modelo taylorista, porém na mesma perspectiva, no século XX emergiu o fordismo, também nos Estados Unidos por Henry Ford (1863-1947), conhecido por implementar na indústria automobilística as famosas linhas de montagem. As esteiras móveis representaram uma evolução tecnológica no processo de trabalho da época, fazendo com que o ritmo da produção passasse a ser exercido pela máquina, e a supervisão não ocorresse de maneira tão direta como no taylorismo (BORGES; YAMAMOTO, 2004).

Contudo, desde o surgimento do capitalismo sempre existiram os que lutavam contra esse sistema. Souza e Carneiro (2006) relatam em sua sistematização sobre as utopias em torno do trabalho, que “essas lutas representam um problemão para o capital, que precisa sempre achar formas de escapar, de garantir que não vai precisar abrir mão da acumulação, da busca infinita pela riqueza material” (p.5, 6).

⁹ Taylor veio do “chão de fábrica”, foi maquinista diarista da Midvale Steel Works. Em pouco tempo tornou-se chefe de uma turma do departamento de tornos mecânicos. “Em sua constituição psíquica Taylor era um exemplo exagerado de personalidade obsessiva-compulsiva: desde a mocidade ele contava seus passos, media o tempo de suas várias atividades e analisava seus movimentos à procura de ‘eficiência’. [...] Esses traços ajustam-se a ele perfeitamente por seu papel como profeta da moderna gerência capitalista, visto que o que é neurótico no indivíduo, no capitalismo é normal e socialmente desejável para o funcionamento da sociedade” (BRAVERMAN, 1974/2011c, p. 87).

¹⁰ Ver mais na passagem que Braverman (1974/2011c) cita as lutas travadas entre Taylor (como gerente) com os operários (antigos colegas de trabalho), por defender os interesses da empresa.

Embora não revolucionárias a fim de mudar a ordem hegemônica, as lutas travadas contra o capitalismo juntamente com os interesses da classe dominante para a manutenção do sistema, fizeram, forçosamente, a burguesia pensar em algumas questões sociais.

Foi a organização dos trabalhadores em sindicatos, a realização de greves, a quebra de máquinas, associado à própria necessidade do capitalismo de aumentar o mercado consumidor de seus produtos que obrigaram aos teóricos da burguesia a se preocuparem com questões sociais (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006, p.30).

Em decorrência disso, no campo econômico, as ideias do economista John Keynes (1883-1946) ganharam terreno fértil. O Keynesianismo, como ficou conhecido, opôs-se às ideias liberais, fazendo a defesa da regulação do mercado pelo Estado, o que deu nova conotação ao consumo, interessando aos capitalistas que estavam com uma superprodução sem saída (BORGES; YAMAMOTO, 2004). Após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, essa política ampliou-se e vinculada à luta operária por melhores condições de trabalho e vida, criou-se o Estado de Bem-Estar Social (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006). Esse modelo político trouxe a visão de progresso associado à ideia de bem-estar social.

Em âmbito mundial, esse processo iniciou-se com a criação de órgãos intergovernamentais, a fim de promover a colaboração entre os países no período pós-guerra. A Organização das Nações Unidas (ONU) foi a principal entidade, criada em 1946:

Em torno dela, como organismos associados que conformavam o chamado Sistemas das Nações Unidas, foi criado um conjunto de agências especializadas como educação, ciência e cultura (Unesco); a agricultura e alimentação (FAO); trabalho (OIT); e comércio (OMC), entre muitas outras. Para as áreas da saúde foi criada em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Na região das Américas este movimento resultou no fortalecimento da Repartição Sanitária Pan-Americana, em 1958, rebatizada como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que passaria a funcionar como um escritório regional da OMS (PIRES-ALVES, PAIVA e FALLEIROS, 2010, p. 154, 155).

Assim, estava posto um contexto fecundo para o desenvolvimento de políticas públicas ancoradas nas ideias de Estado de Bem-Estar Social. Vale lembrar que isso ocorreu, notadamente, nos países capitalistas desenvolvidos.

Como salientam Borges e Yamamoto (2004), foi durante essa política que muitos trabalhadores conquistaram o reconhecimento do direito de organização e de negociação coletiva. Entretanto, esse modelo “não foi aplicado homogeneamente em todo o mundo, nem em todos os setores econômicos, principalmente no que diz respeito ao modo de organização do trabalho (taylorismo-fordismo)” (p. 41).

O Japão é um exemplo emblemático da reestruturação que o capital pode desenvolver diante de uma ameaça representada pela organização coletiva. Os japoneses aproveitaram-se do ambiente protegido das novas leis e se organizaram em sindicatos. Sua economia rapidamente se reestruturou. Todavia, o fato da fragmentação no processo de trabalho da Toyota japonesa ocorrer em outros países, em busca de mão de obra barata e menores encargos fiscais, fragilizou o movimento dos trabalhadores da forma como era feita, ao mesmo tempo que se disseminou pelo mundo suas ideias, que afetaram toda vida social (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006).

A fim de entendermos como esse modo de organização produtiva está estruturado, Borges e Yamamoto (2004) sintetizam suas características:

[...] eliminação tendencial de postos de atividades repetitivas, recomposição de atividades, ênfase na polivalência, revalorização da qualificação dos trabalhadores, foco nas relações de mercado e concorrência, horizontalização das relações de poder, tendências de adoção de estratégias gerenciais que ampliam a participação no processo decisório, renovação tecnológica baseada na informática, automação e modernização da comunicação, diminuição dos quadros de pessoal e maior circulação do seu pessoal entre cargos e filiais (p. 51).

A horizontalização das relações de poder, bem como as estratégias gerenciais visando a aumentar a participação do trabalhador no processo decisório não significaram em ausência de mecanismos de controle no trabalho. Pelo contrário, elevar o grau de autonomia do trabalhador, tornou o controle mais sutil, a ponto de ele não o perceber. “É suposto que o trabalhador realize determinadas ações de forma autônoma porque se identifica com os objetivos e valores das empresas, e não mais pelo controle estrito da supervisão. O controle é interiorizado culturalmente e passa a ser tomado por autocontrole” (BORGES; YAMAMOTO, 2004, p. 51).

Da mesma maneira ocorre com o trabalho em equipe, um dos principais dispositivos da organização toyotista, que “permite transformar o controle burocrático em autocontrole do grupo, mediante algum tipo de combinação liderança-chefia direta” (CIAPOLLA, 2005, p. 220). Como se as equipes fossem autogerenciadas, ou seja, não precisassem de nenhum tipo de coordenação técnica, pois essa já foi internalizada pela própria equipe, de modo que exerce a coordenação relativa ao conjunto de suas tarefas (CIAPOLLA, 2005)¹¹.

Assim, o toyotismo tornou-se um estágio superior da racionalização do trabalho, não rompendo completamente com os modos de organização taylorista e fordista, ambos ainda coexistem nos dias atuais.

No modo de produção toyotista, o trabalhador passou a ser um apêndice das máquinas inteligentes, a flexibilização da produção exige deste toda sua capacidade intelectual, até então desconsiderada pelos outros modos de produção. No entanto, essa capacidade não é estimulada, não tem em vista o desenvolvimento do trabalhador, pelo contrário, sua finalidade é única e exclusivamente para aumentar o acúmulo de capital. Como vimos, sempre há uma explicação no plano ideológico para justificar a sustentação de tais mudanças. Nesse caso, existe uma lógica perversa que se utiliza de um discurso que defende cada vez mais o individualismo em oposição às formas solidárias e coletivas de ação (SOUZA; MARCHI; MACHADO, 2006).

Souza, Marchi e Machado (2006) chamam a atenção para a necessidade de desconstruir tal ideologia:

A verdade construída pelas elites, pela classe dominante, pelos ricos, precisa ser desconstruída pelos trabalhadores, pelos educadores populares, por seu trabalho junto aos pobres, para que uma nova verdade, uma nova forma de se viver e buscar a felicidade possam ser gestadas. É preciso mostrar que esta nova forma de organização da produção, não apenas desempregou muita gente, como intensificou o trabalho para quem continua empregado, tornando-os cada vez mais dependentes e presos aos interesses dos capitalistas. Sugando, pra além da força física, a própria

¹¹ Esse estudo (Trabalho em equipe como forma da subsunção real) compreende como o trabalho em equipe pode apresentar-se como meio para aumentar o controle sobre o processo de trabalho e assim, reduzir os custos associados às funções de supervisão da força de trabalho, com base em conceitos (antagonismo, alienação e controle) implícitos na relação capital-trabalho (CIAPOLLA, 2005).

capacidade intelectual dos trabalhadores, seu conhecimento, sua criatividade, sua subjetividade (p. 38).

Antunes (1994a) também atenta para o fato de que a classe que vive do trabalho sofreu com essas profundas transformações no mundo do trabalho “que atingiu não só a sua *materialidade*, mas teve profundas repercussões na sua *subjetividade* e, no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetou sua *forma de ser*” (grifos do autor) (p. 23).

Diante disso, o próprio autor questiona: “as inúmeras e significativas mudanças no mundo do trabalho acarretaram quais consequências no universo da subjetividade, da consciência do ser social que trabalha?” (ANTUNES, 1994b, p. 65, 66). Temos que ponderar que embora o modo de produção capitalista seja hegemônico, existe o desenvolvimento de outras formas de organização que se posicionam no sentido oposto a esse sistema. Dentre estes, podemos citar os movimentos da classe trabalhadora, seja por meio da organização coletiva como os sindicatos e/ou na busca por outras formas de organização na produção do trabalho como o cooperativismo e a economia solidária¹² (BEZ; CARNEIRO, 2006; SOUZA e CARNEIRO, 2006).

Pelo exposto, vimos como a cooperação e o trabalho coletivo se configuram, em especial, no modo de produção capitalista; como esse sistema criou as condições para a exploração máxima do potencial humano, bem como suas estratégias de controle, exercida *a priori* pela função de gerência, desenvolveram-se, a fim de atender à finalidade última do capitalismo: acumular, acumular, acumular... capital!

É com base nesse contexto que discutiremos no próximo capítulo sobre o trabalho na saúde. Apesar de o processo de trabalho nessa área ter uma atividade fim, que a muitos possa parecer totalmente descolada da discutida até aqui, entendemos que esse âmbito de trabalho tanto se constituiu e constitui-se nessas relações como está direto/indiretamente permeado pelo modo de produção.

¹² Ver mais em: BEZ, A. C.; CARNEIRO, G. Que mundo estamos construindo? Escola de Formação Básica. Multiplicadora da Economia Solidária. Curitiba: CEFURIA, 2006. (Caderno 5, Série “História Social do Trabalho”). Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha5economiasolidaria.pdf>>.

2.2 O processo de trabalho na saúde: Atenção Primária e trabalho em equipe

De acordo com os pressupostos teóricos adotados, a dimensão ontológica¹³ do trabalho encontra-se em todas as atividades laborais do homem, e na saúde não é diferente. Como o trabalho, nessa área, busca atender às necessidades de saúde, ele se torna um dos elementos essenciais para a sobrevivência do homem (LIMA, 2007).

Podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é 'normal' e 'patológico' para a vida social e individual (LIMA, 2007, p. 57).

Tal exposição transcende o escopo proposto para este capítulo. Desse modo, circunscreveremos o processo de trabalho em saúde já na sociedade capitalista.

Para caracterizar o trabalho em saúde quanto à sua natureza, de acordo com os pressupostos da filosofia marxista, um primeiro questionamento seria: o trabalho em saúde pode ser reduzido à mercadoria, ou seja, é um trabalho produtivo ou improdutivo para o capital? Para Marx¹⁴ o trabalho produtivo é todo trabalho que se realiza na produção de um produto, de uma mercadoria, conseqüentemente, produz mais valia. Sendo assim, exige uma condição de valorização do capital (RAMOS, 2007).

¹³ Ontológica no sentido do trabalho ser inerente à vida humana, ou seja, faz parte da constituição do ser humano enquanto espécie; produz a vida humana, independente da forma como esta se manifesta. Além dessa dimensão, cabe explicitarmos que, relacionado a esse modo de manifestação da produção da vida, está a dimensão histórica do trabalho, ou seja, as diferentes formas de organização das relações sociais de produção da vida ao longo da história, como vimos no primeiro capítulo (RAMOS, 2007).

¹⁴ “A definição que Marx propõe para o trabalho produtivo parece bastante clara, e o conceito de trabalho improdutivo dela decorre como trabalho *assalariado* que não é produtivo. O trabalho produtivo é contratado pelo CAPITAL no processo de produção, com o objetivo de criar MAIS-VALIA. Como tal, o trabalho produtivo diz respeito apenas às relações sob as quais os trabalhadores são organizados, e não à natureza do processo de produção, nem à natureza do produto. Cantores de ópera, professores e pintores de parede, tanto quanto mecânicos de automóveis ou mineiros, podem ser empregados pelos capitalistas tendo em vista o lucro. É isso que determina se são trabalhadores produtivos ou improdutivos” (FINE, B. Trabalho produtivo e improdutivo. In: BOTTOMORE, 2001b, p. 386).

Assim, o trabalho que se encontra fora dessa condição é tido como improdutivo ou não diretamente produtivo. Para Ramos (2007), no caso dos serviços que não geram valorização direta do capital, o trabalho não é produtivo porque “é consumido por causa do seu ‘valor de uso’ e não como trabalho que gera ‘valores de troca’” (p. 48).

No entanto, Carcanholo (2007) traz em sua leitura da obra marxista que os serviços também são considerados como trabalho produtivo por Marx. Assim, a diferença entre a produção de mercadorias materiais e a de serviços seria apenas uma, a que os serviços têm seu consumo simultâneo à sua produção.

Nesse sentido, o trabalho em saúde se caracteriza nessa condição, pois em suas relações há simultaneidade entre a produção e o consumo.

Na análise de Ramos (2007), com base nas situações citadas por Marx, como a da profissional de canto, a autora traz que a distinção entre os serviços serem ou não produtivos para o capital envolve “os trabalhos que só se desfrutam como serviços não se transformam em produtos separáveis dos trabalhadores, embora possam ser explorados de maneira diretamente capitalista” (p. 49). Assim, se os trabalhadores de saúde estão inseridos numa instituição privada esse trabalho é produtivo porque produz diretamente capital para o proprietário. Já se essa inserção for em instituição pública, esse trabalho não vai produzir capital, portanto, é improdutivo. Mas a autora pondera:

Esta análise demonstra que, por mais que a privatização dos serviços de saúde submeta o processo de trabalho à mesma lógica capitalista, a atenção e o cuidado em saúde não podem se transformar em mercadorias diretamente valorizáveis para o capital, a não ser no estrito limite de que esse trabalho atua também na reprodução da força de trabalho e, portanto, influencia no seu valor (p. 49).

Por ora encerraremos essa discussão por aqui, por considerá-la um tanto complexa, embora tenha sido exposta de maneira bem simplificada. Fiquemos com o entendimento do trabalho em saúde devido à simultaneidade da sua produção e consumo, bem como da sua condição de produtividade direta ou indireta a depender onde está inserido, em instituição privada ou pública, e neste último caso a depender da política de Estado.

A organização do trabalho em saúde foi constituída a partir da prática médica, cuja finalidade esteve fortemente interposta aos interesses capitalistas. Como observado por Lima (2007):

Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde (p. 58).

Foucault (1979/2005) demonstrou que foi a partir do capitalismo que houve a passagem de uma Medicina privada para a coletiva, e não o contrário; de que foi com o advento do capitalismo que a Medicina coletiva se tornou privada. Com isso, o corpo tornou-se uma realidade biopolítica, pois passou a ser o primeiro objeto do capital enquanto força de trabalho. Já a Medicina tornou-se uma estratégia biopolítica. A base para a formação da Medicina Social assentou-se em três movimentos: Medicina de Estado (na Alemanha), Medicina Urbana (na França) e Medicina da Força de Trabalho (na Inglaterra). Desse modo, a trajetória dessa Medicina seguiu-se: da análise do organismo à análise do meio ambiente; em seguida passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo; para enfim chegar à análise do próprio organismo¹⁵.

Donnangelo (1979), em seu estudo sobre a profissão médica como prática social e técnica em interface com as estruturas sociais, passou pela discussão da Medicina na sociedade de classes, na qual destacou a tendência da Medicina em revestir-se de um caráter de neutralidade diante das determinações da sociedade capitalista. Relacionou isso a dois motivos: pela atividade profissional da Medicina ter como função imediata social a cura e por ser uma das mais antigas intervenções técnicas teria adquirido um caráter de autonomia em relação às estruturas econômicas, políticas e ideológicas. Assim, o primeiro movimento da autora é romper com essa “aparente” neutralidade da Medicina, relacionando-a com os interesses do capital tanto no momento imediato da produção da sua prática como com a realização da mais valia gerada em diferentes setores industriais.

¹⁵ Ver mais em: COSTA, N. R. Desenvolvimento das políticas de saúde pública. In: _____. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. Cap. 1, p. 19-32.

De maneira mais genérica, Nogueira (1994) perpassa por essa questão ao indagar “[...] em que sentido o processo de trabalho em saúde se assemelha ao trabalho industrial e o que tem de específico?” (p. 76). Ancorado no referencial marxista para promover essa discussão¹⁶, o autor assinala que, em termos de organização, como no processo industrial, o trabalho em saúde organiza-se em vários atos técnicos que tem um fim parcial, em busca de uma transformação útil. A principal diferença entre eles, segundo o autor, consiste em que nos serviços de saúde “cada ato técnico tem seu fim parcial e pode ter sua particular transformação útil [...], mas a utilidade final (como expectativa do usuário) está separada deles pelo tempo e por um muro de subjetividade [...]” (p. 77), ou seja, como objeto de consumo, os serviços de saúde têm característica fragmentada. Por sua vez, embora o processo industrial também seja constituído por uma multiplicidade de ações fragmentadas, o consumo e as expectativas de utilidade unificam-se no produto final.

Ademais, a organização do cuidado reproduziu a lógica do sistema:

A lógica da organização capitalista do trabalho se impôs no âmbito dos cuidados à saúde desde o surgimento do hospital moderno, o que é particularmente visível no caso da divisão de trabalho entre enfermeiros e auxiliares, em que ocorre nitidamente a separação entre o planejamento e a execução do ofício e o parcelamento pormenorizado do processo de trabalho (SILVA, 2003, p. 80).

Assim, como expressão do modo de produção no capitalismo, ocorreu na produção do cuidado da saúde a fragmentação do ser humano e o parcelamento das ações do cuidado, repercutindo necessariamente na reprodução da divisão social do trabalho em saúde.

Do ponto de vista do usuário, Nogueira (1994) destaca sua peregrinação em busca do cuidado de saúde, alocado em serviços fragmentados: “O usuário vê-se obrigado a percorrer um dédalo de serviços e de especialidades ou subespecialidades médicas, tendo que obter uma coisa aqui, outra ali, sendo que ignora para que cada uma dessas intervenções é realizada – e realizada sobre seu próprio corpo” (p. 87).

¹⁶ “Assim, no esquema teórico desenhado por Marx, o trabalho é um ato tecnicamente orientado, que faz uso de instrumentos e absorve materiais diversos. Mas, está em curso um processo de transformação, do qual resulta um produto determinado e concreto, um bem, externo ao produtor e ao consumidor” (NOGUEIRA, 1994, p. 76).

Além disso, a racionalidade almejada no processo de trabalho em saúde, assim como nas organizações capitalistas, também é marcada pela cooperação. Para garantir as virtudes do trabalho cooperativo ocorreu uma ampliação da divisão técnica do trabalho em saúde em dois sentidos: vertical e horizontal (NOGUEIRA, 1994).

Peduzzi e Palma (1996), com base em Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, explicam os processos de divisão “vertical” e “horizontal” do trabalho em relação ao trabalho médico. O primeiro, a divisão vertical, refere-se à extensão do profissional médico em trabalhador coletivo. É assim que surgiu a profissão de Enfermagem, encarregada pelas funções “manuais” e ao médico cabendo as funções “mais intelectuais”. E semelhante a esse processo ocorreria a divisão entre o enfermeiro e os atendentes e técnicos. Quanto ao segundo processo, o de divisão horizontal, no qual já se encontra o próprio movimento de especialização dentro da Medicina, agregaram-se outros profissionais de áreas complementares, tais como psicólogo, odontólogo, assistente social, entre outros.

Nessa nova configuração “a nenhum agente isolado cabe mais realizar a totalidade das ações necessárias ao conjunto da assistência. A interdependência e a complementaridade, cada vez maior entre os vários trabalhos parcelares, permite a constituição de uma nova totalidade” (PEDUZZI; PALMA, 1996, p. 236).

No entanto, não é isso que observamos na prática do trabalho em saúde. Mesmo com o avanço na definição do conceito de saúde em 1948, disposta no prefácio de documento da OMS, ampliando de ausência de doença para um completo bem-estar físico, mental e social¹⁷ (KAHHALE, 2003), e refletindo no reconhecimento e inserção de vários saberes profissionais no cuidado à saúde, a prática fragmentada ainda é recorrente entre os profissionais.

Peduzzi (2006) destaca três vertentes que influenciaram na emersão do trabalho em equipe no Brasil, dentre as quais se encontram as mudanças na concepção do processo saúde-doença:

- 1) A noção de integração, que constitui um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária

¹⁷ Embora idealizado, tal conceito significou mais uma afirmação de direito do que uma definição teórica (KAHHALE, 2003).

nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil nos anos 70;

2) As mudanças da abordagem de saúde e doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da multicausalidade;

3) As conseqüentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias (p. 271).

A inserção de diferentes profissionais no processo de trabalho em saúde deve-se às mudanças ocorridas nos modos de organização dos serviços em distintos momentos históricos. As diversas áreas da saúde estruturaram-se sob a normatividade médica, tendo a proposta do trabalho em equipes multiprofissionais enfatizada no Brasil somente na década de 1970, devido à forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura de seus serviços, realizada por meio da atenção primária e pela intensa rede médico-hospitalar (PEDUZZI; PALMA, 1996).

Nesse período, final da década de 1970 e início da de 1980, que se deu a constituição das políticas públicas no Brasil, decorrente do processo de abertura democrática do país, que embora advinda tardiamente por causa da condição de inexistência de um efetivo Estado de Bem Estar Social e do extenso período de ditadura militar (BORGES; YAMAMOTO, 2004), culminou num contexto favorável para posterior efetivação das políticas de saúde.

No contexto internacional, tivemos a Conferência em Alma-Ata em 1978, que representou um marco para a política de saúde na Atenção Primária. Na declaração dessa Conferência foram postos alguns princípios como a assistência à saúde estar localizada na comunidade e ao alcance de todos os indivíduos e família, tendo sua plena participação e um custo que o país e a comunidade pudessem sustentar. Na ocasião se anunciou a meta conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, declaração que “desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária” (STARFIELD, 2002, p. 32).

A fim de elucidar as características da Atenção Primária à Saúde (APS), Starfield (2002, p. 33) fez uma comparação entre atenção médica primária e a APS, demonstrada no quadro a seguir:

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Enquanto isso, no Brasil, aliada à luta do Movimento da Reforma Sanitária e movimentos populares pela redemocratização do país, estava a de construção de uma política de saúde. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que também ficou conhecida por “Constituição Cidadã”, por garantir formalmente como dever do Estado vários direitos dos cidadãos, dentre os quais se encontra a saúde. Com isso, o arranjo organizacional elaborado para a execução dessa política é o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8080/1990 e complementado pela lei 8142/1990, as quais definem princípios e diretrizes norteadores para as ações em saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Com base nessa legislação, em especial a lei 8080, são explicitados os determinantes e condicionantes do estado de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), bem como a relação entre os níveis de saúde e a organização social e econômica do País. Quanto aos princípios e diretrizes que organizaram o SUS estão: a universalidade, integralidade, equidade, direito à informação e preservação da autonomia das pessoas, que convergiram nos princípios; já para as diretrizes tivemos: descentralização,

intersetorialidade, regionalização, hierarquização e participação comunitária. De acordo com o grau de complexidade, o SUS está dividido em três níveis de atenção à saúde - primário, secundário e terciário -, sendo cada nível responsável por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Ademais, o SUS conta com um mecanismo de controle social na gestão dos seus serviços, disposto na lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Esse controle prevê a participação da comunidade em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990b).

Entretanto, antes mesmo da efetivação do SUS na década de 1990, já havia alguns modelos técnico-assistenciais¹⁸ na Atenção Primária no Brasil, os quais compunham os princípios da APS, tendo em vista a superação do modelo médico assistencial privatista. Dentre esses modelos destacam-se o Modelo em Defesa da Vida, as Ações Programáticas em Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (Silos), todos impulsionados por militantes inseridos no Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Tais modelos influenciaram sobremaneira a organização dos serviços de saúde nesse nível de atenção, tornando-se uma das referências para a constituição do modelo assistencial adotado a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Cabe trazermos o contexto que marcaram o surgimento da ESF como modelo de reorientação da assistência na Atenção Primária:

A evolução do Sistema Único de Saúde e suas respectivas contradições e incertezas; as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de APS caracterizaram esse contexto determinante da implementação da ESF (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 806).

Inicialmente denominada de Programa de Saúde da Família (PSF), a mudança na nomenclatura ocorrida por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006,

¹⁸ Ver mais em: TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

marca sua posição de estratégia estruturadora do modelo de Atenção Primária, provavelmente, decorrente da sua consolidação¹⁹ (BRASIL, 2006b):

[...] a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 802-3).

Além disso, convém fazermos outra distinção de terminologia, a que se refere a ‘Atenção Primária à Saúde’, ‘Atenção Primária’ e ‘Atenção Básica’. Até o momento utilizamos a denominação Atenção Primária à Saúde ou Atenção Primária para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Contudo, ao citarmos a PNAB, nota-se a mudança na terminologia para Atenção Básica. Na maioria das vezes, essas denominações podem ser utilizadas como sinônimos sem qualquer prejuízo de ordem conceitual, como é o caso desse trabalho.

Todavia, Mello, Fontanella e Demarzo (2009) fizeram uma revisão sobre essas distinções terminológicas e verificaram que, de acordo com alguns referenciais, essas denominações podem até se contrapor. Sem aprofundar muito nessa questão, compete apenas destacar a distorção que esses termos trazem quanto a sua real dimensão, refletindo na representação que tem na sociedade, bem como na sua viabilização e utilização (como veremos nos resultados desse trabalho):

[...] ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar. Esta questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais (p. 205).

Como os próprios autores definem, trata-se de uma questão ‘polêmica’, tendo em vista que não existe um consenso. Neste trabalho, compartilhamos da acepção de que a Atenção Básica é um nível de assistência complexíssimo, exatamente por ser a base do

¹⁹ Em agosto de 2011, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), a cobertura da ESF atingiu 53,1% da população brasileira (BRASIL, 2011a), o que corresponde o acesso de cerca de 101,3 milhões de pessoas aos serviços da atenção básica nesse modelo (BRASIL, 2011b).

sistema de saúde e, em virtude disso, exige um investimento maciço para sua implementação.

Voltando ao modelo da ESF, a PNAB explicita em seus princípios gerais as bases que fundamentam o processo de trabalho nesse nível de atenção:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do *exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe*, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (grifo nosso) (BRASIL, 2006b, p. 10).

Assim sendo, a Atenção Básica representa a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo a ESF uma das vias para esse primeiro acesso. Seu processo de trabalho reafirma vários princípios do SUS (universalidade, integralidade e intersetorialidade) e foca-se, sobretudo, em três aspectos: na unidade familiar, no trabalho em equipe e no território (comunidade), tendo em vista a produção do cuidado integral e contínuo por meio do estabelecimento de vínculo e da co-responsabilização entre serviço e comunidade. Considerando o objetivo deste trabalho, enfatizaremos o aspecto trabalho em equipe em suas múltiplas interfaces, com destaque à integralidade²⁰.

É inquestionável a abordagem do trabalho em equipe enquanto modo de organização do trabalho para a prática do cuidado em saúde, não só na Atenção Primária, mas como em qualquer nível de atenção. Contudo, devemos considerar alguns “percalços” presentes nesse caminho, como as implicações da lógica taylorista na organização do

²⁰ A integralidade a ser referida a partir desse momento não aborda apenas o campo político (princípio do SUS), mas condiz com as discussões tecidas por Mattos (2004), na qual representa uma imagem-objetivo, isto é, uma característica desejável, envolvendo múltiplos sentidos em vários âmbitos, que incluem além do político e o organizativo, o prático, o qual será a ênfase dada.

cuidado, resultando na fragmentação das ações, cuja própria proposição do trabalho em equipe visa superar.

Podemos dizer que por trás das práticas fragmentadas das equipes está a própria fragmentação do conhecimento científico, o qual fomentou as especializações pormenorizadas. Essa fragmentação aumentou vertiginosamente, à medida que se expandiram os movimentos de especializações dentro de cada profissão. Campos (1997) discute o prejuízo dessas práticas ao considerar que o crescente movimento de especializações dos profissionais da saúde diminui a capacidade de resolubilidade dos problemas de saúde, bem como aumenta a alienação desses profissionais em relação ao resultado de suas práticas, pois cada profissional se encarrega de uma parte do problema, consequentemente, ninguém é responsabilizado pelo tratamento de maneira global.

Peduzzi e Palma (1996) também debatem essa questão ao referirem esse tipo de configuração (fragmentada) de equipe como uma justaposição alienada de trabalhos, em que cada parcela apresenta-se de maneira autônoma e independente. As autoras explicam a relação entre terminologia e prática da equipe:

Não nos parece mero acaso que as referências à equipe de trabalho em saúde sejam comumente feitas com a denominação *equipe multiprofissional*, e raramente com o termo *equipe interdisciplinar*. De fato, o prefixo “multi” traduz a *justaposição de trabalhos* realizados por um agregado de agentes de diferentes qualificações técnicas, ao passo que o prefixo “inter” diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos com seus respectivos aportes práticos e teóricos. Não se trata, portanto, apenas de diferentes designações, mas das reais possibilidades de cooperação e coordenação do trabalho coletivo (grifos do autor) (p. 240).

Epistemologicamente falando, Japiassu (1976) apontou o interdisciplinar “como remédio mais adequado à cancerização ou patologia geral do saber” (p. 31). Para precisar melhor o termo interdisciplinaridade, o autor salientou a necessidade de estabelecer antes as terminologias desde o disciplinar, passando pelo multidisciplinar e o pluridisciplinar até se chegar ao interdisciplinar.

A disciplinaridade ou “disciplina” tem o mesmo sentido que “ciência”, significando, assim, “o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que

apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos” (JAPIASSU, 1976, p. 72). Assim, na gradação terminológica apresentada, passemos às distinções dos termos “multi” e “pluri”. Os dois termos envolvem um agrupamento de disciplinas, sendo este intencional ou não. No caso do primeiro, o multidisciplinar, não há nenhuma relação entre as disciplinas agrupadas, visando múltiplos objetivos e sem menção a cooperação. Já o pluridisciplinar, apesar da justaposição de diversas disciplinas e também dos múltiplos objetivos, há relações entre os módulos disciplinares, com margem ao estabelecimento de relações de cooperação, mas sem coordenação (JAPIASSU, 1976).

Diferente dos anteriores que ocorrem no sistema de um nível, a interdisciplinaridade ocorre no sistema de dois níveis, procedendo assim uma coordenação superior. Para se chegar à interdisciplinaridade, propriamente dita, antes se passa por graus contínuos de cooperação e coordenação, fazendo com que haja uma integração entre os núcleos disciplinares. Entretanto, Japiassu (1976) atentou para o seguinte ponto: “o fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares” (p. 74, 75), de modo que no final da interação entre as disciplinas cada uma saia enriquecida.

[...] podemos dizer que o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos (JAPIASSU, 1976, p. 75).

Apesar de a equipe da ESF ser denominada como multiprofissional, composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), o seu processo de trabalho prevê uma atuação interdisciplinar (BRASIL, 2006b). Desse modo, a atuação implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração entre os membros, logo, existe a possibilidade de criar um espaço para uma interação mais democrática entre os diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Devemos considerar que a ESF, apesar dos seus dezessete anos de existência, consiste em um projeto de Atenção Primária ainda em andamento. Por isso, inserida dentro de uma rede de saúde e referenciada como base do sistema, tem sido proposta várias parcerias de trabalho com equipes de diferentes setores da saúde e de intersetores, considerando os limites da área para atingir a resolubilidade das necessidades de saúde. Nesse sentido, uma das proposições consiste na elaboração de estratégias de trabalho que visam a uma aproximação da Atenção Básica com as diferentes especialidades. Um exemplo disso é a Portaria 154, de 24 de Janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência e o alvo das ações da Atenção Básica. Esse serviço de apoio é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, psiquiatras, nutricionistas, entre outros), atuando em parceria com os profissionais da ESF (BRASIL, 2008a), sob a lógica do apoio matricial²¹.

Nesse movimento de “*empoderamento*”²² da estratégia, a inclusão de outras categorias profissionais tem refletido na ampliação do seu espectro de atuação, sempre a fim de abranger os aspectos do cuidado de maneira contínua, integral e resolutiva. Como exemplo, há autores que já consideram ações de cuidados paliativos compondo o campo de atuação a ser desempenhado pela ESF (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008). Num estudo recente sobre essa temática, Combinato (2011) considera alguns aspectos envolvidos para atuação nessa área, dentre os quais está a relevância da consolidação dos dispositivos técnico-assistenciais já existentes no processo de trabalho da ESF, como o trabalho em equipe.

Mais uma vez atentamos para o fato de como é imprescindível a discussão do trabalho em equipe para materializar as mudanças, já previstas e em andamento, para o modelo da ESF, ressaltando a necessidade de interação com outras equipes. Diante disso,

²¹ Apoio matricial trata-se de uma metodologia de trabalho que “pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial”. A proposta do apoio matricial consiste, portanto, numa metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, à medida que objetiva “ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

²² O termo “*empoderamento*” derivado da palavra “*empowerment*”, o qual foi utilizado nesse contexto como o aumento de ações no nível de atenção primária, tendo em vista o seu fortalecimento para atingir uma maior resolubilidade.

chamamos a atenção para o fato de que para realização de um trabalho entre equipes é necessário, primeiramente, garantir a integração do trabalho da equipe de referência, ou seja, a equipe da ESF.

O simples aumento de categorias profissionais atuando na rede de Atenção Básica não assegura por si só um aumento na resolubilidade dos serviços. Campos (1997) problematiza esse tema, discutindo o trabalho da equipe de saúde entre dois extremos: a especialização e a polivalência. Tendo já descrito anteriormente os prejuízos da especialização, atentaremos para o outro extremo. O autor expõe que um dos riscos da polivalência constitui na tendência de perda da identidade profissional. A transformação dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições similares, também pode não garantir a resolubilidade almejada, além de desqualificar o conhecimento específico de cada profissão.

A saída sugerida por Campos (1997) diante desse impasse é a aplicação de conceitos como Campos e Núcleos de Competências e Responsabilidades e sua inter-relação no trabalho em equipe. Os Campos referem-se aos saberes e responsabilidades comuns, confluentes a várias profissões ou especialidades, ao passo que os Núcleos correspondem ao conjunto específico de saberes e responsabilidades de cada profissão ou especialidade. Dentro dessa proposta, o autor evidencia:

No entanto, defende-se, mesmo reconhecendo a superioridade do trabalho em equipe, a definição precisa e inequívoca de responsabilidades individuais diante de cada caso. É fundamental identificar-se claramente quem, dentro de cada equipe, encarregar-se-ia de administrar cada caso, quer dizer, trabalhar-se com conceito de vínculo definido e adscrição individual de clientela. Nesse sentido, o profissional responsável pelo caso deveria, inclusive, solicitar apoio de outros membros da equipe ou de outros serviços ²³(p. 249).

²³ Convém citar que essa proposta encontra-se inserida dentro do modelo denominado “Método Paidéia”, liderado pelo próprio autor (Gastão Wagner de Sousa Campos). Esse modelo “objetiva fazer clínica, saúde pública e gestão em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas considerando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisando a ação social em defesa da vida” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 815). Além disso, cabe citar ainda um dispositivo desse método que é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual consiste em “uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões [...]. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 853). Portanto, é nesse contexto do PTS, que Campos (1997)

Por outro lado, a construção teórica formulada por Peduzzi (2001) focaliza na comunicação, tendo em vista compreender o tipo de integração da equipe²⁴. Embora sua pesquisa empírica tenha sido realizada nos níveis de assistência secundário e terciário, suas reflexões podem ser discutidas seguramente no nível primário. Seus estudos retratam sobre as diferentes configurações que o trabalho em equipe podem assumir, dividindo-o em duas tipologias: “equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes” (p. 106). Para a atribuição dessas modalidades, a autora considerou alguns critérios: 1) a comunicação entre os agentes de trabalho; 2) diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados; 3) formulação de um projeto assistencial comum; 4) especificidade de cada área profissional; e 5) flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.

Uma questão de fundamental importância no âmbito das especializações, assinalada por Peduzzi (2001), refere-se ao segundo critério descrito acima, as desigualdades da valorização social dos diferentes técnicos:

Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho (p. 107).

Silva (2003) também explana sobre essa dificuldade no contexto da saúde mental, quanto ao fato de existir uma hierarquia muito rígida entre as profissões, sobretudo, a soberania da Medicina em relação às demais:

[...] Muitas vezes, a equipe multiprofissional continua apenas reproduzindo a organização do trabalho em “linha de montagem” na qual cada profissional faz suas intervenções de modo isolado, como o caso de alguns hospitais psiquiátricos em que o paciente é examinado por um profissional de cada vez, cabendo unicamente ao psiquiatra a conduta final (p. 82).

define de maneira precisa e evidente a necessidade de delinear responsabilidades de cada profissional mesmo se tratando de um trabalho em equipe.

²⁴ Tal formulação funda-se teoricamente nos estudos sobre processos de trabalho em saúde, bem como na teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas (PEDUZZI, 2001).

Em parte, isso se deve à divisão social do trabalho em saúde ter sido centralizada na prática da Medicina (PEDUZZI, 2001; 2006), da qual derivou o modelo biomédico²⁵.

A leitura sobre o trabalho em equipe na ESF feita por Gomes et al. (2010) toca nesse ponto, o que de certo modo ainda tem corroborado para a prática fragmentada:

[...] a inserção de novos profissionais ainda não resultou de forma significativa, na transformação do modelo assistencial preconizada pelo SUS ressaltada pela posição estratégica que o PSF ocupou nas gestões anteriores e mantém na atual. O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia bem sedimentada e extremamente rígida, que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. (p. 19, 20).

A superação do modelo biomédico, focado na cura e no profissional médico, para o de promoção, prevenção, cura e reabilitação, focado na equipe, permeia uma mudança da prática dos profissionais, o que demanda necessariamente que a formação destes também seja transformada para esse fim (ROSA; LABATE, 2005).

Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam essa necessidade da formação quando incluem o ensino como um dos pilares do quadrilátero da formação para a área da saúde, juntamente com a gestão, a atenção e o controle social para construção e organização de um modelo de atenção à saúde, na qual a gestão da educação em saúde seja integrante da gestão do sistema de saúde.

A discussão sobre a formação dos profissionais na área da saúde é imperativa, haja vista que a operacionalização para a consolidação da mudança do modelo fomentado perpassa por suas mãos (RIBEIRO et al., 2008). Além disso, contribui para o conceito de que o profissional tem do trabalho coletivo em saúde. Araújo e Rocha (2007) verificaram em seus estudos que os diferentes conceitos que cada profissional tem do trabalho em equipe dificultam a atuação integrada.

²⁵ O modelo biomédico ainda representa uma poderosa influência tanto na organização do processo de trabalho em saúde como na formação profissional. Constituído a partir dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, ou seja, desconsidera totalmente os aspectos sociais e psicológicos, esse modelo foi proposto após o relatório de Abrahan Flexner (por isso conhecido também como modelo flexneriano), no início do século XX sobre as escolas médicas do E.U.A, resultando na elaboração de um relatório que se tornou uma forte referência para o mundo (MERHY; FRANCO, sd).

Já Faresjo (2006) aponta a Educação Interprofissional como uma alternativa para esse tipo de questão:

Educação Interprofissional (EI), no campo das ciências da saúde, é amplamente percebida como um método potencialmente efetivo para melhorar a prática colaborativa. A EI ocorre quando as profissões aprendem com, a partir de e sobre outra profissão para facilitar a colaboração na prática²⁶ (p. 602).

Contudo, devemos considerar que o conhecimento científico foi constituído sob um enfoque positivista (sociedade regulada por leis naturais), o qual “constitui a corrente filosófica que mantém o domínio intelectual no seio das Ciências Sociais e também na relação entre Ciências Sociais, Medicina e Saúde” (MINAYO, 2007a, p. 81). Assim, o próprio processo de formação possui a característica que tanto se pretende superar: a fragmentação.

Ao abordar a questão da formação profissional, há que se considerar que do mesmo modo que existe a fragmentação no conhecimento, essa também está presente em outro contexto, no mundo do trabalho, ao passo que se verifica a ausência de relação entre ensino e trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2008). Como lembra um desses autores, Ceccim (2008), o trabalho em equipe já está posto com legitimidade na realidade social para a área da saúde, tanto para o seu exercício quanto para sua formação. Tomando como referência somente a formação, Rossoni e Lampert (2004) na revisão de literatura que realizaram sobre as diretrizes curriculares na área da saúde, reiteram a presença da temática do trabalho em equipe:

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área de saúde, em vários itens do artigo 5º, reiteram a importância da formação superior: propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência (p. 91).

Cabe ponderar que essas reformulações demandam um tempo, igualmente necessário para o próprio processo de formação. Feuerwerker (2003) denomina a formação como um *núcleo duro*, subentendendo que não se trata de um setor tão simples e/ou fácil

²⁶ Trecho traduzido de: “Interprofessional education (IPE) in the field of the health sciences is now widely perceived as a potentially effective method for enhancing collaborative practice. IPE occurs when professions learn with, from and about one other to facilitate collaboration in practice” (FARESJO, 2006, p. 602).

para obter mudanças, já que exige a parceria integrada entre duas grandes áreas: Educação e Saúde.

Todavia, a falta de correspondência entre a formação fragmentada e a exigência da atuação coletiva e cooperativa não representam um obstáculo insuperável, tendo em vista que “as exigências do trabalho em saúde transformam os serviços em espaços privilegiados de formação de profissionais que atuem em direção à mudança de modelo, cujas práticas sejam pautadas na integralidade” (BONALDI et al., 2007, p. 69).

Coerente com essa perspectiva, no que diz respeito à educação em saúde como meio para alcançar a transformação das práticas, Ceccim (2008) faz uma proposição denominada de “entre-disciplinaridade”²⁷:

No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. [...]. Proponho a *entre-disciplinaridade*, que deveria estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais seguiriam se atualizando e o equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente (grifo do autor) (p. 267).

Várias acepções são elaboradas para discutir a ação do profissional, inserida num trabalho em equipe. Gomes, Guizardi e Pinheiro (2010), em suas análises do trabalho em equipe, sob o eixo da integralidade, utilizam da imagem de uma orquestra como metáfora para refletir o agir dos profissionais em saúde. Segundo os autores, a contribuição de todos é de extrema importância para o trabalho (a sinfonia), mesmo que em dado momento algum profissional se sobressaia, o objetivo do trabalho é comum, não podendo se limitar a prática de apenas um profissional ou profissão.

Em síntese, vimos como o trabalho em equipe está incorporado na organização do trabalho em saúde, a exemplo da ênfase dada a esse aspecto por algumas políticas públicas (ESF, NASF). Entretanto, a fragmentação das ações entre cada membro da equipe, marca da forte influência do modo de organização capitalista, representa o maior entrave a

²⁷ Convém esclarecer que essa proposição apresentada pelo autor não se aprofunda na discussão em termos da Epistemologia do Conhecimento; nesse sentido, não configurando um avanço nessa área.

ser superado, presente desde a constituição do próprio conhecimento. Procuramos apresentar, por meio de um breve panorama, algumas discussões tecidas no campo da saúde sobre o trabalho em equipe, e de como essa questão perpassa pela formação até chegar à atuação profissional. Assim, apesar das distintas teorizações para a organização do trabalho em equipe, de certa forma, todas fomentam a realização de um trabalho em equipe acontecendo de maneira coletiva, ou seja, com participação e interação conjunta de todos os profissionais na construção do projeto assistencial, tendo em vista alcançar o cuidado em saúde de maneira integral e resolutive.

Há vários estudos que discutem a temática do trabalho em equipe na ESF (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000; ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PEDROSA; TELES, 2001; LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; FORTUNA et al., 2005; SILVA; TRAD, 2005; LEITE; VELOSO, 2008; PAVONI; MEDEIROS, 2009; KELL; SCHIMIZU, 2010; BEZERRA; SALES; VIANNA, sd;).

Com base nesses estudos, verificamos como o trabalho da equipe na ESF se encontra distante dessa perspectiva coletiva. Leite e Veloso (2008) identificam, em seu trabalho, algumas questões que apartam o trabalho das equipes da ESF do que está preconizado na PNAB, dentre elas a representação dos profissionais de que o trabalho em equipe consiste em uma convivência compartilhada no mesmo espaço físico.

No estudo de Kell e Shimizu (2010), o trabalho em equipe foi definido como a união dos profissionais na busca de um mesmo objetivo comum. Além disso, o processo de trabalho caracterizado pela fragmentação parcelar das ações, apareceu em vários desses estudos (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; KELL; SHIMIZU, 2010). Ademais, tem o aspecto do planejamento do projeto assistencial (quando existe) não contar com a participação de todos os profissionais, ficando sob a responsabilidade somente dos profissionais de formação superior (SILVA; TRAD, 2005).

Ainda existe a sobrecarga de alguns profissionais em detrimento de outros, caso das enfermeiras, que desenvolvem inúmeras funções que poderiam ser compartilhadas, dentre as quais está a coordenação da equipe (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

A partir desse momento, introduziremos, nessa arena de discussão a figura dos coordenadores de equipe, recorrentemente denominados de gerentes e/ou chefes das equipes, para os quais é posto, diretamente, o desafio de coordenar/articular o trabalho em equipe sob o eixo da interdisciplinaridade.

Especificamente, no caso da ESF, não há nenhum apontamento nas políticas oficiais que confere esse papel à determinada profissão. Pelo visto, essa tem sido uma opção das gestões municipais, responsáveis pela organização desses serviços. Mas observamos que o profissional da Enfermagem, além da assistência e a supervisão do trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem, tem se assumido como corresponsável pela administração da unidade (BRASIL, 2001), o que lhe confere, na maioria das Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF), a coordenação da equipe, seja esta formal ou informal.

Silva e Trad (2005) relacionam esse fato à história da profissão de Enfermagem, que tem desenvolvido as funções de gerência e administração nos serviços de saúde. Sendo assim, cabe a esse profissional fazer as mediações na equipe e desta com os outros órgãos e/ou serviços de saúde.

Desse modo, verifica-se que o enfermeiro, na ESF, assume um papel predominante nas ações de integralidade e intersetorialidade. Enquanto mediador da/na equipe, esse profissional deve compreender que a equipe não se resume apenas em um grupo de trabalho reunido para execução de uma tarefa.

Para essa discussão, a ser promovida no próximo capítulo, lançaremos mão dos pressupostos teóricos da Psicologia Social, utilizando a categoria processo grupal para análise do trabalho em equipe, com destaque para o papel do coordenador permeando todo o processo.

2.3 Psicologia social: o processo grupal e a coordenação

A Psicologia Social é um dos ramos da ciência Psicologia, que possui uma forte relação com a Sociologia, pois muitos atribuíram sua fundação a Augusto Comte (1798-1857), no início do século XIX (LANE, 1981/1994). Entretanto, sua sistematização só emerge, enquanto estudo científico na década de 1950, marcada pelo predomínio de duas tendências:

[...] uma, na tradição pragmática dos Estados Unidos, visando alterar e/ou criar atitudes, interferir nas relações grupais para harmonizá-las e assim garantir a produtividade do grupo – é uma atuação que se caracteriza pela euforia de uma intervenção que minimizaria conflitos, tornando os homens “felizes” reconstrutores da humanidade que acabava de sair da destruição de uma II Guerra Mundial. A outra tendência, que também procura conhecimentos que evitem novas catástrofes mundiais, segue a tradição filosófica européia, com raízes na fenomenologia, buscando modelos científicos totalizantes, como Lewin e sua teoria de Campo (LANE, 1984/2004a, p. 10).

Nessas vertentes da Psicologia Social, o indivíduo é isolado do seu contexto social, criando-se uma dicotomia entre indivíduo e sociedade, entendidos como fenômenos distintos. Em outras palavras, a sociedade restringe-se ao cenário (pano de fundo) para o comportamento do indivíduo, que era explicado por causas internas e/ou por instintos (LANE, 1981/1994).

Não demorou muito tempo para a eficácia de tal constructo teórico norte-americano ser questionado, em especial na França e na Inglaterra, o que aconteceu na década posterior (1960), “quando as análises críticas apontavam para uma ‘crise’ do conhecimento psicossocial que não conseguia intervir nem explicar, muito menos prever comportamentos sociais” (LANE, 1984/2004a, p. 11). Essa época ficou conhecida como a da “crise da Psicologia Social”, marcada tanto por aspectos teóricos como metodológicos (LANE, 2006).

Na América Latina, a crise nesse ramo científico, transitou entre o modelo pragmático dos Estados Unidos e a visão abstrata de homem compreendida pela Filosofia e Sociologia. Essa oscilação repercutiu num movimento de discussões promovidas, sobretudo,

em eventos científicos em vários países latinoamericanos. Mas foi só no final da década de 1970 que se concretizaram propostas de uma Psicologia Social voltada para atender às diversas realidades. O caminho galgado foi construir uma Psicologia Social “em bases materialistas-históricas e voltadas para trabalhos comunitários [...]” (LANE, 1984/2004a, p. 11).

Cabe reiterar que o movimento da América Latina diante dessa crise teve um caráter político. A repressão vivida pelas ditaduras militares influenciou na reflexão/construção de uma Psicologia Social comprometida não só com a realidade social, mas, sobretudo com a sua transformação (LANE, 2006).

Esse movimento crítico da Psicologia Social contou com a participação de profissionais brasileiros. A precursora dessa vertente da Psicologia Social no Brasil foi Silvia Lane²⁸ (1933-2006). Contudo, no início do seu desenvolvimento no país, essa área de conhecimento sofreu forte influência do modelo norte-americano, fundado nos conceitos clássicos: atitudes, motivação, percepção social, dissonância cognitiva, socialização e dinâmica de grupo, entre outros. Ainda há no país expressão dessa corrente pragmática²⁹.

A propósito, é pertinente lembrar que o presente trabalho fundamenta-se na perspectiva crítica da Psicologia Social, representada por Silvia Lane, e a qual se desenvolveu sob a perspectiva teórica da Psicologia Soviética Histórico-Cultural.

Esse encontro entre Psicologia Social e Psicologia Soviética, aconteceu diante da insatisfação da autora com a Psicologia Social de base norte-americana perante a realidade. A partir disso, Lane juntamente com seus orientandos e colegas professores empreenderam-se na leitura crítica de vários autores, dentre os quais Vigostki e Leontiev, principais representantes da teoria Histórico-Cultural. (SAWAIA et al., 2000). Durante esse processo de revisão e crítica, deu-se a produção da Psicologia denominada de Sócio-Histórica, fundada sob o compromisso da transformação social.

²⁸ Silvia Lane, filósofa pela Universidade de São Paulo em 1956, construiu toda a sua carreira profissional no campo da Psicologia Social.

²⁹ Livro *A Psicologia Social* de Aroldo Rodrigues. Representante no Brasil da Psicologia Social Cognitivista.

A Psicologia Sócio-Histórica enfatiza a dialética sócio-cultural enquanto constitutiva do homem, do mesmo modo que ressalta o aspecto transformador e criador da sua consciência (CAMPOS; GUEDES, 2006).

Essa proposta “começou a colocar em questão não só o positivismo da Psicologia Social de extração norte-americana que prevalecia no Brasil, mas também a orientação clínica e o caráter a-histórico das abordagens do objeto da Psicologia geral” (CARONE, 2007, p. 63).

Por isso, LANE (1984/2004a) declarou que “Toda a psicologia é social!” e em seguida explicou:

Esta afirmação não significa reduzir as áreas específicas da Psicologia à Psicologia Social, mas sim cada uma assumir dentro da sua especificidade a natureza histórico-social do ser humano. Desde o desenvolvimento infantil até as patologias e as técnicas de intervenção características do psicólogo, devem ser analisadas criticamente à luz desta concepção do ser humano - é a clareza de que não se pode conhecer qualquer comportamento humano isolando-o ou fragmentando-o, como se este existisse em si e por si.

Também com esta afirmativa não negamos a especificidade da Psicologia Social – ela continua tendo por objetivo conhecer o Indivíduo no conjunto de suas relações sociais, tanto naquilo que lhe é específico como naquilo em que ele é manifestação grupal e social. Porém, agora a Psicologia Social poderá responder à questão de como o homem é sujeito da História e transformador de sua própria vida e da sua sociedade, assim como qualquer outra área da Psicologia (p. 19).

Tal constatação muda a posição que até então a Psicologia Social ocupava dentro da ciência Psicologia, passando de um mero ramo para assumir sua essência “na medida em que o psiquismo humano, dentro da postura histórico-social, é tomado como uma formação dialeticamente determinada pelo processo de socialização” (CARONE, 2007, p. 63), isto é, não dá para separar da vida social os processos psicológicos.

A sistematização dessa proposta ocorreu, em especial, por meio de duas referências que representaram a ruptura da hegemonia do ensino de base americana na Psicologia Social. A primeira foi o livro “O que é Psicologia Social”, em 1981, o qual podemos dizer que abriu o caminho para um processo reflexivo na área. E em 1984, o livro “Psicologia

Social: o homem em movimento”, organizado por S. Lane e W. Codo, que em pouco tempo se tornou o *best-seller* da área, ratificando a receptividade dos psicólogos sociais brasileiros (CAMPOS; GUEDES, 2006).

Nessa trajetória de revisão crítica, na qual até ocorreu o diálogo com outras psicologias sociais de países da América Latina, passou-se pela leitura do conceito de dinâmica de grupo, propiciando o desenvolvimento da compreensão de grupo como processo grupal.

[...] a revisão crítica nos permitiu constatar quanto os estudos reproduziam, como ciência, a ideologia embutida nos papéis sociais, principalmente o de líder, e também em conceitos como o de coesão social e na procura através das técnicas de uma harmonia que tornasse o grupo mais produtivo.

Outra questão que a dinâmica de grupo colocava era que por meio de técnicas o grupo atingiria um estágio ótimo e assim permaneceria, como se o tempo parasse. Foi este aspecto não constatado nas observações sistemáticas de grupos que nos levou a denominar toda esta área do saber de Processo Grupal, negando o grupo como algo estável e reificado (LANE, 2006, p. 69-70).

Dessa forma, Lane (1984/2004c) realizou uma revisão das várias teorias sobre grupo. Nesse estudo a autora encontrou duas posições: 1ª) uma tradicional, na qual a função do grupo seria somente a de definir papéis, a fim de garantir a produtividade pela manutenção e harmonia das relações apreendidas na convivência; 2ª) na outra, o grupo apresentava um caráter de mediação entre o indivíduo e a sociedade com ênfase no processo de produção do grupo, considerando as determinações sociais mais amplas.

A partir disso, foi possível levantar proposições importantes para o conhecimento dos grupos, trazendo para o seu estudo o aspecto da historicidade:

1) o significado da existência e da ação grupal só pode ser encontrado dentro de uma perspectiva histórica que considere a sua inserção na sociedade, com suas determinações econômicas, institucionais e ideológicas; 2) o próprio grupo só poderá ser conhecido enquanto um processo histórico, e neste sentido talvez fosse mais correto falarmos em processo grupal em vez de grupo (LANE, 1984/2004c, p. 81).

De acordo com as premissas descritas acima, Lane (1984/2004c) fez algumas indicações para a análise da inserção do indivíduo num processo grupal em base materialista

dialética, as quais envolvem tanto a vivência subjetiva quanto as determinações concretas. Inicialmente, a autora atentou para a condição alienada a que o indivíduo está imerso, o que faz com que suas representações, bem como sua consciência de si e do outro sejam a princípio divergente das suas determinações concretas reais. Além disso, também se devem considerar as determinações a que os grupos estão inseridos, ou seja, analisar qual é e como se deu a inserção desse grupo, entre outras características, como o surgimento do grupo, suas funções e finalidades. Cabe observar como a realização da tarefa no grupo atua nos dois níveis de análise: o subjetivo e o das determinações do processo grupal. Uma terceira sugestão é a importância do conhecimento da história de vida de cada membro do grupo. No decorrer do processo grupal, a história de cada indivíduo torna-se presente por meio de sua ação, ou seja, quando ele age, posiciona-se, coloca-se. Todavia, para fins de análise e observação, essa via de acesso à história de vida não exclui uma pesquisa mais sistemática, quando esta se fizer necessária.

A autora ainda apontou para a questão de que a dialética só se desenvolverá no nível das determinações. O que não exime de uma relação de codeterminação recíproca com o âmbito subjetivo durante o processo. E, por fim, no que diz respeito aos papéis sociais, estes surgem tanto na interação com as determinações (estrutura relacional representante do sistema) quanto no nível subjetivo por meio da representação ideológica. Um exemplo é que “o papel do ‘líder’ pode, no nível das determinações concretas, exercer uma ação de dominação e ser vivido no nível das representações ideológicas como mero ‘coordenador’, que só quer o bem do grupo e preservar a liberdade de todos” (LANE, 1984/2004c, p. 86).

Convergindo com essa proposta convém apresentar as contribuições de Ignacio Martín-Baró (1942-1989)³⁰, outra importante referência nessa área de estudo dentro da perspectiva teórica utilizada. Esse autor fez parte do movimento de construção da Psicologia Social Latinoamericana e sua obra mantém um estreito diálogo com a de Silvia Lane.

Do mesmo modo que a autora brasileira, Martín-Baró (1989) partiu de uma revisão teórica crítica sobre grupos, tornando o subsídio de seus estudos. Nessa revisão sobre a realidade de grupo, alocou-os em dois tipos de critérios para definição de grupo: o primeiro com ênfase na existência de um caráter comum entre os membros (solidariedade

³⁰ Martín-Baró foi jesuíta, teólogo e psicólogo social; viveu em El Salvador e em seu trabalho esteve sempre comprometido politicamente com a população mais pobre (MARTINS, 2003).

mecânica), no qual fez a análise da teoria grupal dentro da perspectiva psicanalítica freudiana. Já o segundo, o enfoque é no vínculo entre os membros (solidariedade orgânica), no qual se encontra a teoria de campo de Kurt Lewin.

Com base nisso, o autor desenvolveu a teoria dialética sobre o grupo humano, que segundo ele, o grupo é definido como uma “estrutura de vínculos e relações entre pessoas que expressam em cada circunstância suas necessidades individuais e os interesses coletivos” ³¹ (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 206).

É com base nessa concepção de grupo que Martín-Baró (1989) apresenta três parâmetros para análise do processo grupal: 1) a identidade grupal; 2) o poder e 3) a atividade grupal. A identidade grupal faz menção à definição (o que é o grupo?) e ao que o caracteriza (qual é o caráter de sua totalidade?). Nesse parâmetro, o autor ainda sublinhou três aspectos: a formalização organizativa, as relações com outros grupos e a consciência de pertencer ao grupo.

Com relação à formalização organizativa, essa se caracteriza de modo geral à estruturação interna das ações dos membros do grupo. Portanto, pela determinação das condições para pertencer ao grupo, isto é, às normas de pertença, podendo estas ser formais ou informais, rígidas ou flexíveis, estáveis ou passageiras. Além disso, envolve uma definição de suas partes, bem como uma regulação entre elas, através da divisão ou não das funções, sistematização das tarefas, distribuição de trabalho e atribuições.

Quanto às relações com outros grupos, são os processos históricos concretos mediante os quais o grupo se configura primeiro, e mantém-se depois a identidade de cada grupo humano. O aspecto mais definitivo de um grupo provém da sua conexão, explícita ou implícita, com as exigências, necessidades e interesses de uma classe social. Assim, “o grupo surge na dialética intergrupal que se produz historicamente em cada sociedade” (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 212).

Para encerrar o parâmetro identidade, tem-se o aspecto que diz respeito à consciência de pertencer a um grupo. O autor, primeiramente, adverte sobre não confundir a pertença de alguém a um grupo com sua consciência de pertencer a esse grupo. Sendo

³¹ Trecho traduzido de: “Como aquella estructura de vínculos y relaciones entre personas que canaliza em cada circunstancia SUS necesidades individuales y los interese colectivos” (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 206).

assim, a pertença do indivíduo supõe que o grupo tornou-se referência para sua própria identidade ou vida. Apesar da distinção entre consciência e identificação, elas estão intrinsecamente relacionadas:

Um alto grau de consciência e de identificação muitas vezes leva ao que se chama de um profundo compromisso das pessoas com os grupos, enquanto que uma consciência fraca ou uma falta de identificação leva a que os membros não se sintam comprometidos com o grupo. Consciência e Identificação constituem, portanto, um fator complexo, mas extremamente importante para a mesma identidade grupal³² (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 214).

Prosseguindo na explicação dos parâmetros fundamentais para a análise psicossocial de um grupo, o segundo parâmetro refere-se ao poder. Como Martín-Baró (1989) conceituou:

[...] o poder não se concebe como um objeto, uma coisa que tem uma determinada quantidade; o poder é mais um caráter das relações sociais que emerge pelas diferenças entre os diversos recursos de que dispõem os atores, seja indivíduos, grupos ou populações inteiras. Por isso o poder não é um dado abstrato, mas que aparece em cada relação concreta³³ (p. 215).

Portanto, o poder está presente nas relações, e sendo assim, para identificar o poder de um grupo devemos voltar para sua situação particular inserida numa determinada sociedade. Martins (2003) escreveu sobre a questão do poder apresentada na obra de Martín-Baró. Nesse estudo, a autora chama a atenção para o mito do poder como sinônimo de algo negativo e violento, sobretudo, no senso comum e de como a Psicologia Social esteve atrelada à tarefa de ocultar e negar o poder enquanto tal, apresentando-o como uma exigência natural. Essa visão está dentro de uma perspectiva funcionalista, a qual tem por objetivo a adaptação do indivíduo ao meio.

[...] um aspecto importante é o fato de que preferencialmente a aprendizagem que deve ocorrer na “socialização” do indivíduo seja sutil,

³² Trecho traduzido de: “Un alto grado de conciencia y identificación suele llevar a lo que se llama un compromiso profundo de las personas con los grupos, mientras que una conciencia débil o una falta de identificación llevan a que los miembros no se sientan comprometidos con el grupo. Conciencia e identificación constituyen, por tanto, un factor complejo pero sumamente importante para la misma identidad grupal” (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 214).

³³ Trecho traduzido de: “el poder no se concibe como um objeto, uma coisa que se posee em determinada cantidad; el poder es más bien um carácter de las relaciones sociales que emerge por las diferencias entre los diversos recursos de que disponen los actores, ya sean individuos, grupos o poblaciones enteras. Por eso el poder no es um dato abstrato sino que aparece em cada relación concreta” (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 215).

para que os indivíduos assimilem as normas e regras sociais como próprias e naturais. Deste modo, os indivíduos tornam-se facilmente reprodutores das mesmas, pois não as consideram impostas, e sim como o ‘que deve ser’, sem vislumbrar qualquer outra possibilidade que não a reprodução. Na verdade, a “socialização” dos indivíduos, é uma das formas mais eficazes de ocultação do poder, que se realiza quotidianamente, que busca manter o controle social sobre o pensar, o sentir e o fazer das pessoas, ou seja, a normatização da ação humana (MARTINS, 2003, p. 213).

Martins (2003) lembra que dentre os distintos recursos definidos por esse autor (capacidade técnica, científica ou profissional; econômico; moral), o que se refere aos recursos pessoais, Martín-Baró não ressaltou o aspecto da afetividade. Dessa forma, a autora explica sua relevância, bem como exemplifica como acontecem nas relações grupais:

Partindo da ideia de que a organização grupal envolve as atividades produzidas e também as produções afetivo-emocionais, que dirigem formal e informalmente o clima das relações entre os membros e entre estes e a atividade, não é possível desconsiderar a importância da afetividade nas relações grupais, seja no sentido de ampliar a união como para ameaçar a sua existência. O vínculo de amizade entre membros de um grupo pode facilitar algumas relações e decisões coletivas (em geral isso ocorre), como, por exemplo, maior atenção ao que esta pessoa diz, defesa de suas propostas etc. Por outro lado, essa relação de poder pode ser exercida pelo sentimento negativo que um membro gera sobre outro(s). Uma relação baseada no medo pode gerar a submissão de um e o domínio do outro (p. 215).

Por fim, o poder de um grupo não é uma característica da qual depende a constituição da sua identidade, entretanto compõe um dos elementos dessa identidade. Nas palavras de Martín-Baró (1989):

O que é um grupo, seu caráter e natureza, depende em grande parte do poder de que dispõem em suas relações com outros grupos sociais. A organização ou estrutura de um grupo procura aproveitar o poder que possibilita seus recursos em atingir alguns objetivos, e assim tanto se trata de um grupo familiar como de um exército³⁴ (p. 216).

O terceiro e último parâmetro, a atividade grupal, consiste na compreensão da atividade do grupo: O que faz o grupo? Que atividade ou atividades desenvolvem? Quais são

³⁴ Trecho traduzido de: “Qué sea un grupo, su carácter y naturaleza, depende en buena medida del poder de que dispone en sus relaciones con otros grupos sociales. La organización o estructura de un grupo persigue aprovecharse del poder que le posibilitan sus recursos en orden a lograr unos objetivos, y ello tanto si se trata de un grupo familiar como de un ejército” (MARTÍN-BARÓ, 1989, p. 216).

suas metas? Qual é o produto do seu fazer? Essas são perguntas chaves para reconhecermos esse parâmetro de análise, que expressa o quanto as ações do grupo são significativas numa determinada circunstância ou situação histórica, determinando a existência e/ou sobrevivência do grupo (MARTÍN-BARÓ, 1989).

Ademais, a atividade grupal possui duas dimensões: externa e interna. A dimensão externa relaciona-se com a sociedade ou com outros grupos. Cada grupo tem que ser capaz de produzir um efeito real na vida social para afirmar sua identidade, ou seja, direcionar a satisfação dos interesses que representa. Já a dimensão interna está atrelada aos membros do próprio grupo no que diz respeito à correspondência entre os objetivos da atividade grupal e as aspirações individuais ou comuns (MARTÍN-BARÓ, 1989).

Martins (2003) chama ainda a atenção para a importância desse parâmetro, tendo em vista a Psicologia Social em base marxista:

A presença da categoria *atividade* traz uma explicação teórica importante para a psicologia social subsidiada por pressupostos marxianos, que é o fato de depender essencialmente do modo de vida que é determinado pelas relações sociais existentes e pela posição social que o indivíduo ocupa nestas relações (p. 205).

Martín-Baró (1989) ainda sistematizou uma tipologia de grupos, tendo como referência não o número de pessoas, mas os parâmetros tidos como características essenciais. Para uma melhor visualização dessa proposta reproduzimos um quadro do autor (p.224):

TIPOS DE GRUPO	Características		
	Identidade	Poder	Atividade
PRIMÁRIO	Vínculos interpessoais	Características pessoais	Satisfação de necessidades pessoais
FUNCIONAL	Papel social	Capacidade e posição social	Satisfação de necessidades sistemáticas
ESTRUTURAL	Comunidade de interesses objetivos	Controle dos meios de produção	Satisfação de necessidades de classes (luta de classes)

O grupo primário, geralmente, é confundido como pequenos grupos. O autor atentou para o fato de que a natureza do grupo primário consiste em também ser portador dos determinismos das macroestruturas sociais, tendo em vista que as relações primárias constituem nas formas como a vida cotidiana se concretiza nas relações estruturais e funcionais. Mas, são as relações afetivas entre os membros com uma grande dependência mútua que marcam a principal característica desse tipo de grupo (MARTÍN-BARÓ, 1989).

Dessa maneira, a família é um exemplo de grupo primário, pois se caracteriza pelos vínculos interpessoais, suas relações sociais constituem-se para satisfação de necessidades básicas pessoais, além de articular os interesses das classes dominantes, transmitindo alguns valores e configurando padrão de comportamentos propícios à ordem estabelecida (MARTÍN-BARÓ, 1989).

O grupo funcional corresponde àquele que possui uma divisão de trabalho no interior de um determinado sistema social. Trata-se de pessoas que cumprem a mesma função no que diz respeito a um sistema. Assim, sua identidade é atribuída de acordo com o papel social desempenhado pelo indivíduo, bem como sua atividade está voltada às necessidades sistêmicas. Como exemplos têm-se os grupos formados na escola (grupo de professores, grupos na sala de aula, grêmios estudantis) e os grupos formados em unidades de saúde (grupo de gestantes, de familiares, de usuários entre outros) (MARTINS, 2003).

O grupo estrutural institui uma divisão mais básica entre os membros de uma sociedade, conforme os interesses objetivos provenientes da propriedade sobre os meios de produção. Essas estruturas são determinadas pelas relações que se estabelecem a partir do controle total ou parcial, maior ou menor sobre os meios de produção, denominada de luta de classe (MARTÍN-BARÓ, 1989).

Lane (1984/2004c) passou por essa questão estrutural ao apontar a condição de estar em grupo como uma possibilidade para a transformação social:

[...] todo e qualquer grupo exerce uma função histórica de manter ou *transformar as relações sociais* desenvolvidas em decorrência das relações de produção e, sob este aspecto, o grupo, tanto na sua forma de organização como nas suas ações reproduz ideologia, que, sem um enfoque histórico, não é captada (grifo nosso) (p. 81, 82).

Desse modo, “um grupo nunca é neutro em sua inserção social: atua pela reprodução ou pela transformação da ordem estabelecida” (TOZONI-REIS, 2007, p. 96). Sendo a atribuição dos papéis sociais um dos instrumentos “da reprodução social e manutenção da ordem estabelecida na medida em que a reprodução de papéis garante a produtividade social” (p. 96).

Nas observações de grupos feitas por Lane (1984/2004c), a autora analisou a participação dos membros do grupo em relação aos papéis assumidos, e de que forma tais funções apresentam um movimento contraditório de reprodução e ocultação das relações de dominação. A autora atribuiu isso ao processo de naturalização, explicando que:

Na medida em que os papéis são desempenhados como “naturais”, os indivíduos têm pouca consciência de sua participação no grupo: as coisas acontecem como “devem ser”; senão, é porque alguém não cumpriu com o seu papel... E pode-se, então, observar a cristalização de papéis, que significa evitar qualquer comportamento novo que possa levar a um questionamento do grupo e sua possível desestruturação – o objetivo é sempre o de evitar conflitos. Neste sentido poder-se-ia dizer que a participação se torna circular e o grupo se caracterizou pela preservação da alienação de seus membros (p. 88).

Sem esquecer que a compreensão dos papéis no processo grupal abrange duas dimensões, tanto da realidade concreta quanto da vivência subjetiva, cabe trazer como estes se apresentam na segunda dimensão – “O nível da vivência subjetiva reproduz a ideologia do capitalismo (o individualismo, o *self-made-man*)” (grifo da autora) (LANE, 1984/2004c, p. 85). Sendo assim, a reprodução da ideologia dominante, ao destacar o individualismo, traz, de maneira inerente, a noção de liberdade e de autodeterminação. Em outras palavras, a condição das pessoas só depende do seu próprio esforço, descola-se o indivíduo do seu contexto social. Perde-se de vista que a realidade objetiva, na qual os grupos/indivíduos se inserem, foi produzida e construída pelo próprio homem, sendo isso característico da sua situação alienada (LANE, 1984/2004c).

Tozoni-Reis (2007) lembra que:

A alienação, presente nas relações sociais, determina a cisão entre a representação e a consciência dos sujeitos sobre si próprios e sobre os outros e suas determinações concretas. Num primeiro momento do processo grupal, frequentemente, os sujeitos assim se representam, de

forma alienada, cindida. Os dois níveis em operação se influenciam, reciprocamente. Na prática grupal constantemente convivemos com essa realidade: as funções de coordenação ou de representação do grupo, o poder, são, geralmente, atribuídas e assumidas por pessoas em função de seus papéis sociais (p. 99).

Portanto, para a análise do processo grupal, dentro de uma perspectiva materialista histórica e dialética, devemos nos apoiar nos dois níveis já apontados, a fim de buscar por meio da ação social, como práxis transformadora, a emergência dessa consciência histórica, para assim romper com essa representação ideológica (LANE, 1984/2004c).

Como Lane (1984/2004c) e Tozoni-Reis (2007) exemplificaram em seus artigos, a função de coordenador dos grupos, geralmente, está implicada com a manutenção das relações estabelecidas pelo modo de produção vigente. Entende-se que do mesmo modo que essa função pode trabalhar para a manutenção das relações, sua atuação também pode se voltar para o outro lado do pêndulo: o da transformação.

Nesse sentido, destacamos a proposta inédita ³⁵ de Andaló (2006) em abordar o papel do coordenador no seu estudo sobre grupos, dentro de uma leitura Histórico-Cultural.

Essa temática ainda é marcada por um forte enfoque tecnicista, o que lhe confere a ideia de que coordenar é uma atividade simples, por isso não requer maiores conhecimentos teóricos, além de administrar, conduzir alguma “dinâmica”, desconsiderando totalmente o movimento do grupo (ANDALÓ, 2006).

Pelo breve panorama apresentado anteriormente, percebemos que conhecer os fenômenos presentes em um processo grupal não parece tão simples assim. Andaló (2006) destaca em seu trabalho a relação entre coordenação e a concepção de grupo:

É importante, porém, esclarecer que tal papel se encontra atrelado à própria concepção de grupo dos profissionais que o exercem, ou seja, a qualquer caminho metodológico utilizado na investigação dos processos

³⁵ Inédita no sentido da “indisponibilidade de publicações dessa natureza [...] Com exceção dos campos da psicoterapia grupal (nas abordagens humanista, fenomenológica e psicanalítica) e os famosos manuais ou coletâneas de técnicas pedagógicas, de vivência e sensibilização em grupo, pode-se afirmar o ineditismo do que a autora propõe ser uma “leitura histórico-cultural” do processo grupal. Sua inequívoca e explícita relação com o materialismo histórico e dialético brinda nossa afirmação” (DALLA VECCHIA, 2007, p. 109).

grupais, subjaz uma concepção de mundo e de homem nem sempre explicitada (p. 71).

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade dessa atividade estar embasada teoricamente, propiciando assim a definição dos caminhos metodológicos da mesma. A prática por meio de uma observação e/ou dinâmica de grupo por si só não diz muito sobre os processos grupais sem estar fundamentada em uma teoria. Esse ponto foi muito priorizado por Lane (2006), como desafio para a Psicologia Social, o da indissociabilidade entre teoria e prática.

Várias abordagens ocuparam-se desse tema enfatizando as características seja dos aspectos pessoais dos coordenadores, seja do seu modo de coordenação. Com relação aos aspectos pessoais, Andaló (2006) traz as definições de David Zimerman, que lista várias características no âmbito da personalidade, tidas como necessárias ao coordenador de grupo. Dentre elas encontram-se: gostar e acreditar em grupos, amor às verdades, respeito, paciência e função de pensar. Quanto ao modo de coordenação, a autora destaca os estudos de Kurt Lewin sobre os estilos de liderança (autocrático, *laissez-faire* e democrático), os quais se tornam referências, modelos aos grupos, influenciando sobremaneira na forma como os grupos trabalham. Ainda cita a concepção das abordagens fenomenológica e gestáltica, as quais aludem o papel do coordenador como facilitador.

A autora ainda chama a atenção para o caráter idealista presente nessa concepção, bem como no próprio termo facilitador, à medida que “traz implícita a ideia de que os grupos já detêm em si tais capacidades ou características, que precisam apenas ser *reveladas* ou *desveladas*. Tal perspectiva se contrapõe à concepção dos sujeitos e dos grupos como constituídos *nas* e *pelas* relações sociais estabelecidas” (grifos da autora) (ANDALÓ, 2006, p.79).

Coerente com essa perspectiva, Andaló (2006) faz menção ao termo mediador para discutir o papel do coordenador de grupo, o qual não exclui totalmente da sua função a possibilidade de “facilitar” a expressão e o movimento do processo grupal. Mas, rompe com a noção de atribuição de características para o papel de coordenador, empreendendo a compreensão das funções tácitas envolvidas no seu exercício:

Essa proposta vem modificar a compreensão do que é um grupo, pois significa que esse é constituído *não somente pela tarefa*, mas também pelo *coordenador/mediador* que, por não estar imerso na situação vivida, consegue ter uma visão de distância que lhe permite captar aspectos mais amplos e profundos. Sua ação é pautada por um processo de análise que vem de uma leitura crítica da realidade. E a palavra "crítica" aqui está sendo usada no sentido de "ir até as raízes", ou seja, sua função é provocar reflexão, trazer a dúvida, problematizar o que está "naturalizado" (tido como verdadeiro, eterno e imutável), denunciar as contradições, enfim ajudar o grupo a pensar e encontrar suas respostas e construir o próprio crescimento (grifos da autora) (p. 86).

Compete destacarmos, aqui, a questão do distanciamento que a autora coloca para a condição do coordenador de grupo, bem como desse ser um elemento constitutivo do próprio grupo. Além disso, convém lembrar que Andaló (2006) tem formação na abordagem Sócio-Psicodramática, cujo principal representante é Jacob Levy Moreno (1892-1974), e com a qual a autora ainda mantém um estreito diálogo. Entretanto, em sua proposta, aproxima-se da abordagem Histórico-Cultural ou Sócio-Histórica, ao reconhecer as limitações do constructo moreniano, sobretudo, com relação ao aspecto metodológico de sua teoria:

Moreno não conseguiu romper seus vínculos com a sociologia clássica e acabou adotando modelos biológicos e físicos (átomo social, estrutura, rede sociométrica etc.) para descrever os dados numa perspectiva reducionista e associacionista típica do positivismo, como fazia Durkheim (ANDALÓ, 2006, p. 23).

A autora lança mão de conceitos de Vigostki, como a zona de desenvolvimento real (ZDR) e a zona de desenvolvimento proximal (ZDP), para não cair na armadilha do poder oculto suscitada pelas relações assimétricas entre coordenação e grupo:

Para não incorrer nas armadilhas do poder oculto faz-se necessário esclarecer melhor o papel da equipe de coordenação. Ela se constitui como *interlocutora qualificada*, na medida em que dispõe de conhecimentos específicos, que lhe permitem funcionar como desafiadora do grupo em direção ao crescimento e superação de seus impasses e dificuldades. [...]. Faz-se necessário ressaltar que no ponto de partida o que existe de fato é *assimetria*, ou seja, coordenador e grupo não são iguais, uma vez que detêm papéis complementares e contraditórios. Se os dois pólos dessa relação fossem iguais, ela não teria razões para existir e se extinguiria, ou

seja, a igualdade e a simetria estão no *ponto de chegada* e não no *ponto de partida* (ANDALÓ, 2006, p.84, 85).

Sendo assim, a autora finda suas reflexões sobre o papel do coordenador de grupo, dizendo que o coordenador deve trabalhar “na perspectiva de resgatar seus participantes como sujeitos históricos e, conseqüentemente, autores da sua própria história individual e coletiva” (ANDALÓ, 2006, p. 88).

Mas como formar um profissional para desempenhar tal papel? Esse é um desafio que se põe diante de tamanha complexidade. Carlos (1998) expõe algumas dificuldades, pois não se pode pensar em um “treinamento” de grupo, com a aplicação de exercícios de técnicas ou dinâmicas. Como o autor lembra, “as chamadas “dinâmicas de grupo” nada mais são do que técnicas de submissão do grupo ao profissional e à instituição/organização” (p. 204). Desse modo, ele propõe à constituição do grupo em processo, a presença de um técnico em processo grupal, a seguir explica:

O trabalho do mesmo será auxiliar a que as pessoas envolvidas na experiência pensem o processo que estão vivenciando. O se pensar não cada um individualmente, mas cada um participando de um mesmo barco que busca estabelecer uma rota. [...] Enfim, há uma preocupação em centrar na tarefa pretendida, ou que a estão facilitando. Esta é uma maneira de o grupo se tornar sujeito do seu próprio processo. Os integrantes da experiência terão condições de tomar decisões de forma mais lúcida e, portanto, podendo avaliar os benefícios e os riscos das futuras ações que pretendem desenvolver (CARLOS, 1998, p. 204).

Deslocando essa discussão para a área da saúde, objetivo deste trabalho, Motta et al. (2007) ressaltam a importância de se pensar sobre essa questão nesse campo de atuação, tendo em vista que:

[...] na área da saúde, onde o grupo é uma constante tanto no convívio da equipe de trabalho, como ferramenta terapêutica ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas é fundamental a formação de profissionais mais aptos a lidar com os fenômenos grupais, de modo a ter um manejo embasado em referencial teórico-prático consolidado (p. 240, 241).

Nesse estudo, os autores apresentam cinco trilhas essenciais para “compreender o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal³⁶, baseado no processo de formação do coordenador de grupos na perspectiva da Sociedade Brasileira de Psicoterapia, Psicodrama e Dinâmica de Grupo (SOBRAP)” (MOTTA et al., 2007, p. 229).

Salientam a necessidade da clareza sobre o que é o processo, a dinâmica e o funcionamento grupal por parte dos coordenadores, para, assim, estes sustentarem suas intervenções nos distintos âmbitos: terapêutico, gerencial ou capacitação/formação. As trilhas apresentadas envolvem distintas opções teóricas e metodológicas, tais como: 1) pressupostos da teoria Sócio-Histórica-Cultural de Vygotsky; 2) princípios da educação contemporânea (práxis do aprender a conhecer, saber, conviver e ser); 3) abordagens da psicanálise, psicodrama e da dinâmica de grupo; 4) modelo de competência; 5) metodologia de laboratório teórico-vivencial (MOTTA et al., 2007).

A discussão sobre a formação do coordenador de grupo perpassa pela área da Enfermagem, tendo em vista que esse profissional na Atenção Básica, em especial na ESF, tem assumido além da coordenação do PACS (Programa de Agentes Comunitários) e da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem) a coordenação de toda a equipe.

Dessa maneira, o estudo de Munari e Fernandes (2004) promove uma reflexão acerca da formação do enfermeiro para a coordenação de grupos e equipes. Para tal, as autoras fizeram uma revisão nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Enfermagem, pautadas na observação de que:

[...] é necessário ao enfermeiro um ensino específico sobre a coordenação de grupos para que este possa atuar de modo mais adequado e com respaldo teórico que lhe permita uma leitura das forças que gravitam no interior dos grupos e equipes. Isso, certamente, lhe garantirá uma atuação mais segura e ampliará a sua capacidade para explorar todo o potencial transformador presente no contexto grupal (p. 28).

As autoras verificaram que há poucas instituições que dispõem desse conhecimento na formação dos enfermeiros. Com relação às propostas das novas Diretrizes Curriculares, esse conteúdo aparece implícito em temas como comunicação, capacidade

³⁶ Os autores utilizam-se do termo dinâmica grupal ao invés de processo grupal.

para o empreendedorismo, a gestão e a liderança de equipes. Assim sendo, consideraram que:

[...] embora as Diretrizes Curriculares expressem orientações gerais para a construção dos projetos políticos pedagógicos, a necessidade de disponibilizar aos alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem, conhecimentos específicos sobre a coordenação e a dinâmica dos grupos, parece estar evidente em vários pontos do documento. Nesse sentido é fundamental que as Escolas de Enfermagem estejam atentas para tornar possível aos enfermeiros a exploração de todo o seu potencial como coordenador de grupos e equipes (MUNARI; FERNANDES, 2004, p. 30).

Apesar das considerações das autoras, observamos, pelos temas trazidos nas Diretrizes Curriculares, que os mesmos se aproximam mais da área de Administração do que da Psicologia Social, por exemplo.

Passando da formação à prática, com relação à utilização do processo grupal para análise do trabalho em equipe, Fortuna et al. (2005) e Grando e Dall'agnol (2010) fizeram essa análise a luz do referencial de grupo operativo de Pichon-Rivière (1907-1977)³⁷. O estudo de Fortuna et al. (2005) trata de uma “revisão teórica sobre a prática do trabalho em equipe, com exemplificações generalizadas, apreendidas pelo contato com diversas equipes e trabalhadores” (p. 263). Antes de prosseguir, os autores fazem uma importante observação:

Falar de equipes e grupos não equivale a dizer que esses dois termos são sinônimos, mas que, por meio da compreensão dos processos grupais presentes nas relações cotidianas das equipes, se pode construir a equipe, sua capacidade de gerar críticas e significados distintos daqueles a que já nos acostumamos e que apenas reproduzem o jeito conhecido de trabalhar (p. 264).

Cabe aprofundar um pouco mais nessa questão, haja vista que até o momento falou-se em grupos, e, a partir de agora, introduziu-se o processo grupal para o estudo do trabalho em equipe. Assim, questionamos: a equipe tem as mesmas características que um grupo? No que ambos, grupo e equipe, aproximam-se e se diferenciam?

³⁷ Enrique Pichon-Rivière era médico psiquiatra e psicanalista argentino, de origem suíça, também foi um dos precursores da Psicologia Social. Introduziu, na década de 1940, a técnica de Grupo Operativo, a qual tem por objetivo explicar os fenômenos grupais, demonstrando que um grupo pode ser mobilizado para trabalhar operativamente (GRANDO e DALL'AGNOL, 2010).

Ciampone e Peduzzi (2000) escreveram sobre esse tema. As autoras também adotam o referencial pichoniano para definir grupo, destacando a concepção do vínculo para distinguir sociabilidade por interação no campo grupal. Já para o trabalho em equipe salientam duas dimensões para se falar em trabalho em equipe: “a articulação das ações e a interação dos profissionais” (p. 144). Assim:

As concepções, acima referidas, sobre equipe e grupo, permitem-nos tanto identificar aspectos em que ambos os conceitos aproximam-se, quanto aspectos em que se distinguem. Como podemos observar, a interação destaca-se como dimensão intrínseca, seja para o trabalho em equipe, seja para o trabalho em grupo. No entanto, para o trabalho em equipe a centralidade está na obtenção de resultados, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde da clientela, o que pode ser incrementado em qualidade a medida que a comunicação em busca de consensos, entre os profissionais, integre o trabalho cotidiano. E para o trabalho em grupo, que potencializa a realização da tarefa (p. 145).

De acordo com o referencial teórico adotado, pode-se considerar, também, que a distinção entre grupo e equipe encontra-se nas dimensões tanto referidas por Lane (1984/2004c), em especial, a dimensão da realidade concreta, que diz respeito à inserção social do grupo ou da equipe, quanto aos parâmetros referidos por Martin-Baró (1989) identidade, poder e atividade. Portanto, reafirmamos a possibilidade de análise do trabalho em equipe por meio dos processos grupais.

Retornando ao estudo de Fortuna et al. (2005), as autoras amparam-se nos conceitos de vetores³⁸, coerente com o enfoque de grupo operativo de Pichón-Rivière, para análise da equipe: afiliação, pertença, comunicação, aprendizagem, cooperação, pertinência e tele. Desse modo, as autoras apostam no crescimento e construção das equipes quando se trabalha seus processos grupais. Atribuem esse papel a um supervisor, ou melhor, a alguém de fora da equipe, que seja “capaz de auxiliá-la a conversar, e ir, por si mesma, encontrando suas respostas num movimento que nunca termina, e acrescenta, infindavelmente, tanto para as pessoas individualmente como para a própria equipe” (p. 268).

Por outro lado, a pesquisa de Grando e Dall’agnol (2010) parte das observações realizadas de reuniões das equipes, a fim de identificar e discutir os aspectos dinamizadores

³⁸ Ver mais em: SAIDON, O. I. O grupo operativo de Pichon-Rivière – guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: BAREMBLITT, G. (Org.). Grupos: teoria e técnica. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ou obstaculizadores da dinâmica grupal das reuniões. Os achados trazem a concepção dos profissionais da “equipe perfeita”, a qual se aproxima da ideia de equipe enquanto um grupo ideal e acabado, pressupondo a garantia da produtividade e as relações estáticas e harmônicas.

Esses dados mostram a potencialidade do processo grupal enquanto metodologia³⁹ para se analisar o trabalho em equipe. Dentro da perspectiva teórica adotada nessa pesquisa, tem-se como uma referência significativa o recente estudo⁴⁰ de Dalla Vecchia (2011) sobre o trabalho em equipe na Atenção Primária de saúde, pesquisa que utilizou o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. O autor ressalta, as possibilidades de uso do processo grupal, a qual ainda tem sido pouco aproveitada, tanto para a qualificação das ações de atenção à saúde e gestão do trabalho em equipe como na formação dos trabalhadores e participação social. Por fim, o autor tece algumas considerações sobre a relevância de tal metodologia de análise:

(a) para ratificar a importância da equipe de saúde manter-se permeável às necessidades sociais em saúde da população que atende e dos próprios trabalhadores; (b) para instituir práticas sociais coerentes com a perspectiva de politização da saúde; (c) para sustentar o engendramento mútuo entre macropolítica e micropolítica do trabalho em saúde; (d) para não perder de vista os elos de mediação entre trabalho e sociabilidade no trabalho em equipe; (e) para avançar na afirmação da coerência necessária entre os planos da gestão e da clínica no cotidiano do processo de trabalho em saúde; e, por último, mas não menos importante, (f) para avançar na proposição de espaços coletivos para a gestão conjunta e participativa do processo de trabalho da equipe de saúde, inclusive na APS (DALLA VECCHIA, 2011, p. 207).

No caso dessa pesquisa, seu recorte está nos processos de coordenação, apreendidos como elemento relevante para a análise crítica empreendida pelo enfoque do processo grupal, inserido na vertente da Psicologia Social, em especial na abordagem Sócio-Histórica. Assim, o processo grupal é visto como categoria de análise/instrumento para se construir um trabalho em equipe sob a modalidade do trabalho coletivo rumo à efetivação

³⁹ Como o processo grupal constitui-se por um constructo teórico-técnico, o termo metodologia nesse contexto oferece subsídio tanto para a compreensão de uma organização grupal (enquanto uma categoria psicossocial de análise), quanto como uma possibilidade de intervenção (instrumento de trabalho).

⁴⁰ Trata-se de um estudo teórico, que sistematiza uma proposta (denominada de histórico-dialética) de análise concreta dos processos grupais presentes no trabalho em equipe na APS. O processo grupal da equipe da APS é compreendido como componente ineliminável do processo de trabalho.

dos princípios do SUS, priorizados pela ESF, como integralidade, intersetorialidade e resolubilidade.

Portanto, os dados encontrados por esse estudo podem-se apresentar como mais uma possibilidade de alternativa para a compreensão e intervenção na realidade atual do trabalho em equipe, haja vista que “o tempo presente urge por esforços cooperativos, pela soma, e não por divisão ou isolamento na produção de alternativas!” (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 146).

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o processo de coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tanto no nível local - Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF) – como no nível central - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a fim de identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar como o coordenador (a) da UBSF entende a sua atuação junto à equipe e como esta ocorre em direção ao desenvolvimento do processo grupal e do trabalho coletivo, tendo em vista os princípios da integralidade, da intersetorialidade e resolubilidade dos serviços;
- Identificar e analisar as ações da coordenação da ESF no âmbito municipal, a fim de verificar suas influências no modo de organização do trabalho da equipe para o trabalho coletivo.

Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1 Referencial teórico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa⁴¹, cujo referencial teórico utilizado é a abordagem Sócio-Histórica, pautada no Materialismo Histórico Dialético (MHD) e que tem L. S. Vigotski (1896-1934) como um dos seus principais representantes.

Antes de explicitar as características do método empregado por essa abordagem, é importante salientar duas questões tratadas por Gonçalves (2001) que perpassam pela pesquisa em Psicologia. Primeira, que “um método envolve uma concepção de mundo, uma concepção de homem e uma concepção de conhecimento. [...] Por isso, a questão metodológica é indissociável de uma abordagem ontológica e epistemológica” (p. 113). A segunda é que o surgimento da Psicologia, enquanto ciência, no final do século XIX, esteve atrelada com o modelo de ciência predominante da época, o positivismo, do qual Vigotski divergiu ao propor, no início do século XX, uma psicologia de base marxista, tendo em vista superar o reducionismo da dicotomia objetivo/subjetivo.

Esse método desenvolvido por Marx é resultado da influência do idealismo de Hegel (1770-1831), que retomou e reformulou a noção de dialética originada no pensamento clássico grego. A ótica dialética, aplicada aos fenômenos historicamente produzidos, aponta as contradições constitutivas da vida social que resultam na negação e superação de uma determinada ordem. Todavia, Marx se distanciou de Hegel ao concluir que a história da humanidade deveria ser o ponto de partida para o conhecimento do mundo, e não apenas a história do desenvolvimento do espírito. Desse modo, Marx propôs

⁴¹ Pode parecer estranho aos pesquisadores das ciências sociais, ou especificamente, que trabalham com o referencial teórico do Materialismo Histórico Dialético a definição da pesquisa como qualitativa. Entretanto, como esse trabalho situa-se no campo da Saúde Coletiva, tal definição se faz necessária. Cabe ainda esclarecer, que seu posicionamento crítico em relação à realidade, mesmo com a finalidade de buscar superar os preceitos positivistas, não se refere ao fato de se enquadrar em uma pesquisa qualitativa, mas sim, pelo seu referencial teórico. Ver mais em: MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o Materialismo Histórico Dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. GT: Filosofia da Educação. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT17-2042--Int.pdf>>.

uma dialética materialista que contrapõe à dialética idealista de Hegel (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2002).

Engels, companheiro de estudo e militância política de Marx, também se concentrou na explicação dos princípios denominados de ‘dialética da natureza’, chegando a algumas leis gerais, especificamente três, comuns tanto à história humana como à natureza. São elas: 1) lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa); 2) lei da interpenetração dos contrários (ou luta dos contrários); e 3) lei da negação da negação.

A primeira lei enfatiza que as coisas estão em constante mudança, ou seja, não são eternas. E que esse processo de transformação ocorre num movimento referido como de “espiral”, isto quer dizer que a transformação acontece por meio de períodos lentos (pequenas mudanças quantitativas) e períodos acelerados (modificações qualitativas). A segunda lei, também chamada de unidade e luta dos contrários, refere-se ao entrelaçamento dos diversos aspectos da realidade, o que significa que essa realidade não pode ser compreendida de maneira isolada. Por isso, o estudo dos fenômenos tem que considerar essa conexão, o contexto em que está situado, pois prevalece no fenômeno um lado ou o outro da sua realidade, que é intrinsecamente contraditória. Já a terceira lei, remete ao movimento geral da realidade, da sua mudança. A tenacidade do movimento tese-antítese-síntese não se esgota no conflito entre teses e antíteses (ou afirmações e negações), pois tanto uma como a outra são superadas e o que prevalece é uma síntese, a negação da negação (KONDER, 1981/1998).

Porém, no processo de superação dialética, a mudança e a conservação são categorias que não podem ser pensadas separadas uma da outra, pelo contrário, “em todas as grandes mudanças há uma negação, mas ao mesmo tempo uma preservação (e uma elevação a nível superior) daquilo que tinha sido estabelecido antes” (KONDER, 1981/1998, p. 53).

Assim, a concepção de mundo/realidade apresentada pela visão materialista, é a de que a realidade não foi sempre assim, é uma transição entre o passado e o futuro. Portanto, nada é eterno, sempre é um devir. É por meio do estudo do movimento do fenômeno, que se podem identificar suas contradições, bem como suas possibilidades de transformações.

Quanto à concepção de sujeito⁴², Gonçalves (2001) a descreve:

O sujeito do materialismo histórico e dialético é racional e sensível, mas também intuitivo, imaginativo, criativo e intencional. Entretanto, todas essas características do sujeito constituem-se no processo material de ação, constituem-se em um sujeito que é primordialmente ativo na materialidade social e histórica (GONÇALVES, 2001, p. 126).

Findando com a concepção de conhecimento, como o próprio Marx sublinhou não caberia apenas interpretar os fenômenos, mas sim transformá-los. Gonçalves (2005) por meio de uma reconstituição histórica do método materialista histórico dialético concluiu que “ele [método MHD] continua representando, no contexto do debate pós-moderno, uma possibilidade de resgatar a historicidade e produzir um conhecimento comprometido com a transformação social” (p. 101).

Vigotski, teórico no campo da Psicologia e que desenvolveu um método nas bases dialéticas, propôs uma análise explicativa do fenômeno resumida em três princípios:

1) uma análise do processo em oposição a uma análise do objeto; 2) uma análise que revela as relações dinâmicas ou causais, reais, em oposição à enumeração das características externas de um processo, isto é, uma análise explicativa e não descritiva; e 3) uma análise do desenvolvimento de uma determinada estrutura (VIGOTSKI, 1931/2003, p.86).

O primeiro princípio caracteriza-se pela análise do processo, que, por sua vez, é distinta da análise do objeto, pois consiste na exposição dinâmica dos principais pontos constituintes da história do objeto⁴³. Dessa forma, a análise versa no estudo tanto da história, como da formação e transformação dos processos. Para isso Vigotski lançou mão da abordagem da Psicologia do Desenvolvimento, sendo considerada apropriada ao objetivo básico da análise dinâmica, já que busca reconstruir cada estágio do desenvolvimento do processo. No segundo princípio o autor trata da questão aparência *versus* essência. A descrição de um fenômeno remete apenas no nível da aparência, também podendo ser comparado a uma análise fenotípica. Apesar de importante tal descrição, o estudo sob a perspectiva do desenvolvimento deve revelar a gênese do fenômeno e suas bases dinâmico-causais, ou seja, atingir sua natureza genotípica, sua essência. Essa tarefa não é fácil, como o

⁴² Segundo Freitas (2007): “Considerar a pessoa investigada como sujeito implica compreendê-la como possuidora de uma voz reveladora da capacidade de construir um conhecimento sobre a sua realidade que a torna co-participante do processo de pesquisa” (p. 29).

⁴³ Os termos objeto e fenômeno estão sendo utilizados como sinônimos.

próprio autor problematizou no terceiro princípio. Existem os “comportamentos fossilizados”, os quais, dada a sua origem remota, sua aparência nada diz sobre sua natureza interna, assim apresentam-se como automáticos. Vigotski lembrou que a chave para esse impasse está em estudar o fenômeno historicamente, identificando no processo seu movimento e mudanças (VIGOTSKI, 1931/2003).

Estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: esse é o requisito básico do método dialético. Numa pesquisa abranger o processo de desenvolvimento de uma determinada coisa, em todas as suas fases e mudanças – do nascimento à morte – significa, fundamentalmente, descobrir sua natureza, sua essência, uma vez que “é somente em movimento que um corpo mostra o que é”. Assim, o estudo histórico do comportamento não é um aspecto auxiliar do estudo teórico, mas sim sua verdadeira base (grifos do autor) (VIGOTSKI, 1931/2003, p. 85-6.

Sendo assim, é só por meio do estudo do fenômeno na sua historicidade que é possível “captar as mediações que o determinam e constituem, contribuindo para que o *concreto abstrato* transforme-se em *concreto pensado*” (MARTINS, 2005, p. 143).

As mediações são compreendidas enquanto relações particulares, inseridas na relação dialética universal-particular-singular. A singularidade do fenômeno só é captada quando inserida na sua relação com o universal, que por sua vez só se constitui por meio das mediações particulares; da mesma forma que a dimensão universal só existe ao se materializar no singular (OLIVEIRA, 2005).

A cuidadosa identificação e caracterização da particularidade é condição *sine qua non* para compreender-se como se dá essa concretização da universalidade no vir-a-ser da singularidade. Somente dessa forma é possível a aproximação do pensamento ao ser concreto da realidade em movimento, ao movimento processual da tensão entre universalidade e a singularidade, mediada pela particularidade. Quanto mais o pensamento se aproxima dos meandros desses nexos causais da realidade que determinam o movimento de complementaridade entre os contrários, tanto mais poderá captar o processo no qual a universalidade se concretiza na singularidade, através dos traços irrepetíveis desta, através da sua unicidade (OLIVEIRA, 2005, p. 46)

No caso desta pesquisa significa analisar os processos de coordenação – no nível local e no nível central, ou seja, na UBSF e na SMS, respectivamente, – identificando as

relações dinâmico-causais que os determinaram, não se limitando nas aparências dos fenômenos apreendidos, pelo contrário, desvendando suas essências, para, assim, relacioná-los com o tipo de atuação exercida pela equipe de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Dentro da dialética universal-particular-singular, os processos de coordenação na SMS serão captados enquanto uma das mediações entre o instituído pelas políticas públicas nacionais e internacionais para o trabalho em saúde no nível primário (o universal) e a organização das equipes nas UBSF locais (o singular). É claro que há de se considerar a historicidade do fenômeno que tem como base para essa análise o fato de que estamos em uma sociedade capitalista, e, que, deste modo, seus princípios fundamentais estarão norteando e mediando as práticas em todos os níveis.

Desse modo, o conhecimento da constituição dessa realidade singular permite contribuir para intervenções de forma genérica, na medida em que nessa realidade se encontra presente a totalidade social.

Por se tratar de uma pesquisa que visa uma investigação explicativa, utilizaremos o conteúdo da fala como principal recurso para análise, pois em se tratando de uma pesquisa subsidiada pela abordagem Sócio-Histórica, tal recurso torna-se importante, como explica Aguiar (2001):

Para compreender a fala de alguém, não basta entender suas palavras; é preciso compreender seu pensamento (que é sempre emocionado), é preciso apreender o significado da fala. [...]. O caminho do pensamento para a palavra com significado é mediado, portanto, pelo sentido, sentido este que, como afirma Vigotski, é mais amplo que o significado, o qual é apenas uma das zonas do sentido, a mais estável e fixa. (p. 130, 131).

Convém lembrar que todo esse processo encontra-se inserido no desenvolvimento histórico da linguagem, pois à medida que se modificou os significados das palavras, bem como a sua natureza psicológica, o homem adquiriu as formas superiores e complexas do pensamento. Assim, na análise da linguagem falada caminha-se do elemento mais estável, constante (zona do significado da palavra) para o elemento mais fluído (zona de sentido). Portanto, na análise semântica, a expressão da palavra, de maneira direta, remete a natureza histórica da consciência humana (VIGOTSKI, 1934/2000b).

Considerando o próprio objetivo da pesquisa, o de identificar os determinantes constitutivos dos processos de coordenação das equipes, sob a perspectiva dos profissionais que assumem esse papel nas UBSF locais e na SMS, as análises aqui empreendidas colocam-se mais na esfera da significação social do que na apreensão dos sentidos pessoais. Pois como lembram Aguiar e Ozella (2006):

A apreensão dos sentidos não significa apreendermos uma resposta única, coerente, absolutamente definida, completa, mas expressões do sujeito muitas vezes contraditórias, parciais, que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele.

Sabemos o quão difícil é sua apreensão; ele não se revela facilmente, não está na aparência; muitas vezes, o próprio sujeito o desconhece, não se apropria da totalidade de suas vivências, não as articula (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 228, 229).

Contudo, a análise fomentada não visa uma divisão/separação que o próprio termo traz em seu “sentido etimológico (ana = semelhança e lise = quebra, fragmentação), mas uma compreensão marcada pela perspectiva da totalidade construída no encontro dos diferentes enunciados produzidos entre pesquisador e pesquisado” (FREITAS, 2007, p. 30).

Convém lembrar que Vigostki (1934/2000b) diferenciou o seu método de análise em unidades dos que decompõem o fenômeno em elementos, explicando que “diferentemente dos elementos, [as unidades de análise], não perdem as propriedades inerentes à totalidade e são suscetíveis de explicação mas contêm, em sua forma primária e simples, aquelas propriedades do todo em função das quais se empreende a análise” (p. 397-8).

Assim, a análise dos dados norteou-se dentro da proposta operativa sistematizada por Minayo (2007b). Após a coleta do material de campo (por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante), bem como sua primeira organização (transcrição das entrevistas e registro das observações em diário de campo), empenhamos na sua leitura flutuante, a fim de estabelecer um intenso contato com os dados. Ainda nesse momento, buscamos registrar as primeiras impressões, fazendo várias anotações no material.

Em seguida, focamos na ordenação dos dados, agrupando-os por temáticas, ou seja, alocando as partes semelhantes e as que tinham conexões de cada entrevista, juntas. Assim, trabalhamos com cinco grandes unidades temáticas: 1) o processo de trabalho; 2) atividade de coordenação; 3) formação; 4) relações entre as coordenações (local e central); e por fim, 5) trabalho em equipe, a fim de buscar as homogeneidades e as diferenciações por comparações e contrastes. Podemos dizer que tais temas consistiram nas categorias operacionais.

A partir disso, iniciamos o processo de análise propriamente dita. Desse primeiro recorte do material, emergiram os conteúdos mais representativos, agrupados, novamente, em unidades de análise centrais, denominadas: 1) por que a enfermagem?; 2) coordenar ou gerenciar?; 3) o processo grupal como (no) caminho do *fazer* coordenação. Concomitante a todo esse processo foram definidas as categorias analíticas, “capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual” (MINAYO, 2007, p. 355).

Desse modo, por meio do movimento entre o empírico (concreto) e o teórico (abstrato)⁴⁴ e vice-versa, bem como na busca pelos determinantes mediados na constituição do fenômeno, empreendemos as inter-relações entre as unidades centrais e as categorias analíticas. Ou seja, a análise e articulação com as variáveis psicossociais, contexto cultural, organizacional e político e o estabelecimento da relação entre as coordenações das equipes da Estratégia Saúde da Família e o nível de organização das mesmas, tendo em vista identificar os impactos das ações destas em direção a construção de um trabalho em equipe na modalidade de trabalho coletivo, para assim alcançar a resolubilidade dos problemas de saúde.

É por meio desse processo que almejamos atingir o “concreto pensado” do processo de coordenação de equipes na Saúde da Família, identificando assim suas particularidades. Para isso, Minayo (2007b) destaca “o contexto, as determinações abstratas

⁴⁴ Marx (1859/1978a) explicitou sobre essa questão (concreto e abstrato) ao explicar o método da economia política. De acordo com o autor, “O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como o processo de síntese, com resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação [...] as determinações abstratas conduzem à reprodução do concreto por meio do pensamento” (p. 116, 117). Assim, na categoria mais simples pode se expressar as relações dominantes de um todo mais simples ou mais desenvolvidos, pois são relações que já existiam antes mesmo do desenvolvimento do todo. Neste sentido, o movimento do pensamento abstrato consiste no próprio processo histórico à medida que se eleva do mais simples ao mais complexo.

e tudo mais, nessa etapa do ‘concreto pensado’, emanam do objeto e não ao contrário” (p. 359). Por isso, a definição das categorias analíticas ou de análise é tão importante quanto a apreensão das categorias operacionais e empíricas, e do mesmo modo que estas emergem do próprio objeto/fenômeno. Sendo assim, dedicaremos um tópico para explicitar melhor as categorias de análise utilizadas.

4.2 Categorias de análise: atividade, consciência e processo grupal

Atividade, consciência e processo grupal são categorias psicossociais da abordagem Sócio-Histórica. Segundo essa perspectiva teórica, “as categorias de análise devem dar conta de explicitar, descrever e explicar o fenômeno estudado em sua totalidade” (AGUIAR, 2001, p. 95). Mesmo recorrendo a um método explicativo, devemos ponderar que o processo de conhecimento implica em um exercício de aproximação do fenômeno a ser estudado. Como Konder (1981/1998) lembra “estamos sempre trabalhando com totalidades de maior ou menor abrangência [...] e é muito importante, também, nunca esquecermos que a totalidade é apenas um momento de um processo de totalização” (p.39).

No caso dessa pesquisa, o fenômeno em questão é descrever e analisar o processo de coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tanto no nível local - Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF) – como no nível central - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a fim de identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo.

Para apreensão dessa realidade lançamos mão das categorias atividade e consciência, considerando sua interdependência quando o estudo envolve o processo grupal (MARTINS, 2003). Mesmo no caso dessa pesquisa não se referir a análise propriamente de um processo grupal, tal categoria é norteadora para a análise da atividade de coordenação, assim sendo, a consciência é imprescindível. Desse modo, entendemos que com essas três categorias é possível aproximarmos da explicação do fenômeno na sua totalidade, sendo este ainda permeado pelas categorias ontológicas: trabalho e cooperação.

Como já explicitado na revisão teórica, foi por meio do trabalho ocorrido de maneira cooperativa que se originaram as condições para a constituição do ser humano, propiciando com isso, o desenvolvimento da linguagem. Resumidamente, podemos afirmar que a consciência é produto da atividade humana, a qual estabelece o modo como o sujeito conhece o mundo, constituindo sua forma de pensar, sentir e agir. Dessa forma, “é através da atividade externa, portanto, que se criam as possibilidades de construção da atividade

interna. Assim, é importante frisar que a atividade de cada indivíduo é determinada pela forma como a sociedade se organiza para o trabalho” (AGUIAR, 2001, p. 98, 99).

Sendo assim, há que se considerar *a priori* a condição alienada do homem (LANE, 1984/2004c). Nesse sentido, a análise da consciência transcorre pelo processo de alienação, que descola o homem do seu contexto histórico-cultural, naturalizando os fatos sociais, até a divisão do trabalho que “une e separa (une porque separa, separa porque une) os homens ao mesmo tempo” (CODO, 1984/2004, p. 54). O autor defende que “esta dialética união-separação é fundamental para o processo de conscientização⁴⁵, assim como a relação homem-homem, homem-natureza” (p. 54).

Para esse tipo de análise é indispensável envolver ainda pensamento e ação, mediados pela linguagem. “O homem age produzindo e transformando seu ambiente e para tanto ele pensa, planeja sua ação e depois de executada, ela é pensada, avaliada, determinando ações subseqüentes, e este pensar se dá através dos significados transmitidos pela linguagem aprendida” (LANE, 1984/2004b, p. 42, 43).

O pensar uma ação não significa, necessariamente, que o homem esteja agindo de maneira consciente. Ele pode estar reproduzindo a ideologia. Lane (1984/2004b) exemplificou essa situação, a de quando o indivíduo remete a “explicações do tipo ‘é assim que deve ser, é assim que se faz’” (p. 43).

Desta forma o pensar *ação/não ação – agir/não agir* e repensar o *feito/não feito* traz em si contradições que podem ser resolvidas através de uma explicação, de uma justificativa que resolvidas através de uma explicação, de uma justificativa que encerra o processo com uma elaboração ideológica. Porém se a contradição é enfrentada, é analisada criticamente e é questionada no confronto com a realidade, o processo tem continuidade, onde cada ação é renovada e repensada, ampliando o âmbito de análise e da própria ação, e tem como consequência a conscientização do indivíduo (LANE, 1984/2004b, p. 43, 44).

O processo de consciência envolve além do pensar a realidade e seus significados atribuídos socialmente, o seu questionamento a fim de desenvolver ações diferenciadas,

⁴⁵ Geralmente, o termo conscientização é utilizado no contexto da Educação, sobretudo, como uma categoria freireana que evidencia o processo de formação de uma consciência crítica, sendo, portanto, essa a sua finalidade. Entretanto, na discussão aqui apresentada, esse termo não assume necessariamente tal conotação, mas sim a do processo de consciência, entendido tanto como possibilidade de produção como de transformação da realidade social.

que da mesma forma serão objeto do pensar. É desse movimento imperativo que comporta a consciência de si, do grupo social e de classe, entendidas como produtos históricos da sociedade, e o sujeito como agente da história pessoal e social. Convém lembrar que esse processo de consciência desenvolve-se sob a determinação das relações históricas, não cabendo apenas ao homem a decisão pela manutenção ou transformação da sociedade (LANE, 1981/1994).

Como ratifica a célebre frase de Marx (1852/1978b), “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (p. 329).

O movimento rumo ao desenvolvimento da consciência só pode ocorrer em coletivo. “Pela luta, via ação, recompondo, recriando a atividade até o momento em que pelo outro homem reencontra a si mesmo, até que o existir coletivo reencontre o sujeito individual” (CODO, 1984/2004, p. 56).

O processo de trabalho das equipes de saúde, geralmente, encontra-se tão fragmentado que os profissionais perdem de vista o produto do trabalho coletivo. Além do fato de este estar, ideologicamente, arraigado pela representação de que trabalhar em grupo/equipe consiste em cada profissional desempenhar sua função técnica isoladamente da dos demais e, dessa forma, os profissionais apropriam-se dessa construção social sem fazer nenhum tipo de questionamento.

É nesse contexto que a análise dos processos grupais advém como uma grande possibilidade de desvelar as ideologias, repensar a atividade grupal, pois permite à equipe conhecer os processos grupais ocorridos nas relações de trabalho e sendo assim, “se pode construir a equipe, sua capacidade de gerar crítica e significados distintos daqueles a que já nos acostumamos e que apenas reproduzem o jeito conhecido de trabalhar” (FORTUNA et al., 2005, p. 264).

Dentro da vertente da Psicologia Social sob a perspectiva Sócio-Histórica, acreditamos ser fundamental para o movimento de superação do trabalho em equipe fragmentado, a construção da sua identidade, o conhecimento das relações da atividade

grupal, interna e externamente, bem como a explicitação das relações de poder e sua forma de utilização.

Portanto, tendo em vista esses parâmetros, a presente análise está voltada para a figura do coordenador da equipe, abrangendo sua atividade de coordenação e processo de desenvolvimento de sua consciência em relação a essa ação, inserida em um e para um contexto maior: o trabalho em equipe.

4.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município de médio porte, de aproximadamente 130.000 habitantes, com concentração de 96% da população na área urbana (IBGE, 2010). O critério estabelecido no projeto de pesquisa, em relação ao município, previa um município onde a ESF estivesse implantada há pelo menos cinco anos, considerando esse tempo um período razoável para a estruturação do serviço. Outro critério era que o município possuísse algum serviço de apoio na área da saúde ou intersetor que atuasse junto à ESF, pois pretendíamos analisar por meio da articulação (se existente) entre os distintos serviços, o papel da coordenação.

Desse modo, a ESF está implantada no município da pesquisa desde 2003. Em um panorama geral⁴⁶, a rede de assistência à saúde é composta pelos seguintes serviços:

- Municipais: dezesseis Unidades de Saúde na Atenção Básica (dentre elas: oito UBSF⁴⁷; uma UBS com PACS; seis UBS “tradicionais”, ou melhor, sem Saúde da Família, das quais três funcionam como policlínicas, isto é, como referência direta para encaminhamento das UBSF); um Ambulatório Regional de Especialidades (municipalizado há pouco tempo); uma equipe de Saúde Mental que até dezembro de 2011⁴⁸ era composta por cinco psicólogos, quatro assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais e uma psiquiatra⁴⁹ (a equipe atua em duplas formadas por um assistente social e um psicólogo; cada dupla cobre quatro unidades de saúde, tanto UBS como UBSF); um Centro de Especialidade em Saúde Bucal; e ainda serviços na área de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Farmácia, Educação Permanente, Atendimento Móvel às Urgências – SAMU e Pronto Socorro Municipal.

⁴⁶ Relatado pelas coordenadoras centrais e conforme o Plano Municipal de Saúde (Gestão 2009). Após o término da coleta foi implementada nova UBSF, totalizando nove unidades.

⁴⁷ As oito UBSF perfazem um total de doze equipes de Saúde da Família, pois há UBSF com até três equipes.

⁴⁸ No início do ano de 2012, a equipe de Saúde Mental passou a integrar o NASF, formando uma equipe multiprofissional composta por cinco assistentes sociais, cinco psicólogos, dois nutricionistas, dois educadores físicos, dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais, um médico geriatra, um médico gineco-obstetra, um médico psiquiatra, um médico pediatra, um médico homeopata, cinco farmacêuticos, dois acupunturistas e um psicólogo (coordenador).

⁴⁹ No período das entrevistas essa profissional não compunha a equipe.

- Estaduais: O município conta com serviços regionais na área de Saúde do Trabalhador (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST); dois Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II, sendo um CAPS ad (álcool e drogas), ambos vinculados ao Hospital Psiquiátrico (referência regional); dois Centros de Saúde-Escola (UBS) e um Hospital Escola (alta complexidade).

Atualmente, a cobertura da ESF no município é de cerca de 30% da população (BRASIL, 2011c). Se considerarmos a cobertura desse modelo no ano que foi implantado, em 2003, a qual era de 21%, não observamos um crescimento significativo, mesmo considerando o crescimento de quase 14% da população geral nesse período de oito anos (BRASIL, 2011d).

A ampliação da ESF ocorreu, sobretudo, no ano seguinte a sua implantação no município, em 2004, com a inauguração de seis unidades básicas com Saúde da Família. Em 2006 mais uma unidade foi implantada. Desse período até agosto de 2011 (período final da coleta de dados), em termos de estrutura física, não houve ampliação da ESF; porém ocorreu a ampliação de mais quatro equipes em unidades já implantadas.

4.4 Coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista semiestruturada, gravada com os coordenadores das UBSF (Apêndice I) e da SMS (Apêndice II), e observação participante das atividades em ambos os contextos, especificamente, das reuniões da equipe coordenadas por aqueles. No caso dos coordenadores centrais, as observações foram das reuniões mensais, realizadas com os coordenadores locais de todas as unidades de saúde da Atenção Básica (UBS⁵⁰ e UBSF)

Assim como as observações das reuniões de equipes, as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, exceto em um caso que se realizou a entrevista na SMS, por dificuldade de acesso da pesquisadora à Unidade de Saúde. As entrevistas duraram, em média, setenta minutos. Com relação à observação participante, o tempo de cada reunião variou entre uma hora e meia a duas horas e meia, sendo realizado registro em diário de campo. No total, foram realizadas quinze entrevistas e doze sessões de observação participantes.

Na condução das entrevistas não foi possível aprofundar todas as questões como se previa no roteiro estruturado, em virtude da conciliação da entrevista à rotina de trabalho, o tempo era restrito, e algumas entrevistas eram interrompidas e continuadas em outro dia.

Considerando a proposta da pesquisa, optamos pela escolha da entrevista semiestruturada, pois é um procedimento que permite ao pesquisador obter informações contidas na fala dos participantes (NETO, 1993), além de ser para o referencial teórico adotado “[...] um dos instrumentos mais ricos e que permitem acesso aos processos psíquicos que nos interessam, particularmente os sentidos e significados” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 229).

Entretanto, mesmo a entrevista sendo um instrumento que permite o acesso a um significativo material para análise, conciliamos a ela a observação participante. Como ressalta Neto (1993):

⁵⁰ UBS – Unidade Básica de Saúde sem Saúde da Família (UBS “tradicional”).

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (p.59, 60).

Aguiar e Ozella (2006) também recomendam a complementação da entrevista a um plano de observação, tendo em vista que esse instrumento permite “[...] tanto captar indicadores não verbais como complementar e parear discursos e ações que estejam nos objetivos da investigação” (p. 229).

Além de tudo isso, Lane (2006) salientou a pesquisa participante enquanto um aspecto metodológico fundamental para o estudo em processo grupal, permitindo “acompanhar durante um certo tempo o processo de vida social de um grupo e, dentro dele, entendermos as atividades e consciências individuais que se desenvolvem num contexto histórico mais amplo” (p. 76).

Devemos distinguir que nossa pesquisa não se caracterizou como participante, no que diz respeito à inserção dos sujeitos pesquisados no processo decisório da investigação ou no desenvolvimento de uma pesquisa-ação. Foi participante com o intuito de não negar a influência que o pesquisador apresenta ao se inserir no contexto a ser pesquisado, bem como com intervenções em situações em que fosse necessário obter algum tipo de esclarecimento das ações ocorridas.

Embora nossa pesquisa não tivesse por objetivo principal o estudo do processo grupal, o que demandaria um tempo de acompanhamento em cada equipe, portanto, inviável para uma pesquisa de mestrado, a observação participante foi escolhida a princípio como uma metodologia de complementação dos dados das entrevistas. No entanto, durante a coleta dos dados, esse instrumento metodológico superou essa intenção inicial, possibilitando assim, a observação de alguns aspectos grupais (determinações institucionais de papéis, relações de dominação e reprodução de relações sociais).

A coleta de dados teve início em outubro de 2010, finalizando-se em agosto de 2011.

4.5 Aspectos éticos

Antes do início da coleta de dados, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP (Protocolo nº 3566-2010), estando em conformidade com as normas éticas estabelecidas na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996). Do mesmo modo, obtive autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da Organização Social responsável pela gestão dos profissionais de saúde (participantes da pesquisa).

No momento da entrevista foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III) ao participante informando sobre o tema da pesquisa, o sigilo das informações que permitissem sua identificação, autorização para divulgação dos resultados sob o compromisso da não identificação do participante e a condição de sua participação voluntária.

Cada participante ficou com uma cópia do TCLE, assim como a pesquisadora. Foi destacada ainda a importância da gravação das entrevistas para posterior organização do material para análise, bem como o compromisso de apresentação do material após sua conclusão a todos os participantes.

4.6 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa todos os coordenadores das Unidades Básicas com Saúde da Família que estivessem na mesma equipe há pelo menos seis meses. Desse modo, foram excluídos apenas dois profissionais que não atendiam a esse critério. Do mesmo modo, foram convidados os coordenadores da Atenção Básica no município, na qual se inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF). Não houve nenhuma recusa para a participação.

Além desses critérios já previstos pelo projeto, durante a coleta dos dados, tivemos conhecimento de que uma das coordenadoras da UBSF que participou da pesquisa, estava saindo da coordenação local para integrar a equipe de supervisão na Atenção Básica no nível central. Assim, avaliamos ser pertinente um contato posterior com essa profissional, a fim de compreender a finalidade desse trabalho junto às equipes de saúde da Atenção Básica.

Antes do início da coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas pilotos, uma com a coordenação da ESF local e outra com a coordenação da ESF na Secretaria Municipal de Saúde, de outro município, a fim de avaliar e aprimorar o instrumento a ser utilizado, bem como proporcionar o aprimoramento técnico da pesquisadora.

Durante a pesquisa, foi realizado um total de quinze entrevistas, das quais onze foram com os coordenadores da ESF local (coordenadores locais), três com os coordenadores no nível central (coordenadores centrais) e uma com um dos supervisores das unidades da Atenção Básica⁵¹.

Além disso, participamos de doze reuniões de equipe, sendo dez nas equipes da ESF local e duas na coordenação central. Não foi possível a participação em duas equipes, pelas seguintes razões: uma coordenadora saiu da equipe na semana seguinte à entrevista e outra entrou em licença maternidade. Assim, o total de dez, fez-se em virtude de que se participou duas vezes da reunião de equipe de uma coordenadora, porque na primeira reunião essa ocorreu com as duas equipes da unidade, portanto, optou-se por retornar para participar da reunião só com a equipe da coordenadora entrevistada.

⁵¹ Durante a banca de qualificação foi sugerido excluir a análise do material desta entrevista, por não apresentar tanta relevância para o foco da nossa investigação.

Apresentação dos Resultados e Análises

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 Caracterização dos participantes

Quadro de identificação dos coordenadores das Unidades Básicas com Saúde da Família

Identificação ⁵²	Sexo	Idade	Estado Civil	Graduação			Atuação profissional atual	
				Curso	Instituição	Tempo de conclusão	Unidade	Tempo
E1	F	36	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 1	08 anos	A	10 meses
E2	F	33	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 1	08 anos	A	02 anos
E3	F	40	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 2	16 anos	A	09 meses
E4	F	40	União Estável	Enfermagem	PÚBLICA 1	16 anos	B	01 ano
E5	F	39	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 3	03 anos	C	08 meses
E6	F	24	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 2	02 anos	D	07 meses
E7	F	26	Solteira	Enfermagem	PÚBLICA 1	03 anos	E	10 meses
E8	F	29	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 2	04 anos	F	08 meses
E9	F	34	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 1	07 anos	G	08 meses
E10	F	28	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 1	05 anos	G	02 anos e 04 meses
E11	F	29	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 3	04 anos	H	02 anos e meio

A idade dos participantes se concentrou na faixa etária de 24 a 40 anos (média de 32 anos), sendo todos profissionais de Enfermagem do gênero feminino, com predomínio de casadas. Das onze participantes, seis se formaram em instituições públicas e cinco em instituições privadas.

O tempo médio de formação profissional foi de sete anos; já o de atuação foi de seis anos, dado que indica que a inserção das profissionais foi relativamente rápida no mercado de trabalho. Considerando que cinco participantes, antes da inserção no trabalho, fizeram pós-graduação configurada como “treinamento em serviço”, aprimoramento ou residência, que exigem dedicação exclusiva, esse dado torna-se mais expressivo para afirmarmos que houve uma inserção profissional rápida. Seis profissionais tiveram

⁵² Optou-se por identificar as entrevistadas pela letra E seguida de um número, atribuído de forma aleatória.

experiência de trabalho em outros municípios, em particular, na Saúde da Família, com exceção de duas profissionais (E7 e E8), que tiveram experiência em outra área e em um período de apenas dois meses, em ambos os casos.

Em relação ao tempo de atuação das profissionais, no município onde ocorreu pesquisa, a média foi de três anos (precisamente dois anos e nove meses) e de um ano nas unidades atuais. Para entender essa diferença, cabe explicarmos que antes da realização da coleta de dados, em fevereiro de 2010, a gestão municipal havia feito um rodízio de várias coordenadoras entre algumas unidades. Por essa razão, somente duas enfermeiras estavam há mais de dois anos na mesma equipe. Das profissionais que já passaram pelo rodízio, cinco passaram por pelo menos uma unidade antes de irem para a que estão atualmente, e duas passaram por duas unidades, sendo a terceira, a unidade atual.

Ainda sobre a formação, todas as participantes possuem pós-graduação (Apêndice IV) concentradas na área da saúde, a maioria tem mais de um curso. Das que tem em Saúde da Família, especificamente, podemos citar seis e duas em Saúde Pública, totalizando 72,7% das participantes.

Quadro de identificação dos coordenadores da Atenção Básica no município

Identificação ⁵³	Sexo	Idade	Estado Civil	Graduação		
				Curso	Instituição	Tempo de conclusão
C1	F	35	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 3	11 anos
C2	F	42	Casada	Enfermagem	PARTICULAR 2	21 anos
C3	F	31	Casada	Enfermagem	PÚBLICA 1	08 anos

Além dos coordenadores das Unidades Básicas com Saúde da Família, o município conta com uma coordenação central que é responsável por todas as Unidades de Saúde na Atenção Básica, na qual se insere a Saúde da Família.

É necessário fazer um esclarecimento em relação às coordenadoras do nível central. No primeiro contato realizado com as coordenadoras para agendar as entrevistas, a

⁵³ Em relação às coordenadoras centrais optou-se para sua identificação a letra C seguida de um número de forma aleatória.

equipe denominada de apoiadores não estava definida. Desse modo, convidamos para a entrevista três profissionais dessa equipe. Entretanto, ocorreram algumas modificações nessa primeira configuração: C2 e C3 tornaram-se as coordenadoras centrais, que também coordenam a equipe de apoiadores, dentre os quais se encontra a equipe de supervisão, da qual C1 passou a fazer parte. No entanto, a entrevista de C1 seguiu o roteiro da coordenação central, até porque, naquele momento, estava nessa função. Assim, na análise dos resultados C1 está incluída junto às coordenadoras centrais.

A caracterização das coordenadoras centrais não apresentou diferenças significativas comparada às coordenadoras das UBSF locais, descritas anteriormente. Como no outro grupo, todas as coordenadoras são da Enfermagem, do gênero feminino e casadas. Com pouca variação, a faixa etária das coordenadoras centrais concentrou-se de 31 a 42 anos (36 anos em média). Uma das profissionais se formou em instituição particular. O tempo médio de formação profissional entre as três coordenadoras foi de 13 anos, contrastando o tempo de 21 anos com o de 08 anos, respectivamente, de C2 e C3.

Quanto à formação posterior à graduação, todas possuem pós-graduação na área da saúde também, C2 e C3 têm até três cursos, e uma tem curso específico em gestão de serviços de saúde no SUS. Todas têm experiência profissional na área da saúde, sendo C1 e C2 com experiência em outra cidade, e, dentre elas, apenas C1 teve experiência como coordenadora da Saúde da Família no nível central. Em contrapartida, C2 e C3 tiveram experiência no município da pesquisa como enfermeiras/coordenadoras de UBSF. Como coordenadoras centrais no município da pesquisa, todas assumiram a função na gestão 2009-2012 do governo.

Com relação ao panorama apresentado, verificamos que os dados encontrados aproximam-se de alguns estudos na área, como os que subsidiaram o relatório final sobre a “Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil”, de novembro de 2006, o qual constatou que os enfermeiros ocupam “cerca de 70% dos cargos de coordenador do programa nos municípios que possuem coordenação específica para o PSF. A maioria dos enfermeiros que atuam no PSF está na faixa etária de 30 a 49 anos (58,69%) e 90,91% são mulheres” (ROREHS, 2006, p.24).

No que diz respeito ao tempo de atuação nas UBSF, os dados da pesquisa (de quase um ano em média) encontram-se abaixo em comparação com alguns estudos, que apresentam de dois a quatro anos (58,5%) (ROCHA et al., 2009).

De maneira geral, os municípios têm optado pelo profissional da Enfermagem para assumir o papel de coordenador das equipes, como no caso do município estudado. De certa forma, esse aspecto explica a totalidade da amostra ter sido do sexo feminino, predomínio do gênero na profissão, explicado por duas fortes tendências já constatadas na literatura: a relação historicamente estabelecida entre a mulher e o cuidar, e ainda, a extensão dos trabalhos domésticos (PIRES, 1989; BORSOI; CODO, 1995; PEREIRA; RAMOS, 2006), refletem na representação socialmente construída entre a mulher e a opção de escolha pelos cursos de Enfermagem (TEIXEIRA et al., 2006).

Entretanto, segundo os dados do Exame Nacional de desempenho de Estudantes (ENADE) de 2004, o contingente de estudantes do sexo masculino no curso de Enfermagem vem crescendo, sendo 16% entre os ingressantes e 13% entre os concluintes, se comparados a 94,1% do sexo feminino em 1985, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (PADILHA, VAGHETTI, BRODERSEHN, 2006).

Considerando toda a população da pesquisa, temos o seguinte cenário quanto à formação: de oito profissionais formadas no ensino público (57%), seis são egressas da mesma instituição (PÚBLICA 1), e de seis profissionais provenientes de instituições privadas (43%), somente uma é egressa da instituição PARTICULAR 1; entre as demais, três são egressas da instituição PARTICULAR 2 e duas da instituição PARTICULAR 3.

Convém contextualizar que as instituições formativas, exceto a PÚBLICA 3, localizam-se na região do município da pesquisa.

A Enfermagem foi uma das áreas da saúde que mais cresceu em termos de cursos de graduação, chegando a 99,1% no período de 1995 a 2001, o que representou um aumento de 108 para 215 no número de cursos (VIEIRA; GARCIA; AMÂNCIO FILHO, 2004). Tomando apenas essa informação como referência, os dados encontrados na pesquisa incluem-se nesse movimento de expansão, pois das catorze participantes apenas duas

concluíram o curso antes desse período. No entanto, esse processo deu-se, majoritariamente, no ensino privado. Comparado às áreas da Medicina e Odontologia, a Enfermagem foi o curso mais acometido pelo movimento de privatização no ensino, com crescimento percentual de 191,7% (VIEIRA; GARCIA; AMÂNCIO FILHO, 2004). Assim, não se pode fazer nenhum tipo de relação com os dados da pesquisa, haja vista que a maioria das participantes se formou em instituições públicas.

Todavia, o percentual de 43% referente a participantes formadas em instituições privadas aproxima-se do encontrado pelo relatório acima citado, o qual constatou que nas regiões Sul e Sudeste 40% se formaram em instituições privadas (ROREHS, 2006).

Comparando o tempo de formação, incluindo as “formações em serviço”, com o tempo de atuação observou-se, novamente, a rápida inserção das profissionais no mercado de trabalho, mantendo uma relação consensual de que a Saúde da Família representou um importante crescimento na oferta de trabalho para a Enfermagem (ROREHS, 2006). Tal relação é comprovada mediante a informação de que o trabalho nessa área configurou a primeira experiência para 92,8% das participantes da pesquisa.

Em relação à formação após a graduação, verificou-se que todas possuem pós-graduação, perfazendo uma média de 2,5 curso/profissional. Apenas três profissionais do total de catorze possuem apenas um curso de pós-graduação. Quanto à classificação destes, constatou-se o predomínio de cursos na modalidade *lato sensu* (82,8%) e *stricto sensu* (17,2%). Corroborando para esses dados, o estudo de Gil (2005) sobre a formação de recursos humanos em saúde da família, revela que a categoria de enfermeiros foi a que mais buscou cursos de pós-graduação, considerando especialização e residência multiprofissional na área da Saúde da Família.

5.2 Caracterização do processo de trabalho

Antes de adentrar na análise propriamente dita do fenômeno, tão importante quanto à caracterização dos participantes é a caracterização do processo de trabalho nas UBSF, tendo em vista que o presente estudo permeia a discussão sobre a organização do trabalho. Para isso, é relevante retomarmos a conjuntura em que tal processo esteja fundamentado.

Uma das diretrizes político-administrativa do SUS é a descentralização com direção única em cada esfera de governo. A realização dessa diretriz ocorre, sobretudo, por meio dos processos de regionalização e municipalização. Considerando a Atenção Básica, a gestão dos serviços de saúde tem sido exercida, exclusivamente, pelos municípios, que se têm organizado dentro das diretrizes propostas pelo governo federal.

A Estratégia Saúde da Família teve no ano de 2006, considerado um marco na sua trajetória, a sua consolidação sinalizada por meio da aprovação de duas portarias: a Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a) e a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b).

A primeira refere-se às diretrizes do Pacto pela Saúde, consolidação do SUS que contempla três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O primeiro volume da série, o Pacto pela Vida, aponta algumas prioridades que devem nortear as ações em saúde no SUS, sempre considerando as diferenças loco regionais e as responsabilidades em cada esfera de governo. Dentre as seis prioridades apontadas, está o fortalecimento da Atenção Básica, tendo como primazia “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p.03).

Diante disso, a Portaria nº 648 estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, na qual tem se assumido a ESF como modelo para reorganizar os serviços nesse nível de atenção. Considerou-se a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), que nessa portaria deixa de ser um programa com denotação de verticalidade e temporalidade definida, e passa a ser denominado de estratégia, com necessidades de adequação após a experiência acumulada em todo país (BRASIL, 2006b).

É importante salientar que as diretrizes norteadoras para a organização do trabalho na ESF, apresentadas na PNAB representam, segundo o pressuposto teórico utilizado, um acúmulo histórico-social para o desenvolvimento do trabalho nessa área no âmbito nacional. Portanto, ao fazer a análise do processo de trabalho nesse nível de atenção à saúde, compreende-se o que o município enquanto via necessária para a implantação da ESF, apropriou-se dessas diretrizes.

De modo geral, utilizaremos a conceituação que Pires (1989) faz sobre processo de trabalho na saúde:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a *ação terapêutica de saúde*; como objeto, o *indivíduo doente ou indivíduo/grupos* sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os *instrumentos e as condutas* que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; e o produto final do trabalho é um *serviço* (grifos nossos) (p. 15).

Nesse momento, atentaremos para o aspecto dos meios necessários para a realização do trabalho, incluindo os instrumentos e as condutas realizadas.

Como Marx (1867/1982a) bem apontou:

Além das coisas que permitem ao trabalho aplicar-se a seu objeto e servem de qualquer modo para conduzir a atividade, consideramos meios de trabalho em sentido lato todas as condições materiais seja como for necessárias à realização do processo de trabalho. Elas não participam diretamente do processo, mas este fica sem elas total ou parcialmente impossibilitado de concretizar-se (p. 205).

Por essa razão, iniciaremos a caracterização do processo de trabalho pelas condições materiais, como infraestrutura das unidades, recursos materiais, equipamentos e insumos, incluindo também as “condições” em relação aos agentes do trabalho/trabalhadores em saúde, como a composição da equipe e o vínculo de trabalho de cada profissional, para em seguida prosseguirmos em direção à organização das atividades.

5.2.1 Condições materiais para o desenvolvimento do trabalho das equipes SF

Vale lembrar que a atribuição das condições materiais em adequadas ou inadequadas, caracterizar-se-á assim, à medida que, respectivamente, cumprirem ou não o previsto pelas políticas de Atenção Básica.

Iniciando pelas estruturas físicas das Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF), das oito UBSF que compõem a estratégia no município, três estão em condições totalmente inadequadas (UBSF C, D e F). Consistem em construções adaptadas, nas quais não priorizam um local para cada atividade, como, por exemplo, geralmente são alocadas em uma mesma sala as seguintes atividades: vacina, curativo, coleta de sangue, pré-consulta ou farmácia, pós-consulta e recepção. Especificamente, no caso da UBSF D as adaptações estruturais foram feitas com material que não garante o isolamento acústico do ambiente (ex. sala de pré-consulta, entre outras atividades realizadas no local), não garantindo assim a privacidade dos usuários.

A coordenadora E8 (UBSF F) expõe a realidade da sua unidade, e como as insuficiências da infraestrutura se refletem no desenvolvimento do trabalho:

“Eu tenho uma única sala, onde se eu precisar atender um caso de urgência, pode ser num momento em que eu estou fazendo coleta de sangue e o medicamento pra um paciente, pra aplicar uma medicação e um paciente pra fazer o curativo; se chegar tudo ao mesmo tempo, eu tenho um único espaço [...] É muito ruim você acolher um paciente que traz uma queixa, por exemplo, de problemas conjugais e tem uma pessoa fazendo inalação na mesma sala, escutando a queixa [...] . Então isso, além de constrangedor pro paciente [...] é uma situação delicada”E8.

Essa situação traz um indicativo de que as limitações da infraestrutura podem se refletir na atuação dos profissionais, a qual também pode ser limitada em decorrência dessas condições. A fim de não expor o usuário, o profissional pode não acolher adequadamente a sua queixa. A mesma coordenadora ainda relata sobre a dificuldade para desenvolver trabalhos de educação com a equipe, diante de tais deficiências estruturais:

“[...] a gente não tem um espaço adequado pra uma reunião; se a gente precisar fazer uma aula de capacitação, eu não tenho um espaço adequado pra passar um vídeo. Então assim, a

nossa estrutura física é o principal, a principal dificuldade quanto coordenação, quanto enfermeira da [UBSF]; assim, em relação ao meu trabalho”E8.

No discurso de E5 (UBSF C) também podemos observar a mesma situação:

“A nossa unidade é uma unidade que ela não tem um, um espaço físico adequado. Então são uma, uma sala, onde ela [auxiliar de enfermagem] faz pré-consulta, curativo, coleta de exames, (pausa) isso, aí [tem] a sala de espera, o consultório médico e de enfermagem e uma sala de pós-consulta. Uma sala pra vacina muito pequena, onde fica a geladeira , e a câmara fria, [...], mas às vezes fica impossibilitado de você fazer vacina lá porque se a criança se debater muito, é apertado, acaba sendo inviável. Então ou a gente faz lá na primeira sala ou faz [...] [no] consultório da enfermeira, se não tiver ninguém sendo atendido” E5.

Esse relato mostra além das inadequações que dificultam o desenvolvimento do trabalho do profissional, a imposição de condições para o atendimento, pois caso as outras possibilidades de utilização de salas estiverem ocupadas no momento, o usuário tem que esperar.

Nas equipes em que a estrutura física é considerada adequada, as observações dos coordenadores-locais são de outra ordem, mas não deixam de refletir no trabalho, como na unidade com três equipes (UBSF A). As três coordenadoras colocam que, apesar da estrutura da unidade ser adequada, é insuficiente para atender três equipes:

“[...] aumentou-se muito [a] área; então a demanda aumentou pra uma unidade com três equipes, então cresceu-se muito [...] [Teria que ser] Só duas equipes aqui, uma teria que ir pra outra unidade, [...]eu acho que mudaria muito o perfil dessa unidade [quanto]a estrutura física, não, eu acho que é ótima, não tem o que mudar” E1.

“[...] nós estamos num espaço muito pequeno, [ainda] mais, três equipes são muito grandes, talvez isso, talvez colocasse equipes até em outros lugares, repensasse numa redivisão de equipes” E3.

Esse processo ocorreu em função da ampliação da área de cobertura do território e, conseqüentemente, da implantação de mais uma equipe. No entanto, esse crescimento não foi acompanhado pelas adequações na estrutura física, assim a unidade

que é totalmente adequada para o trabalho de duas equipes, torna-se insuficiente para o de três equipes.

A necessidade de se ter uma sala para a execução dos trabalhos administrativos foi apontada por E7 como uma dificuldade da estrutura física, pois segundo a coordenadora, para realização desse tipo de trabalho é necessário um espaço tranquilo com computador, sendo inviável realizá-lo na recepção (única sala na unidade que dispõe deste equipamento), porque o fluxo de pessoas é grande. Assim, a profissional realiza esse tipo de trabalho em sua casa:

“[...] Então eu não tenho nem computador, eu não consigo fazer os ofícios aqui, não dá pra eu deixar um computador na mesma sala que eu atendo uma criança, que aí acaba com as coisas. Então eu nem tenho espaço pra fazer administrativo direito, se eu for fazer um ofício, eu tenho que sentar no computador da frente [recepção] e se eu sentar lá (rs), vem um ou outro pedir alguma coisa, uma ou outra auxiliar vem e conversa alguma coisa, difícil até bolar alguma coisa sentada. Eu faço geralmente os ofícios em casa porque aí eu tenho lá o meu computador, tudo, aí eu faço as coisas lá e venho e imprimo aqui e mando daqui, mas eu não consigo [aqui]” E7.

Dentre outras adequações apontadas para a infraestrutura física da unidade, E7 menciona a necessidade de uma sala grande para o desenvolvimento das atividades com grupos. Essa foi uma situação observada em várias unidades, que, geralmente, desenvolvem esse tipo de atividade nos dispositivos intersetoriais do território, como no Centro de Referência em Assistência Social – CRAS e nas escolas.

Uma das coordenadoras centrais (C2) identifica as unidades com estruturas precárias, bem como a possibilidade disso dificultar o trabalho:

“[...] algumas estruturas são precárias, a gente tem algumas unidades em casas alugadas, poucas, mas a gente tem problema. Eu cito três é.. UBSF F, é.. UBSF C e UBSF D, que são estruturas precárias, que podem dificultar o trabalho das unidades” C2.

Diante disso, C2 comenta que o plano da gestão municipal é deixar duas equipes por unidade, de acordo com o recomendado pelo Guia Prático da Saúde da Família (BRASIL, 2001)⁵⁴:

“Então, até o critério nosso, a partir de quando a gente conseguir construir novas unidades de saúde, novas estruturas físicas é de que não se tenha mais do que duas equipes em nenhuma, em nenhum local, [...] nenhuma unidade com mais do que duas equipes. Até duas ainda consegue se trabalhar de uma forma boa, mais que duas não dá” C2.

No entanto, na avaliação de C3 quanto aos recursos físicos para o desenvolvimento do trabalho da ESF, a coordenadora faz uma comparação com lugares em que as condições são piores, justificando, assim, as condições das UBSF do município:

“Os recursos físicos, [...] tem muita coisa pra melhorar, mas até pelo que eu conheço já de vários outros lugares no estado nos somos privilegiados, nós temos uma excelente infraestrutura que tem algumas coisas pra melhorar, mais muita. O PSF no Brasil trabalha com puxadinho, barracões, nós temos prédios excelentes que dá conforto. Então na parte de infraestrutura a gente, é nós estamos bem, todos os equipamentos necessários para o trabalho, todas as unidades tem, acesso a internet, internet vai ser instituído agora, mais computadores” C3.

Realmente, deve-se considerar que a rede de serviços de Atenção Básica no país, constitui-se de maneira bastante heterogênea, mas C3 busca legitimar a realidade do município. Apesar de relatar sobre a suficiência em todos os equipamentos, isso não foi observado no relato de E8 e E5. Ambas expõem a dificuldade de reposição e manutenção de equipamentos e a inadequação de equipamentos básicos, respectivamente:

⁵⁴ “Numa casa de caboclo, como dizem os caipiras, um é pouco, dois é bom, três é demais. No mesmo estilo desatento à gramática, pode-se dizer que, na USF, uma Equipe de Saúde da Família pode ser pouco, duas é bom, três é o máximo recomendável. Uma equipe, apenas, tem vários inconvenientes: faltam outros profissionais com quem trocar idéias e a quem pedir ajuda, e pode haver baixa utilização da estrutura montada. Com duas equipes, os profissionais se ajudam e se completam, é possível estabelecer um revezamento de maneira que sempre haja pessoal suficiente para os casos que requerem atendimento imediato e potencializa-se a utilização da infraestrutura da USF. Ou seja: a mesma sala de vacina é utilizada pelas duas equipes, o mesmo acontecendo com a recepção, a sala de reuniões e com alguns equipamentos. A Unidade de Saúde da Família pode funcionar bem com três equipes, desde que exista espaço adequado” (grifos nossos) (BRASIL, 2001, p. 66).

“[...] a gente tinha o aparelho de eletro ótimo, novinho, nunca tivemos problemas, mas eles [coordenação central] mandaram o nosso aparelho pro hospital XX, que estava sem, então a gente ficou sem. Inicialmente eles falaram que era só por uma semana, por uns dias, já faz dois meses [...] Os materiais de insumos que são: faixa, gaze, é os próprios medicamentos, isso não falta, mas equipamentos é mais, é mais difícil de conseguir, por exemplo, o otoscópio, que é aquela lanterninha, vai pra manutenção e aí fica um tempão, mas eu acho que é isso, materiais permanentes, materiais, insumos não, materiais permanentes, estrutura física é a dificuldade” E8.

“[...] olha essa maca, tá com a perna quebrada” E5.

A questão de insumos e medicamentos também foi citada por outras coordenadoras locais como satisfatórios para o desenvolvimento do trabalho, até a própria E8, e igualmente E9, identificam essa questão como um fator que facilita o trabalho de coordenadora:

“[...] outra coisa que facilita mesmo assim, não tem faltado, teve uma época que faltou, mas não tem faltado materiais, não tem faltado é.. medicamentos, não tem faltado essas coisas entende, porque isso dificulta. Se eu tenho que enfrentar o paciente toda vez porque não tem medicação, isso é um estresse medonho” E9.

Ademais, todas as equipes dispõem de um veículo de transporte para realização de atividades fora da unidade, em especial, para as visitas domiciliares. Porém não há profissional responsável pela condução do veículo, sendo esta realizada pelos próprios profissionais da ESF:

“[...] isso facilita a questão de visitas, toda unidade tem um carro, então isso facilita muito, inclusive as unidades básicas, todas as unidades tem carro [...]” C2.

De maneira geral, as condições materiais das equipes encontram-se em circunstâncias regulares, pois se identificou uma disparidade entre a realidade das equipes. Ao mesmo tempo em que algumas equipes têm condições adequadas de trabalho, tanto que essa não foi uma dificuldade expressa por todas as profissionais entrevistadas, há equipes, apesar de minoria, que trabalham em condições materiais totalmente precárias, notadamente, no que se refere a estrutura física.

Como já destacado, as condições materiais são um aspecto do processo de trabalho, que pode inviabilizar em parte o trabalho, mas não totalmente. Tanto que dentre as três unidades citadas como as mais deficientes em termos de estrutura física, a coordenadora E6 (UBSF D) não faz nenhum relato no sentido da estrutura estar impossibilitando o desenvolvimento das atividades.

Com a finalidade de contribuir com os municípios na implantação da Saúde da Família, o Ministério da Saúde divulga materiais, que norteiam a elaboração de projetos de infraestrutura, seja este de reforma, ampliação ou construção de unidades de saúde. Recentemente, foi lançada a segunda edição do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família. Essa publicação sugere que a adequação dos espaços seja pensada sob o foco de várias vertentes: desde a realidade local, como a quantidade da população adstrita e suas especificidades, a viabilização do acesso de estagiários e residentes, até em atender a premissa da interdisciplinaridade, dispondo de espaços que permitam o acesso dos diferentes profissionais e o desenvolvimento de atividades de forma compartilhada (BRASIL, 2008b).

Infelizmente, essas premissas, geralmente, não são preconizadas pelas gestões municipais no momento de implantação da ESF, sendo o relato de C3 verdadeiro a respeito de UBSF funcionarem em “puxadinhos e barracões”.

Mendes (2005), consultor em Saúde Pública, em entrevista sobre o SUS e Atenção Primária à Saúde, explicita alguns aspectos presentes no cerne da explicação dessa realidade, a da deterioração da infraestrutura física das unidades básicas de saúde. Explica que essa é uma realidade permeada por um aspecto de caráter ideológico, o de que a Atenção Primária é algo básico, simples e que por isso é banalizada como algo que pode ser feita com poucos recursos e de qualquer maneira. No que diz respeito, especificamente, à Estratégia de Saúde da Família, o consultor reconhece sua contribuição para melhorar a assistência à saúde na Atenção Primária, mas não atribui a esse modelo a característica de estratégia ordenadora, em virtude do fato de transitar entre a proposta de um programa para atender pobres e a estruturação de um nível de atenção.

O fato das UBSF estarem, predominantemente, localizadas em áreas urbano-periféricas reforça a explicação acima, como aponta o estudo avaliativo realizado por Castanheira et al. (2009) e verificado em nossa amostra. Entretanto, quando se refere à dimensão das estruturas físicas, os autores não encontraram diferenças entre os distintos

tipos de serviços da Atenção Básica (UBSF, UBS tradicional e UBS “mistas” – UBS com PACS ou UBS com ESF), haja vista que todos os tipos apresentaram inadequações estruturais, sendo essa, portanto, uma questão ideológica, como apontada por Mendes (2005).

Contudo, o município pesquisado tem planos para a construção de novas UBSF, prioritariamente, as que estão em condições precárias (UBSF C, D e F), bem como a intenção de ampliar a cobertura assistencial da ESF. Esse assunto foi abordado em uma das reuniões entre as coordenadoras centrais com as locais, ocasião em que as primeiras informaram que o município havia sido contemplado com a construção de cinco unidades de saúde por meio do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) em 2011. Assim, o recurso que o município utilizaria para construir as unidades mais precárias (UBSF C, D e F), seria aplicado para reformar as demais unidades existentes, já que a construção dessas unidades (C, D e F) seria financiada pelo PAC.

Convém lembrar que o Ministério da Saúde lançou recentemente o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, acessado por meio de um informe no site do Departamento de Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2011e). Esse programa consiste em qualificar estruturalmente todas as unidades básicas de saúde, por meio de reformas ou ampliações, a fim de melhorar o atendimento à população, à medida que proporciona condições estruturais necessárias para o trabalho dos profissionais de saúde. Esse programa institui um movimento necessário para desconstrução de que a Atenção Básica é algo simples e, sendo assim, não demanda de muitos investimentos para sua estruturação e funcionamento, já que atende à classe mais pobre. Contudo, esse processo de re-significação social também não é simples. O programa já teve prorrogação nos prazos de cadastro, devido à baixa adesão na procura pelos municípios (BRASIL, 2011f).

5.2.2 Condições dos Agentes do Trabalho/Trabalhadores em Saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma equipe multiprofissional de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, composição denominada de equipe de referência, podendo incluir cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, entre outros. O recomendado é que uma equipe seja responsável por 3.000 habitantes, podendo atingir no máximo 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais para todos os profissionais, exceto para os profissionais médicos, cuja carga horária pode variar de vinte, trinta e quarenta horas, conforme a Portaria 2.027/2011 (BRASIL, 2011h). É estipulado um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, tendo um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe (BRASIL, 2006b).

As equipes contam com o apoio dos profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, nas seguintes áreas de conhecimento, respectivamente, o número total de profissionais: Enfermagem (08); Psicologia (02); Nutrição (02); Educação Física (02); Fisioterapia (03); Odontologia (02); Assistência Social (01); Medicina (01). Geralmente, os residentes são atribuídos por UBSF, mas há uma flexibilização na sua inserção, haja vista que apoiam o trabalho de outras equipes em outras unidades.

A seguir, uma tabela com a configuração das equipes de cada coordenadora local, bem como os profissionais desfalcados⁵⁵ no momento da coleta de dados.

⁵⁵ Casos em que já teve o profissional na equipe e no momento não tem mais.

UBSF	Equipes (Coord)	Composição da equipe	Profissionais Ausentes
A	E1	01 Enfermeira 01 Médico 04 ACS 03 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	02 ACS
	E2	01 Enfermeira 01 Médico 04 ACS 03 Auxiliares de enfermagem	01 Dentista 01 ACD ACS - indefinido ⁵⁶
	E3	01 Enfermeira 01 Médico 03 ACS 03 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	04 ACS
B	E4	01 Enfermeira 02 Médicos 08 ACS 05 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais
C	E5	01 Enfermeira 01 Médico 01 ACS 02 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	02 ACS
D	E6	01 Enfermeira 01 Médico 05 ACS 05 Auxiliares de enfermagem 01 Atendente de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	02 ACS

⁵⁶ Número indefinido, pois em processo de redivisão de área. Nesse caso, a equipe ainda não teve esse profissional inserido.

UBSF	Equipes (Coord)	Composição da equipe	Profissionais Ausentes
E	E7	01 Enfermeira 02 Médicos 06 ACS 05 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 02 Auxiliares de serviços gerais	01 ACS
F	E8	01 Enfermeira 01 Médico 04 ACS 03 Auxiliares de enfermagem 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	01 Dentista 01 ACD
G	E9	01 Enfermeira 01 Médico 05 ACS 04 Auxiliares de enfermagem 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	02 ACS 01 Auxiliar de enfermagem
	E10	01 Enfermeira 01 Médico 05 ACS 03 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	01 ACS
H	E11	01 Enfermeira 01 Médico 05 ACS 05 Auxiliares de enfermagem 01 Dentista 01 ACD 01 Auxiliar administrativo 01 Auxiliar de serviços gerais	03 ACS

Diante do panorama exposto, podemos considerar que a composição das equipes encontra-se dentro dos parâmetros propostos pela PNAB. Em relação à saúde bucal temos três equipes que não dispõem desses profissionais: E2, E8 e E9. No caso de E2, como sua equipe está numa unidade com mais duas equipes que têm tais profissionais, estes se revezam no atendimento de sua área. O mesmo acontece com a equipe de E9, que divide os trabalhos da equipe de saúde bucal entre a sua equipe e a equipe de E10, por estarem numa

mesma unidade. Ambas as situações estão em conformidade com a Portaria 302, de 17 de fevereiro de 2009, a qual estabelece que os profissionais de saúde bucal que já estejam previamente vinculados à ESF, poderão ser incorporados às equipes de ACS, abrindo uma exceção ao preconizado na PNAB, no que se refere à vinculação da equipe de saúde bucal há apenas uma equipe. Akerman e Feuerweker (2008) comentam que a inserção dos profissionais da saúde bucal, geralmente, tem ocorrido na proporção de uma dupla para duas equipes de Saúde da Família.

Assim, a defasagem de profissionais nessa área ocorre apenas na equipe de E8. Mas tal situação tem sido “amenizada” com o apoio do residente de Odontologia, que desenvolve as atividades da saúde bucal na área da UBSF, com exceção para os atendimentos odontológicos que têm sido realizados na UBSF mais próxima (UBSF B) porque a unidade não dispõe de espaço para essa atividade (*“por a gente não ter consultório odontológico, então ele [dentista] atende os pacientes nosso em outra unidade, na UBSF B”*).

No que concerne aos profissionais de Medicina, dentro do preconizado pela PNAB, seria um profissional para uma área de no máximo quatro mil habitantes cadastrados. Duas equipes apresentam em sua configuração dois profissionais de Medicina (UBSF B e UBSF E). Na UBSF B, os dois profissionais de Medicina trabalham quarenta horas, já na UBSF E um dos profissionais trabalha vinte horas. A justificativa para tal composição advém da ampliação da área de cobertura das unidades:

“Aqui tem demanda pra dois, até pra três [médicos] se tivesse (rs)” E4.

“Então, que a gente está com uma população com mais ou menos cinco mil, então nós somos uma equipe e meia de, de número de população” E7.

Quanto à carga horária dos profissionais, além do segundo médico da UBSF E que cumpre vinte horas semanais, o profissional de Medicina da UBSF C também trabalha na mesma jornada de trabalho, bem como uma auxiliar de enfermagem da equipe de E2. O restante dos profissionais cumpre a carga horária de quarenta horas estipuladas na PNAB.

Com relação à situação dos médicos, em 25 de agosto de 2011 foi publicada a Portaria 2027, alterando a Portaria 648 da PNAB, no disposto sobre a carga horária dos profissionais médicos das equipes de SF, e na parte referente à suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). As principais alterações dizem respeito à redução da carga

horária do profissional de Medicina, passando a ser oficialmente admitido as cargas horárias de 20 e 30 horas semanais. Assim, a condição da médica da equipe de E5 encontra-se regularizada (BRASIL, 2011h).

Entretanto, essa flexibilização trouxe variação no repasse mensal do governo federal no tocante ao valor do incentivo financeiro do PAB Variável, bem como na permissão em participar do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Assim, existe a possibilidade de distintas configurações na equipe; no entanto, à equipe composta por um médico cumprindo jornada de vinte horas semanais e os demais profissionais com jornada de quarenta horas, equipe denominada de transitória, é vedada a participação no PMAQ-AB e terá menor percentual de repasse financeiro (60%). A portaria ainda regulamenta o percentual de equipes transitórias, ou seja, com essa configuração, por número de habitantes do município. No caso do município pesquisado (com 130 mil habitantes aproximados), é permitida até 10% das equipes de SF implantadas na modalidade equipe transitória. De doze equipes, apenas uma enquadra-se nessa categoria, portanto, atende ao estipulado pela portaria. (BRASIL, 2011h).

Como mostra a tabela, todas as equipes apresentam alguma ausência de profissionais. A equipe que tem menos tempo de atividade é a da coordenadora E2. Em virtude da ampliação na área de cobertura da UBSF A, em janeiro de 2010 iniciou-se o processo de implantação dessa equipe; por isso ela apresenta um déficit maior de profissionais com relação às demais. Salvo essa peculiaridade, verificamos que a categoria profissional mais ausente nas equipes é a de Agente Comunitário de Saúde. Somente uma equipe, a de E4, está com o seu quadro de ACS completo.

Há unidades em que essa condição encontra-se em uma situação crítica, como a da UBSF A, que até o momento da coleta de dados, dispunha de vinte quatro áreas na sua cobertura territorial e estava trabalhando com quase metade do número de ACS necessário. Algumas coordenadoras (E10 e E11) relatam os reflexos dessa situação para o trabalho dos ACS, que em casos de urgência acabam tendo que atuar nas áreas descobertas:

“[...] como a gente tem algumas micro-áreas descobertas, então elas [ACS] acabam deixando um pouquinho os pacientes delas pra está cobrindo as outras áreas. [...] e pra elas é difícil, como não é micro-área delas, às vezes elas não conseguem achar endereço, então elas

acabam perdendo muito tempo da rotina delas atrás de entrega de cartinha, quer seja de resultado de exame, de convocação mesmo pra algum exame ou consulta” E10.

“[...] eu tenho três áreas descobertas, como que eu vou dar, prestar uma assistência pra essas áreas. Aí quando eu preciso de alguma coisa, o outro agente tem que sair de uma área bem distante, lá da outra área [para] entregar; então eles começam a ficar desmotivados” E11.

Na pesquisa de Ribeiro (2006), a sobrecarga de trabalho a que os ACS estão expostos, em parte decorrente do processo de precarização do trabalho na saúde⁵⁷, reflete diretamente na intensificação do trabalho, tornando-se assim um dos fatores que contribuem para o processo de adoecimento desse profissional.

Os vínculos de trabalho dos profissionais é uma das questões que perpassam tanto por esse processo de precarização do trabalho, como pela questão de rotatividade e/ou saída de profissionais, refletindo na estabilidade da composição da equipe.

No município pesquisado, a contratação de praticamente todos os profissionais da saúde da família é realizada por intermédio de uma Organização Social (OS). O vínculo empregatício dos profissionais é celetista, ou seja, regido em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Dos 153 profissionais, em média atuantes na saúde da família, apenas uma atendente de enfermagem (da UBSF D) e uma dentista (da UBSF G) têm vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal. Se considerarmos as coordenadoras centrais, das três que participaram da pesquisa, só uma possui esse tipo de vínculo laboral (C2). Somado aos outros, tem-se entre os profissionais que possuem vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal, no total, um percentual de quase 2%. Esses dados mostram a realidade vivenciada no que se refere à participação do setor privado na gestão dos serviços públicos de saúde. A participação da iniciativa privada já é prevista na lei do SUS em caráter complementar (BRASIL, 1990a).

⁵⁷ Segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) “a precarização passou a ser um atributo central do trabalho contemporâneo e das novas relações de trabalho, apresentando múltiplas faces e dimensões” (p. 230). Dessa forma, a precarização caracteriza-se por um processo multidimensional, em que os autores destacam quatro dimensões: 1) vínculos de trabalho e às relações contratuais; 2) organização e às condições de trabalho; 3) precarização da saúde dos trabalhadores; e 4) fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva. Podemos observar todas essas dimensões perpassando a análise acima, especialmente, no que se refere a organização e condições de trabalho refletindo diretamente na precarização da saúde dos ACS.

No entanto, a participação do setor privado na gestão (em especial, na contratação de profissionais) dos serviços de saúde na Atenção Básica, faz parte de outro movimento, que não se distingue por completo do citado anteriormente, pois ambos dizem respeito ao financiamento do Estado por serviços prestados pela esfera privada.

Mas, no caso específico da Atenção Básica, esse processo tem ocorrido por meio da criação das Organizações Sociais, instituídas através da Medida Provisória nº 1.591, de 09 de outubro de 1997 (BRASIL, 1997) e regulamentada pela lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), que atribuem os requisitos para o exercício das OS, inseridas em vários ramos de atividades, incluindo a saúde.

Por trás dessa lógica de repassar para o sistema privado a gestão dos equipamentos de saúde está o modelo político neoliberal, determinante na redução dos dispositivos públicos e de seu funcionalismo. No que concerne a essa última questão, a repercussão dessa política já é passível de observação, como mostram os dados dessa pesquisa, o quadro estatutário na área da saúde vem sendo extinto, dando lugar a um quadro contratado por via CLT (FRANCO, 1998).

É importante ainda dizer, que a política neoliberal é ditada tanto pelos países desenvolvidos como, sobretudo, pelas agências internacionais de financiamento e fomento do desenvolvimento (FRANCO, 1998). No tocante às agências internacionais, Rizzotto (2000) estudou as relações entre o Banco Mundial (BM) e as políticas de saúde no Brasil na década de 1990. A autora desvela as “interferências” do BM nas proposições políticas na área da saúde, à medida que condiciona seu financiamento para projetos de cunho de desenvolvimento social, dentre as quais se encontra a própria reforma do Estado⁵⁸.

O movimento em direção à implementação de um “Estado mínimo”, fruto direto da política neoliberal, a qual institui, dentre outros aspectos, a redução do funcionalismo

⁵⁸ Como verificamos nessa passagem que a autora traz: “Ao comparar as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde e as propostas do Banco Mundial para a reforma do setor de saúde brasileiro, explicitadas no capítulo anterior, encontram-se inúmeras semelhanças, isto para não afirmar que se constitui em uma resposta pragmática às críticas e recomendações daquela instituição. Contudo, não se pode afirmar que haja um alinhamento e aceitação incondicional das propostas do Banco Mundial. Porém, é evidente que quanto mais o governo mostrar que as políticas nacionais se aproximam das diretrizes gerais que configuram o atual quadro de desenvolvimento do capitalismo internacional, mais facilmente se conseguirá respaldo político internacional e aprovação dos empréstimos pleiteados” (RIZZOTTO, 2000, p. 200).

público, traz reflexos sentidos na “ponta” do sistema de saúde, sendo um deles, o da estabilidade dos profissionais nos serviços.

A falta de estabilidade no regime trabalhista dos profissionais da saúde repercute na permanência do profissional no trabalho. O estudo de Araújo e Veras (2009) constatou que os profissionais na ESF anseiam outras possibilidades de inserção profissional, mais seguras e rentáveis, o que torna o trabalho na Estratégia apenas um alicerce na carreira profissional.

Essa condição foi encontrada na realidade estudada, especialmente no que diz respeito à saída de profissionais da ESF para outro trabalho via concurso público:

“só que uma [ACS] pediu a conta, ela passou num outro concurso, então até o começo do ano a gente vai está sem duas agentes” E10.

Essa questão apareceu durante a reunião de equipe da coordenadora E7. Já no fim da reunião, quando estavam planejando uma atividade de confraternização, a coordenadora comentou que a auxiliar de enfermagem estava saindo porque recebeu proposta de trabalho melhor; portanto, na confraternização mensal a ser realizada, aproveitariam para fazer a despedida dela. A referida auxiliar brincou com outra auxiliar de enfermagem dizendo: “[F] lá na [instituição XX (a que está indo trabalhar)] tem auxílio creche, você não quer ir? rs [...] [instituição XX] não é o paraíso, estou indo porque é registrado”. A coordenadora reagiu, também em tom de descontração, dizendo: “não é para ninguém mais sair da equipe”; do mesmo modo, alguns profissionais revidaram, afirmando que não era para a coordenadora nem prestar concursos. E7 riu e disse que estava prestando um concurso; logo em seguida, concordou com a profissional que estava saindo, argumentando que os profissionais têm que buscar o melhor.

Em alguns casos, os profissionais permanecem com o mesmo vínculo de trabalho, mas em outra função, tendo em vista uma melhor condição de trabalho:

“a agente comunitária passou [no processo seletivo para] a auxiliar de consultório dentário” E5.

Apesar dos vínculos empregatícios não serem precários, já que existe um vínculo formal de trabalho (CLT), o qual assegura direitos aos profissionais, há oscilações das

políticas locais que refletem nos contratos com as OS, responsáveis pela contratação dos profissionais, propiciando assim um ambiente de tensão e insegurança quanto à permanência dos profissionais no trabalho. E11 expõe uma situação de muita insegurança vivenciada pelos profissionais, durante o período de mudança de uma OS para outra:

“[...] a época que nós iríamos passar da OS [X], da OS [Y] pra OS [X] que aí não sabia se ia passar direto, se não ia passar direto, ficou uma insegurança” E11.

C3 falou dessa situação em sua entrevista, bem como da intenção da gestão em implantar um plano de cargos, carreiras e salários:

“[...] nós tínhamos muita dificuldade em relação à estabilidade dos profissionais, principalmente da Estratégia de Saúde da Família, que nós tínhamos cento e cinquenta funcionários, que tinham perdido a estabilidade por conta de um termo de ajuste conduta. Então havia, não conseguíamos contratar pessoas por conta disso, porque a OS [Y] não podia. Então a gente conseguiu fechar o contrato de gestão com a OS [X] e estabilizamos isso, e na prefeitura nós também estamos participando do plano de cargos e carreiras” C3.

Não se pode afirmar se haverá mudanças na permanência dos profissionais perante a implantação de um plano de cargos, carreiras e salários, caso esse venha a se efetivar para os profissionais contratados pela OS.

Com relação à rotatividade dos profissionais, distintos motivos estão implicados nessa questão. No caso dos ACS, como verificamos em passagens anteriores do texto, sua saída, geralmente, ocorre por almejar melhores condições de trabalho, em especial, ao que diz respeito à remuneração. Mas parece que essa situação tende a melhorar após a transferência dos ACS, da OS para a prefeitura. Comentou-se esse assunto em uma das reuniões na coordenação central, quando C3 falou rapidamente dessa possibilidade, e ao mesmo tempo, pediu para as coordenadoras locais não comentarem sobre isso com os ACS ainda. Uma das coordenadoras locais deu risada e disse: *“eles [ACS] sabem primeiro que nós”*. Outras coordenadoras confirmaram, dizendo que viram os agentes com leis, conversando entre si nas suas unidades.

Durante as entrevistas, algumas coordenadoras locais relataram que o grupo dos agentes é uma categoria muito unida, por causa disso conseguiram esse direito, o vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal, representando melhora em alguns benefícios:

“[...] as agentes de saúde é uma categoria extremamente unida, então elas se relacionam com todas as agentes de todas as outras unidades e bem assim” E4.

“Agora os agente comunitários ganharam uma causa porque eles tem uma, uma brecha lá na constituição, não sei te falar o que que é, que eles poderiam ser passados para prefeitura. Então na verdade, agora em outubro eles conseguiram, entraram na justiça, tudo e conseguiram esse benefício, vão estar todos sendo contratados pela prefeitura até julho de 2011. Que existe uma lei que eles seriam incorporados pela prefeitura, entendeu, aí foram atrás e conseguiram” E2.

“eles [ACS] acreditam que [quando passarem para a Prefeitura] vai aumentar [o salário], só o fato de ter aumentado o vale alimentação já foi, eles já ficaram super felizes. Nós recebemos cento e vinte de vale alimentação, eles vão receber trezentos, trezentos e cinquenta pela prefeitura. Então isso já vai aumentar, então já melhorou um pouquinho (...), eles vão ser municipalizados” E11.

Essa conquista representa uma luta nacional da categoria profissional. A “brecha”, que E2 cita, refere-se à Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, a qual acrescenta três *caputs* (§§ 4º, 5º e 6º) ao primeiro parágrafo do artigo 198 da Constituição Federal, instituindo que os profissionais Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias poderão ser contratados diretamente por meio de processo seletivo pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2006c).

Acredita-se que esse processo pode refletir na permanência dos profissionais, pois como E11 comenta, antes alguns ACS pediam para ser demitidos pela OS, porque não queriam pedir demissão e perderem seus direitos. Mas após a transição, conjectura-se que essa situação tende a mudar:

“[...] hoje eu acho que nenhum mais quer ser mandado embora, funcionário é municipal. Então até esses dias atrás tinha gente que falava ‘E11 me manda embora, me manda embora’, e ela é uma agente comunitária boa, ela talvez eu não mandaria embora, mas agora ela não quer mais ser mandada embora” E11.

No caso dos ACS, não podemos afirmar que há uma rotatividade propriamente dita, pois ao sair um profissional não entra outro logo em seguida, o processo de reposição, quando acontece, muitas vezes perdura muito tempo. Como percebemos, os ACS são os profissionais mais ausentes nas equipes. Diferente, do caso das auxiliares de enfermagem, apontada como uma das categorias mais rotativa.

O último processo de rotatividade da equipe ocorreu nessa transição de uma OS para outra, pois durante o período de transição foi feito um contrato emergencial de vários profissionais, e, depois de estabelecido o contrato com a OS (X), foi realizado um processo seletivo, no qual nem todos os profissionais que foram contratados, anteriormente, permaneceram; por essa razão, no momento da pesquisa, muitas equipes estavam em transição, dentre estas a de E6:

“Esse ano está tendo bastante [rotatividade na equipe], justamente por ser contrato emergencial. Então teve, do ano passado pra cá teve uma boa mudança na equipe [...] Esse último mês teve a saída do médico, substituição médica e agora esse mês de outubro está substituindo dentista e dois auxiliares de enfermagem” E6.

No momento da coleta de dados não houve nenhuma equipe que estivesse sem o profissional médico, situação que já aconteceu no passado em pelo menos duas equipes:

“[...] no período de um ano e meio, que ela [médica] resolveu fazer vinte e horas, aí teve um período que ela resolveu sair. Então eu fiquei um ano e meio sem médico, ficou só eu e aí eventualmente mandava uns médicos, mas agora ela voltou e está definitivo” E11.

O relato confirma a dificuldade da contratação de médicos para a SF, sendo essa uma das considerações elencadas pela portaria 2.027/2011, exatamente, a dificuldade de fixação de médicos para a SF (BRASIL, 2011h). Assim, conclui-se que a portaria formalizou uma flexibilização há tempos presente no cotidiano dos serviços.

Por fim, há a rotatividade das enfermeiras, que são as coordenadoras das unidades. Além das questões inerentes a todas as condições de trabalho, como uma oportunidade de trabalho melhor que a atual ou mesmo falta de identificação do profissional com a área, a rotatividade das enfermeiras é peculiar, pois ocorre de maneira intencional pela gestão. C3 explica como ocorre essa prática:

“A gente [coordenação central] fez o rodízio das enfermeiras porque.. algumas, em algumas unidades foram feitas mudanças, propostas pra mudar o processo de trabalho e a gente teve muita dificuldade e muitas reclamações na ouvidoria também. [...]a gente fez uma mudança de, acho que de cinco enfermeiras de unidade” C3.

Nesse momento, não nos prenderemos muito a essa questão, a ser analisada mais atentamente em outro momento no trabalho. Mas, por agora, ressaltaremos dois aspectos: a de que a coordenadora é concebida como a responsável para a concretização

dos processos de mudanças na organização do trabalho, como se todos os aspectos tratados até aqui não tivessem impacto (como ausência de profissionais, vínculos de trabalho, infraestrutura), e outro aspecto, apontado por Andrade, Barreto e Bezerra (2008), o da capacitação dos gestores municipais que representa um desafio para a consolidação da ESF, pois segundo os autores, tanto as ações dos profissionais da ponta como as dos gestores têm que estar pautadas na filosofia da estratégia, a fim de fomentar a “estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade” (p. 830).

5.2.3 A organização do processo de trabalho nas equipes da ESF

De acordo com as coordenadoras centrais, o modelo que norteia a gestão dos serviços de saúde na Atenção Básica está em processo de construção. Porém, o modelo partilha dos pressupostos da clínica ampliada, dos serviços organizados em rede, orientados por linhas de cuidado:

“Nós estamos querendo desenhar um modelo de gestão, hoje ainda não tem isso determinado, desde o início de que nós viemos pra cá, a gente tem tentado desenvolver o modelo em rede, [...] um modelo diferente, estilo saúde da família mesmo, apoiado nos princípios da saúde da família mesmo nas unidades básicas. Nós estamos tentando e é o nosso objetivo, de linhas de cuidado, de clínica ampliada e não do curativo, daquela coisa pontual e sim a coisa, a, a clínica ampliada, seria a palavra, o modelo de gestão”C2.

Diante disso, passemos às atividades que compõem a rotina de trabalho das UBSF, sobretudo, como acontece a organização do processo de trabalho em cada unidade.

É pertinente destacar que as atividades elencadas de cada profissional da equipe (Apêndice V) foram relatadas pelas coordenadoras locais das UBSF, isto é, do ponto de vista de apenas um profissional da equipe. Desse modo, é possível que algumas atividades presentes no cotidiano do trabalho não tenham sido contempladas nos discursos. Da mesma maneira, alocamos as atividades diferenciais, isto é, que não foram recorrentes em todas as equipes (Apêndice V) para uma melhor contextualização do cotidiano do trabalho.

O horário de funcionamento das UBSF é das 7h30min às 17h. Geralmente, no período da manhã, ficam alocadas as atividades voltadas ao atendimento (consultas “eventuais” e agendadas, coleta de exames). No período da tarde, também acontecem os atendimentos, mas não com a mesma frequência que no período da manhã. É um período em que os profissionais, exceto os ACS, realizam suas visitas domiciliares. Concomitante a essa rotina, acontecem as atividades com grupos, a reunião de equipe, o “matriciamento” (saúde mental, ginecologia e saúde do trabalhador), as atividades educativas, nas quais a equipe participa como foco da ação e/ou acolhe e acompanha estudantes de vários cursos (graduação e/ou pós-graduação) e as campanhas de saúde.

Essa rotina apresenta variações conforme a UBSF. Na maioria, a primeira parte da manhã é dedicada ao atendimento eventual (7h30min às 9h), e a segunda parte, ao atendimento agendado (9h às 11h30min), com exceção da segunda-feira, em que o atendimento eventual ou “extra”, como também é chamado, ocorre durante todo o período da manhã, podendo estender até o período da tarde, em algumas unidades. A fala de E1 explica a diferença entre os atendimentos eventuais (“extras” porque não são agendadas) e o agendado, e o porquê de tal organização e as distintas valorizações por parte dos usuários e profissionais desses dois tipos de atendimento:

“Normalmente na segunda-feira de manhã é livre demanda para os médicos, porque pós sábado e domingo a demanda é bem maior. Então se a gente marca um paciente agendado, demora-se muito mais porque você não pode atender um agendado como um extra, o extra é uma queixa conduzida, e o agendado as pessoas precisam valorizar muito mais o agendado, porque o agendado o médico vai vê, vai ter meia hora ali para te examinar, pedir o necessário e tudo mais, a gente [profissional] valoriza o agendado” E1.

Duas enfermeiras realizam o atendimento eventual junto com o médico (E8 e E11):

“De segunda-feira de manhã, eu com a doutora [XX], nós não temos nada agendado, nós só atendemos eventuais, é o dia que mais tem eventual. Então nós chegamos cedo e vamos pra sala de pré-consulta, nós atendemos juntas” E11.

A quantidade de consultas eventuais, em uma parte da manhã, chega a espantar:

“[...]por exemplo né, num dia, numa manhã normalmente a gente tem trinta, quarenta eventuais, fora os agendados” E10.

Não tivemos acesso à informação de quanto o número de consultas eventuais (não agendadas) representaria no total de consultas realizadas pela ESF. Pelos relatos, conjecturamos que esse percentil seja maior que o número de consultas agendadas, tendo em vista o tempo dispensado para as consultas agendadas (em média trinta minutos), conforme o relato de E1, bem como o depoimento acima de E10. Esse dado, se confirmado, é diferente dos resultados encontrados no estudo de Castanheira et al. (2009), no qual “as UBSF estão predominantemente concentradas entre as unidades que realizam maior proporção de consultas agendadas” (p. 87).

Na equipe de E2, os atendimentos eventuais, na segunda-feira, ocorriam até o período da tarde. Mas, após um trabalho realizado junto ao conselho de unidade ⁵⁹, diminuiu a demanda da tarde.

“[...] agora a gente conseguiu, está montando uma agenda pra ele [médico], porque de segunda a tarde tinha muito eventual também, um trabalho que foi feito com o Conus, com o conselho da unidade, a gente conseguiu com que diminuísse bastante esses extras” E2.

Notamos que o papel desempenhado pelo CONUS parece ser condizente com os princípios da participação comunitária e do controle social propostos pelo SUS. Campos (1998) discute muito essa questão dentro da sua proposta de gestão colegiada ou gestão democrática. Entretanto, durante uma reunião de equipe, na mesma unidade de E2 (UBSF A), mas na equipe de E1, em um dado momento o dentista pediu para dar um recado, informou sobre o próximo dia e horário da reunião do conselho, encerrando com a seguinte frase: *“a mesma lorota de sempre”*. Tal comentário permite hipotetizar que esses espaços não têm sido valorizados, conforme as propostas acima citadas. No entanto, a falta de mais informações não nos permite fazer essas afirmações.

Um dos motivos para o número elevado de atendimentos eventuais relaciona-se com o modo de organização do agendamento das consultas. Esse é um dos aspectos da organização do trabalho das UBSF mais variável, por exemplo, há equipes em que o agendamento acontece só duas vezes por ano, razão de muitos transtornos à equipe e, sobretudo, aos usuários; em outra o agendamento é quinzenal, tendo ainda uma equipe que faz agendamento com frequência semanal.

Na equipe de E4, o agendamento é realizado de maneira peculiar em relação às demais UBSF. O agendamento é semanal e é feito pelos próprios médicos. A enfermeira explica como acontece esse esquema de agendamento, bem como o porquê desse tipo de organização:

“[...] Segunda-feira a gente tem o agendamento de consulta médica basicamente, que são os próprios médicos [que] agendam. Então eles fazem uma espécie de triagem desse agendamento, por quê? Por que não deixar o recepcionista fazer isso? Porque é óbvio que a sensibilidade do agendamento é outra, o olhar é outro. Então se eu sou médico, vou avaliar

⁵⁹ CONUS – Conselhos de Unidades de Saúde. Instituído no município mediante um decreto desde o ano de 1993.

aquele paciente pra agendar, eu sei se ele vai precisar passar daqui a, hoje por exemplo, amanhã ou uma semana ou quinze dias. Então é por esse, pensando na acessibilidade em [...] não ter barreiras pro paciente, pensando nos princípios do SUS mesmo. Então a gente organizou dessa maneira, o agendamento toda segunda-feira semanal, com [...] demanda de no máximo quinze dias” E4.

A divisão do trabalho da equipe de E4, especificamente com relação à atividade de agendamento, de certa forma, destoa da divisão clássica do trabalho em saúde, na qual “poupa esse tipo de força de trabalho [do médico] (que, por regra geral, tem um preço mais alto no mercado), levando-a a concentrar-se nas ações mais especializadas” (NOGUEIRA, 1994, p. 78). Portanto, a divisão da atividade de agendamento diverge dessa configuração, à medida que o médico realiza tarefas consideradas, do ponto de vista da racionalidade, como complementares (triagem) dentro do processo de trabalho, geralmente, realizadas pelos profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Durante outras atividades da pesquisa, alguns profissionais de outras equipes (das UBSF E, F e G) falaram sobre a intenção da gestão em generalizar esse tipo de agendamento para as demais equipes. Entretanto, a equipe de E7 já organizou seu agendamento de consulta baseado nessa mesma lógica. A proposta foi apresentada à equipe pela coordenadora local, pois ela teve contato, durante a sua formação profissional, com esse trabalho na UBSF B. Esse tipo de agendamento foi instituído há pouco tempo na UBSF E, com uma única diferença, ao invés de semanal é quinzenal.

“[...] só que a gente faz [o agendamento] quinzenal. Então o paciente chega, ele tem que trazer o cartão, [...] a gente entrega um número, [...] por ordem de chegada, separa o prontuário e todos os pacientes passam com nós três [enfermeira e os dois médicos]; a gente faz uma sala de agendamento, aí faz uma breve entrevista ‘o que o senhor precisa?’” E7.

No entanto, em outras UBSF, o movimento nas equipes para a organização do processo de trabalho, a fim de tentar resolver a questão do agendamento, seguiu uma direção diferente, a exemplo da equipe de E3 na UBSF A:

“[...] a gente [E3 e E1] chegou aqui em fevereiro [2010], as agendas estavam fechadas, a agenda ia [até] em junho, pra começar o agendamento de julho a dezembro [...] E eu falei que a gente ia tentar fazer de uma outra maneira, o que que a gente fez, a gente começou a trabalhar com os agentes comunitários, e durante dois meses eles foram falando: ‘oh, vocês não precisam fazer na correria, o agendamento vai ficar aberto, papapá, papapá’. Aí a gente pegou todos aqueles pacientes hipertensos, diabéticos, crianças que faziam muito tempo

que não passava, a gente primeiro agendou eles, mandou ‘tá aqui oh, não precisa ir no posto, todo mundo agendado’, aqueles que não passavam há algum tempo e a partir dessa data, quem vem vai agendando pra, pra ter agenda no final do ano” E3.

Além disso, a alternativa encontrada pelas coordenadoras da UBSF A foi o atendimento coletivo dos usuários programáticos, uma maneira antiga de racionalizar o tempo da agenda dos profissionais enfermeiro e médico.

“Eu acho que esse grupo [o de criança] está sendo muito bom, porque nem sempre a gente tem pernas pra atender todo mundo na agenda. Então num grupo, eu chamo doze, quinze [mães], e eu acho [que] a gente consegue [...] e se eu vejo assim, se há necessidade de passar com médico, eu agendo super rápido” E1.

Comumente, o atendimento em grupo é legitimado por juntar pessoas para passar uma mesma informação, a fim de economizar o tempo profissional. “Quando o grupo tenta substituir o atendimento individual, em geral como consequência, pode-se produzir uma prática clínica degradada” (BRASIL, 2010, p. 108).

Quanto às visitas domiciliares, o profissional que menos realiza essa atividade é o dentista, salvo três exceções (os da equipe de E5, E7 e E9/E10). É curioso notar que nas equipes que tem dois médicos (a de E4 e E7), os profissionais de Medicina não fazem visitas com frequência semanal como nas outras equipes. Mesmo na equipe de E7, essa atividade é realizada pelos internos de Medicina, e só mediante a identificação de uma necessidade por eles, é que o médico da equipe faz a visita. Desse modo, podemos conjecturar que a inserção do segundo médico na equipe não seja porque aumentou a população adscrita na unidade, mas, sobretudo, porque a ênfase do trabalho está no atendimento individual sob o enfoque curativo (MATUMOTO et al., 2005).

A mudança do modelo da UBS para UBSF envolve uma mudança na lógica do atendimento. Profissionais habituados a trabalhar no modelo tradicional, em particular médicos, podem apresentar uma resistência maior à visita domiciliar, priorizada pela ESF. A exemplo dessa situação, temos o relato de E1:

“[...] eu tenho alguns problemas em relação à aceitação da estratégia saúde da família com o médico (diminui a voz); porque a gente precisa fazer mais visitas entendeu, a gente precisa ter a visita do médico [...] pelo fato da pessoa vir de uma UBS; então a UBS é totalmente diferente do PSF, UBS não sai pra fazer visita domiciliar, e isso eu acho que tá faltando sim”

E1.

Nas equipes em que os profissionais médicos tinham pouco tempo de formação (equipes de E2 e E8) e/ou pouco tempo no trabalho (E6), não observamos resistência para a realização dessa atividade.

No que se refere às atividades de prevenção e promoção de saúde, contrastando com a questão da visita domiciliar, os dentistas são os únicos profissionais que possuem atividades consolidadas nessa dimensão de trabalho, pois todos, sem exceção, desenvolvem, no seu cotidiano, atividades de promoção e prevenção nas escolas⁶⁰. Podemos incluir ainda, com esse fim, as campanhas que envolvem a maioria dos profissionais da equipe.

Há várias atividades de grupos desenvolvidas com usuários nas UBSF, como o grupo de caminhada/atividade física, artesanato, saúde do trabalhador (dor), gestantes, tabagismo, saúde mental (depressão, uso de benzodiazepínicos), diabéticos e hipertensos (hiperdia). A única unidade que relatou no momento da pesquisa não ter nenhuma atividade em grupo é a da coordenadora E11. Comentou sobre um grupo de perda de peso, o qual era desenvolvido por ela e a médica há algum tempo, mas que pretendem retomar. Várias coordenadoras demonstraram a intenção de formação de grupos, como um objetivo para o próximo ano; por exemplo, na equipe de E4 pretende-se formar um grupo de pais e de atividade física para perda de peso, na de E8 organizar um grupo de gestantes junto com uma escola do bairro.

O grupo de caminhada é um tipo de grupo presente em quase todas as unidades (UBSF A, B, C, F, G). Geralmente, os responsáveis são os ACS e/ou os residentes do Programa Multiprofissional em Saúde da Família. Aliás, a coordenação da maioria dos grupos fica sob a responsabilidade dos residentes. Apenas um grupo de mulheres, na UBSF G, é desenvolvido pela enfermeira e uma ACD e no grupo de artesanato (saúde mental) da UBSF B, a enfermeira participa juntamente com outros profissionais da equipe.

Essa é uma realidade bastante questionada, a dos residentes assumirem as atividades de grupo, pois ocasiona o encerramento da atividade quando os estudantes concluem seu período de formação, à medida que os profissionais da equipe não participam. Todavia, há casos em que os ACS acompanham os residentes nessas atividades, com a

⁶⁰ Cabe fazer um esclarecimento sobre a atividade dos dentistas nas escolas. Não se trata de uma iniciativa dos profissionais, mas de uma política municipal da coordenação em Saúde Bucal.

finalidade de ter profissionais da equipe envolvidos, e o grupo não acabar com a saída dos residentes. Um exemplo disso é o seguinte trecho da entrevista de E5:

“[residentes] enfermeira e a outra é uma fisioterapeuta, elas fazem um grupo a cada quinze dias, com os pacientes e as agentes comunitárias acompanham porque elas [residentes] ficam por dois anos. Mais membros da equipe conforme vai dando, acompanha também o grupo, não é sempre porque às vezes tem visita, um monte de coisa e isso acaba ficando, porque daí pra dá continuidade no grupo. Eles [residentes] ficam até acho que maio do ano que vem, depois elas saem, e daí fica por conta da equipe está dando continuidade a esses grupos, o grupo é um grupo de atividade física” E5.

Apesar de toda ênfase dada a esse tipo de atividade na ESF, percebemos que essa não é uma atividade priorizada pelos profissionais. Na maioria das vezes, a justificativa é que os profissionais, em especial médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, não dispõem de tempo em suas rotinas de trabalho para essas atividades:

“É assim, como [os grupos] sempre acontece nos dias que eu tenho agenda, então fica difícil eu conseguir participar, sempre que por ventura, falta paciente ou dá pra eu dá uma ida e acompanhar um pouquinho, eu tento ir, mas os grupos acontecem durante a rotina de trabalho. Então a gente, fica difícil pro médico, pro enfermeiro parar o atendimento, a agenda pra pode consegui participar dos grupos” E8.

A falta de adesão dos profissionais aos dispositivos grupais está relacionada com a representação de que “a prática grupal, na Atenção Básica no Brasil, tende a ser uma prática complementar, seja quando sobra tempo, seja quando há muita demanda, e não um componente importante da organização das práticas e do projeto terapêutico das pessoas” (BRASIL, 2010, p. 106).

Convém ressaltar que dos cinco grupos citados como de saúde mental, um está em “*stand by*”⁶¹, porque a coordenadora, residente, concluiu sua formação; portanto, aguarda-se um novo coordenador (provavelmente outro residente) para dar continuidade à atividade. Nesse caso, as atividades do grupo contavam com a participação de um ACS. Mas, mesmo tendo a participação de um profissional da equipe, nesse caso, por exemplo, as atividades do grupo foram interrompidas.

⁶¹ Termo utilizado pela coordenadora para dizer que o grupo está a espera dos novos coordenadores.

Dos quatro grupos de saúde mental em atividade (três com demanda de depressão e um de uso de benzodiazepínicos⁶²), dois fundamentam-se na metodologia da terapia comunitária (TC). Provavelmente, pela ampliação dessa metodologia na área da saúde, em especial, na Atenção Básica, pois há um Projeto de Implantação da Terapia Comunitária e Ações Complementares na Rede de Assistência à Saúde do SUS, no qual a TC passou a ser política pública de saúde em 2008, integrando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2011g). Das onze coordenadoras locais, duas relataram ter feito o curso de formação nessa área (E10 e E11).

Outro ponto a ser ressaltado sobre as práticas grupais, nas unidades de saúde, diz respeito às atividades intersetoriais. Pela deficiência de infraestrutura dos espaços das UBSF, a maioria dos grupos acontece nos espaços de outros setores. Assim, a mera utilização do espaço físico acaba caracterizando como atividades intersetoriais. Todavia, essa parceria ainda é muito incipiente e geralmente acontece de maneira pontual, sobretudo, em épocas de campanhas ou realização de alguma atividade educativa, como palestra.

“[...] quando eu cheguei aqui, a gente foi na creche e falou ‘olha, nós estamos aqui, se vocês precisarem de alguma palestra, alguma coisa pra trabalhar, falar, orientações para mães, nós estamos a disposição’. Então vai ter um grupo de hipertensão lá no CRAS, que a E2 vai falar, acho que a E1 vai falar sobre hipertensão. Então tem que ter esse movimento, senão fica uma coisa muito restrita” E3.

Todas as equipes dispõem de meio período durante a semana para realizarem a reunião de equipe. Em unidades em que tem duas ou mais equipes, ocorre uma vez por mês uma reunião com todas as equipes da unidade. Essa atividade passou por algumas alterações com a mudança de gestão, E10 explica como era antes, e como passou a ser na atual gestão:

“[...] nesse ano a gente teve uma mudança; quando eu entrei aqui era uma outra gestão, então a reunião de equipe acontecia todas as quartas-feiras [...] uma hora da tarde fechava [a unidade] e a gente fazia reunião a tarde toda. Aí a população, não conseguia enxergar a importância da reunião de equipe, acabou reclamando; então eles [gestão atual] resolveram que ia ser a cada quinze dias duas horas, [...] no nosso caso era quarta-feira das três as cinco. Então aí teve a Conferência Municipal de Saúde, os próprios usuários, porque assim, o

⁶² Esse grupo é desenvolvido pela equipe de saúde mental.

peçoal que participa do Conus, eles que são mais engajados na rotina da unidade, eles conseguem perceber a importância de cada coisa, então aí eles participaram, buscaram e a gente acabou conseguindo de volta o nosso espaço de reunião; diferindo no fato de, por exemplo, aqui que nós somos duas equipes, então cada equipe tem o seu dia de reunião separado, e uma vez no mês a gente faz uma reunião [...] com as duas equipes juntas [...]”
E10.

Quando começou a coleta de dados fazia pouco tempo que o espaço da reunião de equipe tinha voltado a ser semanal, antes era quinzenal e nas condições explicadas acima. Percebemos por trás das mudanças de posicionamento da gestão, um forte caráter político, a fim de se priorizar estritamente a opinião dos usuários em detrimento das dos profissionais.

Castanheira et al. (2009) observaram diferenças significativas ao comparar a frequência da reunião de equipe entre os modelos de Atenção Básica, UBS tradicional e UBSF. Das UBSF que referiram realizar esse tipo de atividade (84,6%), a maioria relatou periodicidade semanal ou quinzenal (86,3%). Com relação às UBS, as reuniões de equipe são frequentes (semanal ou quinzenal) para uma minoria (31,4%), e a maioria ocorre em intervalos mensais.

No caso da nossa pesquisa, não há distinções entre UBS “tradicional” e UBSF em relação à frequência da reunião de equipe, tendo em vista que ambas seguem as mesmas orientações da coordenação central. A diferença encontra-se na participação dos médicos nessa atividade. Os médicos das UBS participam da atividade parcialmente, ou seja, se a reunião ocorre durante todo o período da tarde, por exemplo, o médico participa até o horário que seria de seu atendimento de um dia normal e, segundo as enfermeiras gerentes das UBS, eles não se envolvem muito com a atividade⁶³. Já nas UBSF, durante a coleta de dados, não observamos esse tipo de comportamento por parte dos médicos. Em algumas reuniões houve ausência desse profissional, mas em decorrência de sua participação em cursos ou por estar em férias.

Em relação à pesquisa de Castanheira et al. (2009), a ausência dos médicos nessa atividade apareceu em todos os contextos (UBSF, UBS “tradicional” e UBS “mista”⁶⁴), com

⁶³ O acesso a essa informação ocorreu durante uma das reuniões de equipe na coordenação central.

⁶⁴ Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

predomínio nos modelos de UBS tradicional; nas UBSF um pouco mais da metade dos médicos participaram da reunião de equipe (57%).

O processo de trabalho nas equipes da SF conta ainda com o apoio de outros profissionais. Todas as equipes contam com o apoio de uma equipe de saúde mental, composta por um assistente social e um psicólogo, semanalmente por meio período. Há pouco tempo, iniciou-se o trabalho na área de ginecologia, que também acontece em todas as equipes e com o CEREST; na área de saúde do trabalhador, foi iniciado em algumas equipes, especificamente quatro (as de E1, E2, E3 e E6).

Pelo fato de que o trabalho em ginecologia e saúde do trabalhador ser muito recentes, as participantes referiram mais sobre o de saúde mental. Das onze coordenadoras locais, apenas duas identificam falhas nessas atividades (E4 e E6). No caso de E4, a coordenadora salienta o aspecto da competitividade entre a equipe de saúde mental e o médico da unidade por antagonismos nos procedimentos envolvidos no cuidado. Já para E6, a dificuldade envolve a incompatibilidade de horários para discussão de casos entre as duas equipes. Nesse sentido, E7 também relatou dificuldade do médico em participar das atividades por causa do horário.

Especificamente no caso de E4, a coordenadora relata a ausência de uma diretriz com relação ao apoio matricial da saúde mental:

“[...] a gente começou a ter agora [apoio de] ginecologia, agora de saúde mental [...] o entendimento do matriciamento varia de profissional pra profissional aqui [no município], então não tem uma diretriz. Então, por exemplo, na ginecologia é bem claro o matriciamento dela entendeu [...] é que com a ginecologia ela tem uma coisa mais focada, direcionada [...] é mais fácil acho. Mas agora com a saúde mental, eu sinto uma certa competição, sabe assim [...]” E4.

O ponto explicitado por E4, com relação à articulação da ESF com a saúde mental, expressa um ponto muito discutido, que diz respeito à necessidade de haver entre o médico da Atenção Básica e os especialistas em saúde mental uma maior legibilidade (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009). A competição a que a coordenadora alude, refere-se ao questionamento de uma profissional de Psicologia da equipe de saúde mental quanto à prescrição medicamentosa do médico, não no sentido da prescrição ter sido exagerada, mas de ter sido, segundo a psicóloga, uma subdose. Desse modo, percebemos uma forte

presença de práticas enquadradas no enfoque tradicional (medicalização) por parte da equipe de saúde mental, quando deveria estar voltada aos princípios da luta antimanicomial e não na sua contramão⁶⁵.

É interessante observar que somente uma coordenadora (E3), relacionou o “matriciamento” dentre as atividades que compõem a rotina da unidade. A maioria das coordenadoras locais elencou só as atividades das suas agendas e, quando lembraram, as dos médicos. Provavelmente isso ocorreu em decorrência da centralidade dessas atividades (os atendimentos) na rotina da ESF.

As unidades, exceto a UBSF D, contam com a participação de estudantes em sua rotina de trabalho. São alunos de vários cursos da área da saúde, desde graduação, até alunos de pós-graduação, aprimoramento profissional, programas de residência médica e multiprofissional; desenvolvendo atividades assistenciais, institucionais ou de pesquisa, sendo contínuas e/ou pontuais, com os usuários e/ou com a equipe. Desse modo, como E9 destaca: *“É muita gente e o espaço é pequeno”*.

Três coordenadoras (E2, E4 e E11) relataram que os alunos de graduação desenvolvem trabalhos de educação com a equipe:

“[...] tem um pessoal que a gente tem aqui de estágio da [faculdade XX], que são do quarto ano de Enfermagem [...] a gente sempre aproveita as pessoas que podem dar uma ajuda. Então todo final de estágio, meio de estágio e final de estágio, eles fazem um trabalho de educação permanente com os funcionários [...], eu não consegui tá em nenhuma lá [apresentação], mas eu sei que eles falaram de emergência, falaram como usar o aparelho que a gente tem [...] o DEA, que é desfibrilador automático, falaram também de vacina [...]”E2.

Como no caso dos residentes multiprofissionais, que assumem os grupos, dos internos da Medicina que fazem visita domiciliar, nesse trecho verificamos que os estagiários acabam assumindo totalmente as atividades de educação continuada/permanente da equipe de E2.

Com relação à rede municipal de saúde, existe uma desarticulação, bem como deficiências na comunicação, pois o usuário acaba sendo o único responsável pela

⁶⁵ A situação relatada envolve outra questão complexa, a do poder médico, mas que não foi possível analisar pelo relato.

comunicação entre os serviços. O município apresenta uma grande lacuna no nível secundário de atenção⁶⁶. Assim, da Atenção Primária, o usuário é encaminhado com frequência direto para os serviços terciários, consequentemente, além da demora no atendimento, não existe um fluxo efetivo de referência e contrareferência.

De maneira geral, as condições materiais da ESF no município são heterogêneas, em termos, pois há deficiências com relação à infraestrutura, existem unidades trabalhando em condições muito precárias, bem como há a falta de manutenção e aquisição de equipamentos. Todavia, a avaliação muda quando se remetem aos insumos e medicamentos, aspectos tidos como satisfatórios.

No tocante às condições dos trabalhadores de saúde, nota-se que todas as unidades apresentam ausência de trabalhadores no seu quadro de funcionários, mais em algumas do que em outras. A depender do tempo de ausência do profissional, o comprometimento na assistência pode ser maior, além de refletir na intensificação do trabalho dos demais profissionais da equipe, por exemplo, os ACS. Essa situação acaba esbarrando no vínculo de trabalho. Geralmente, a saída dos profissionais da ESF está relacionada à busca por melhores condições de trabalho, seja por questões salariais, benefícios ou estabilidade na carreira. Constatamos que a categoria com maior rotatividade foi a de auxiliares de enfermagem.

E por fim, o processo de trabalho das UBSF vem enfatizando o atendimento de caráter curativo, especialmente, as consultas médicas e de enfermagem, em detrimento das atividades de prevenção e promoção de saúde. Aliás, esse tipo de atividade não está presente na agenda cotidiana da maioria dos profissionais da equipe, com exceção da maior parte de ACS. Comumente, essas ações têm sido atribuídas aos residentes multiprofissionais da Saúde da Família. É claro que estamos nos referindo a atividades de prevenção e promoção contínuas, pois existem ações que ocorrem em momentos pontuais, em que todos da equipe participam, sem distinção, como no caso de campanhas ou mesmo, em algumas ações programáticas de saúde. Com relação à divisão das atividades no processo de trabalho, chamamos a atenção para a peculiaridade observada na atividade de

⁶⁶ Durante a reunião de equipe de E7, a coordenadora mostrou uma planilha encaminhada da SMS com o número de vagas para o município no setor terciário; constavam seis vagas para a especialidade endocrinologia e quatro para a psiquiatria e no mês anterior a esse não, constava nenhuma vaga para especialidade.

agendamento em duas equipes, na qual médicos e enfermeiras são responsáveis pela triagem e agendamento de consultas.

Em grande parte, a ESF assume essa configuração em decorrência da lógica da produção do cuidado à saúde estar direcionada à produção de procedimento, mas, sobretudo, ao cumprimento de metas (MATUMOTO et al., 2005) estabelecidas, em especial, para os programas de atenção aos grupos prioritários. Alguns exemplos identificados na nossa pesquisa foram: cobertura vacinal do Programa Saúde do Escolar; acompanhamento de gestantes do Programa Saúde da Mulher; acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Escola, entre outros. As equipes devem cumprir todas essas metas, independente das condições objetivas para o trabalho, ou seja, com todas as deficiências observadas anteriormente.

A partir desse momento da análise discutiremos outros aspectos do processo de trabalho correlacionando-os mais diretamente com a atividade de coordenação.

5.3 Apresentando o fenômeno⁶⁷: a coordenação da equipe na ESF

Antecedendo a análise do fenômeno, optamos por descrever como este se apresenta na sua aparência (características fenotípicas), para assim se obter uma melhor compreensão do seu processo constitutivo. Como o próprio Vigostki (1931/2003) advertiu: a análise explicativa “não rejeita a explicação das idiossincrasias fenotípicas correntes, mas, ao contrário, subordina-as à descoberta de sua origem real” (p. 84). Portanto, a descrição se coloca como uma primeira tarefa em busca da explicação dos determinantes dinâmico-causais implicados nos processos de coordenações.

Para essa etapa da análise, abordaremos os aspectos diretamente relacionados à unidade operacional, a atividade de coordenação, contemplados no roteiro das entrevistas: a atribuição da função; as atividades desempenhadas enquanto coordenação da equipe; as facilidades e dificuldades envolvidas nesse trabalho; se existe algum tipo de apoio para a realização dessas atividades; as avaliações dos próprios coordenadores sobre o seu desempenho nessa função e, por último, se continuariam a exercê-la se tivessem opção de escolha.

Das onze profissionais, seis relataram que a função de coordenação não foi atribuída diretamente e cinco relataram que sim. Das que relataram que não houve atribuição, as justificativas abrangeram a função como inerente à profissão de Enfermagem e/ou à atuação da Enfermagem na Atenção Básica, ou ainda, porque já conheciam o processo de trabalho da ESF do município. Mesmo as que relataram que a função foi atribuída, as explicações também foram compreendidas como uma atribuição da Enfermagem, com exceção apenas de uma coordenadora (E4).

“Na verdade eu acho que é uma coisa histórica, porque sempre que você for pensar a enfermeira sempre foi treinada já para fazer isso [...] mas desde que eu entrei [aqui], assim, já tinha essa ideia de sempre ser a enfermeira a responsável” E6.

“Não [foi atribuída a função] porque quando a gente é contratado, a gente já sabe, que na saúde da família a gente vai fazer tanto a assistência quanto a gerência” E2;

⁶⁷ Como já apontado em outro momento nesse trabalho, o termo fenômeno significa o objeto de investigação. Portanto, a maneira de entender e analisar o fenômeno do nosso estudo independe da aproximação que tal terminologia mantenha com outras correntes teóricas (Fenomenologia, por exemplo).

“Foi falado assim, ‘olha, aqui é o enfermeiro que faz isso, isso, isso’, então foi atribuído” E4;

“Não foi atribuída, eu acho que a partir do momento que eu fui contratada, eu acho que eu já tomei essa posição, ninguém nunca me falou [...] Eu acho que o município já meio que deixa claro para a enfermeira que é contratada, ‘oh, você vai ser a responsável técnica pelo posto, qualquer coisa você é responsável’” E11.

Para uma enfermeira essa pergunta causou certo estranhamento: *“Ah, já é.. já é função, por exemplo, você já vem como enfermeira gerente da equipe” E9.*

Quanto às atividades desempenhadas na função de coordenadora local, as principais foram: 1) realizar atividades administrativas (ver folha de ponto dos funcionários; controlar horário entrada/saída dos funcionários; escala de funcionários; responder ofícios; verificar relatórios dos ACS, programação de campanha); 2) coordenar reunião de equipe; 3) supervisionar os vários setores da unidade (farmácia, recepção, pré-consulta, entre outros.); 4) participar da reunião mensal com a coordenação central na SMS; 5) mediar conflitos; 6) realizar avaliação funcional; 7) resolver problemas diversos.

Por outro lado, tiveram atividades citadas, apenas por uma ou duas profissionais, tais como: 1) acolher funcionários novos (E2; E8); 2) ver a equipe como um todo (E3); entender o momento da equipe (E9); 3) realizar educação continuada com toda equipe (E8); 4) desenvolver atividades de dinâmica de grupos (E8); 4) programar atividades que serão executadas (ex. campanhas)(E9); 5) estimular profissionais a buscarem conhecimentos/envolverem-se com o trabalho (E9); 6) fazer mediação entre funcionário e população (E9); 7) ouvir direcionamento da gestão (E9); 8) ser referência da unidade (externa/interna) (E10); 9) compartilhar com a equipe algumas decisões (E10).

Com relação às facilidades e dificuldades, apenas duas profissionais (E7, E10) relataram não haver facilidades no trabalho de coordenação. A seguir tabela com ambos os aspectos elencados:

Facilidades	Dificuldades
1) Experiência profissional; especialização; 2) Contar com ajuda de enfermeiras de outras equipes, alocada na mesma unidade; 3) Ter profissionais responsáveis na equipe; dispostos a ajudar; 4) Contar com médico que discute caso; 5) Equipe unida, bem treinada, bem capacitada; 6) Espaço da reunião de equipe; 7) Espaço de meio período dedicado só para a atividade de gerência; 8) Não ter falta de medicação, insumos; 9) Comunicação com a gestão; 10) Dados do sistema de informação (apesar de não ser totalmente confiável); 11) Informações dos ACS.	1) Relacionamento interpessoal; mediação de conflitos; 2) Sobrecarga; 3) Profissionais não colaborativos na equipe; dificuldade na comunicação com a gestão municipal; 4) Separar assistência e gerência; 5) Infraestrutura da unidade; 6) Envolver a equipe no cuidado do usuário que não adere ao tratamento; 7) Falta de equipamento; demora na manutenção; 8) Cobrança da SMS e dos funcionários; 9) Planejamento de atividades e treinamento proposto pela gestão, não serem de acordo com necessidades das equipes; 10) Demanda; 11) “Enfrentamento” com funcionários; 12) Mudanças de gestão; 13) Não ter autonomia quanto à demissão do funcionário; 14) Não consegue “ver” o que todos estão fazendo.

O apoio para o exercício de tal função foi citado apenas por cinco coordenadoras, duas (E6 e E7) citaram a reunião mensal com a coordenação central na SMS, tendo em vista que pode representar um apoio para a gestão, mas que não o é efetivamente para as coordenadoras locais. Contraditoriamente, E8 relatou que sempre que precisa tem o apoio da coordenação central, sobretudo, no que se refere a resolver problemas diversos

(relacionado ao cuidado ou estrutura física). E9 mencionou o apoio da equipe de saúde mental para lidar com dificuldades de relacionamento interpessoal na equipe, mas salientou que esse tipo de apoio só ocorreu porque ela pediu, do contrário não o teria. E E10 comentou do trabalho de supervisão que ainda não começou, mas que pode representar um tipo de apoio, ao passo que os supervisores estarão mais próximos das unidades.

Ademais, uma das questões do roteiro de entrevista solicitava aos coordenadores uma auto-avaliação do seu trabalho. Todas comentaram que estão num processo de aprendizagem, por essa razão precisam melhorar. Somente E5 avaliou seu trabalho como excelente. Algumas coordenadoras identificaram os aspectos que precisam melhorar como, por exemplo, E2:

“Eu acho que esse enfrentamento mesmo em algum conflito, a gente tem que está fazendo, não pode fugir dele, mas é uma coisa bastante difícil, não é muito agradável” E2.

Por fim, quanto à permanência nessa atividade, foi feita a seguinte questão: Se você pudesse escolher, você continuaria exercendo a função de coordenadora? Das onze, oito relataram que sim, e três que não (E4, E7 e E11).

As que afirmaram desejar continuar na função, explicaram como motivos da permanência a interdependência entre assistência e gerência, apesar de comentarem da sobrecarga que as duas funções acarretam e mesmo demonstrando preferência pela assistência.

“Mantendo a função de coordenação junto com a assistência, acho que uma não consegue fazer fora a outra. Eu acho que eu não consigo ser só coordenadora de uma unidade de saúde se eu não fizer a parte assistencial, porque eu acho que as duas são totalmente focadas, como é que eu vou coordenar uma unidade de saúde se eu não sei os principais problemas dela, que eu vou vivenciar na assistência. Então eu continuo, gostaria com certeza de continuar desde que eu mantivesse a minha assistência.” E6.

“[...] é assim, eu gosto muito dessa função [coordenação], mas gosto também da assistencial, [...] eu gosto sabe, de vê que o paciente foi, que ele foi bem tratado, que ele ficou feliz com a consulta, que eu demorei meia hora, quarenta minutos, uma hora pra atender, mas eu consegui resolver algumas coisas [...] [Continuaria com as duas funções?] Sim com as duas. Eu acho que eu dou conta entendeu, porque eu gosto das coisas tudo muito certinha, mas me sobrecarrega um pouquinho, mas eu gosto sim” E1.

Dentre as que relataram não desejar continuar encontra-se E7, a qual fala sobre essa questão antes de ser perguntada (*“se eu for escolher entre coordenar e atender, eu prefiro atender, mas como isso nem me foi proposto”* E7). Na pergunta, relata novamente a preferência pela assistência, explicando que sua formação foi, praticamente, toda voltada para essa área. E4 defende a separação das funções, de ter um profissional para a assistência e um para gerência e E11, coloca uma condição, só continuaria na função se tivesse um adicional no salário, já que não recebem adicional por desenvolver tal função.

“[...] eu ia pra [função de] assistência. Só assistência [...] Porque eu tenho essa formação, eu sou formada para assistência tanto de faculdade quanto na pós-graduação” E7.

“[...] se eu pudesse escolher eu ficaria na assistência. Porque eu me identifico mais com a assistência, por pura identificação, se eu tivesse que ficar ou na gerência ou na assistência, eu ficaria na assistência. Agora se falasse “você fica por um, sei lá, seis meses na gerência, depois você volta”, ‘tudo bem’, eu ficaria por um tempo na gerência, mas só gerência, sem fazer assistência junto, sem misturar as coisas entendeu, porque aí você faria melhor uma coisa ou outra, agora eu me identifico mais com a assistência mesmo” E4.

“[...] se eu pudesse escolher, eu ficaria com a coordenação e com a assistência, mas se o salário aumentasse. Se eu pudesse escolher uma [ou] outra, se melhorasse o salário, acho que seria viável ficar com as duas” E11.

E11 é a única profissional que questiona essa condição salarial, em outra passagem, relata achar injusta essa situação. As outras profissionais ao falarem do não adicional no salário pelo desenvolvimento da função, comparam sua condição com a situação das enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, as quais recebem menos. Atribuem essa diferença ao fato de no município haver a divisão entre enfermeira assistente e enfermeira gerente nas UBS, bem como por terem vínculo de trabalho diretamente com a prefeitura.

5.4 Adentrando no fenômeno...

5.4.1 Por que a enfermagem?

Como vimos na apresentação do fenômeno, em especial na questão da atribuição da função de coordenação, percebemos que todas as coordenadoras locais (com exceção somente de uma profissional, E4) não questionaram essa condição para o trabalho, mesmo representando para algumas uma sobrecarga de trabalho e/ou demonstrarem maior afinidade com o aspecto assistencial da profissão.

Assim, notamos como a relação Enfermagem na ESF e a atividade de coordenação/gerenciamento⁶⁸ da equipe e/ou UBSF está naturalizada no município pesquisado. Considerando que as políticas no âmbito da Atenção Básica não especificam a atividade de coordenação da equipe, bem como não designa uma determinada categoria profissional para exercê-la, esta se torna uma escolha da política de saúde dos municípios. Sendo assim, buscaremos apreender o processo de constituição dessa significação.

A opção pela Enfermagem para a coordenação/gerenciamento das equipes na SF no Brasil, segundo dados do ano de 2006, é de cerca de 70%; dado expressivamente significativo (ROREHS, 2006). Corroborando com esse dado, em alguns estudos realizados na ESF, o enfermeiro aparece como o responsável pelas UBSF e/ou equipe (ROCHA et al., 2009; PAVONI; MEDEIROS, 2009; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; SILVA; TRAD, 2005; MATUMOTO et al., 2005; BEZERRA; SALES; VIANA, sd).

Mesmo podendo denotar um acúmulo de função, à medida que a Enfermagem concilia as atividades de coordenação/gerenciamento da equipe SF com as de assistência à saúde, Santos (2003) defende que “o enfermeiro tem facilidade em exercer a função de coordenação dentro das unidades básicas de saúde por conhecer melhor o seu funcionamento global e por manter bom relacionamento com toda a equipe” (p. 39). Igualmente, Munari e Fernandes (2004) atribuem essa “facilidade” à formação em Enfermagem, a qual propicia ao profissional ter um olhar privilegiado, pois “Ihe possibilita

⁶⁸ A distinção dos termos será abordada nos próximos tópicos.

uma visão dinâmica dos serviços de saúde, o que facilita a sua ação na coordenação de grupos e equipes” (p. 27).

O motivo pela escolha da Enfermagem para a coordenação não está explícito no município da pesquisa. Provavelmente, essa opção foi realizada em gestões anteriores, permanecendo até os dias atuais. C1 fala um pouco sobre isso:

“[...] eu já vi em algumas [Unidades de] Saúde da Família que a assistente social é coordenadora ou mesmo o médico. Mas, esse município o perfil são enfermeiras. Então eu acho que foi designado pelo município mesmo, já é histórico isso, não foi mudado” C1.

De acordo com os pressupostos metodológicos adotados por este trabalho, todo fenômeno é dinâmico, embora em alguns casos possa parecer como algo estático, remetendo à ideia de que “sempre foi assim”. Quando a sua origem é longínqua, é mais difícil captar seu movimento de mudança, sendo necessário apreender o seu processo histórico.

Assim, voltando aos modelos de Atenção Primária, que antecederam o da SF, antes mesmo da constituição do SUS, especificamente, às Ações Programáticas de Saúde, encontraríamos como coordenadores (institucionais ou gerentes) das unidades de saúde, os médicos sanitaristas. Castanheira (1996), ao discutir a gerência na prática programática, explica, com base em Maria Inês Baptista Nemes, que os médicos sanitaristas assumiram a gerência dos distritos de saúde e das unidades locais. “No exercício da gerência destes postos-chaves, os sanitaristas deveriam garantir a unificação e integração das ações de saúde sob a coordenação de um mesmo projeto técnico” (p. 229).

Esse resgate histórico nos permite levantar um questionamento: por que a preferência atual para exercer a gerência ou coordenação das equipes e/ou unidades de saúde na ESF é a Enfermagem e não a Medicina? Especialmente, tendo em vista que foi uma área da Medicina, a primeira a ser responsável pela coordenação do processo de trabalho nesse nível de atenção à saúde.

A própria Castanheira (1996) nos sinaliza para um importante aspecto que, certamente, influenciou nessa questão:

Os médicos sanitaristas transitaram de uma posição de prestígio institucional, de agentes estratégicos de uma política de saúde, para uma

posição de desprestígio, que culminou com a extinção de sua carreira e dos demais mecanismos institucionais de sustentação deste projeto em 1987. Com isso os médicos sanitaristas permaneceram em postos de trabalho com atribuições relativas a sua área de atuação [...] (p. 231).

É claro que devemos contextualizar que nessa época a configuração política era bem distinta da atual, bem como o modelo assistencial. Neste período, final da década de 1980, as atribuições das ações em saúde entre os diferentes níveis (federal, estadual e municipal) ainda não contava com uma maior descentralização e municipalização, como se observa atualmente. Somado a esse fato, existe o processo de mudança da formação do profissional da Medicina.

Esse breve recorte histórico admite destacar dois determinantes de extrema relevância para a significação de que é papel da Enfermagem a coordenação da equipe na Saúde da Família: as diretrizes políticas na saúde, em especial na esfera municipal, e a formação profissional.

No relato de E4 sobre sua experiência de trabalho anterior, é possível a identificação de alguns pontos da organização municipal da ESF, bem como o porquê da coordenadora local não atribuir somente à Enfermagem a possibilidade de atuar como gerente/coordenador de equipe, defendendo assim a separação das atividades de gerência e assistência:

“Em [cidade XX] é bem diferente, [...] ou a gente [Enfermagem] está na gerência ou a gente está na assistência. [...] Lá é, lá inclusive as unidades são formadas com várias equipes no mesmo prédio, então são quatro, cinco, seis, sete equipes, dez equipes no mesmo prédio, com uma gerente, que pode ser qualquer formação, desde que tenha perfil gerencial ou formação gerencial. Então pode ser médico, já tive chefes médicos, assistentes sociais, enfermeiros [...] Aqui não, aqui a gente acumula a função de gerente e de enfermeiro [...] assistente, então fica uma coisa meio conflituosa na minha opinião”. E4

A diferença da significação de E4 relaciona-se a essa experiência de trabalho, na qual a política de gestão do município prioriza como critério (para o exercício da atividade) o perfil gerencial do profissional que irá desempenhar a função e, em particular, a dedicação integral para essa atividade, devido à peculiar configuração da ESF, a de uma unidade alocar até dez equipes.

Por outro lado, algumas coordenadoras locais em suas experiências profissionais anteriores já exerciam a gerência da equipe e a assistência (E1, E3, E9) na ESF, reforçando a concepção de que é uma função específica da Enfermagem na Saúde da Família.

Do mesmo modo, o contato com a política de gestão do município pesquisado durante a formação, seja na graduação e/ou pós-graduação, também contribui para a apreensão dessa atividade como exclusiva do campo da Enfermagem (E2, E7, E9, E10), tendo caso em que se generaliza até para as atribuições preconizadas pela PNAB, definidas à Enfermagem⁶⁹ (E10):

“Como enfermeira eu acho que já fica subentendido, porque na própria residência [Multiprofissional em Saúde da Família], no manual do Ministério da Saúde, se a gente for olhar uma das atribuições, é.. cabe a enfermeira a coordenação, supervisão da chefia, não só da equipe de Enfermagem, como da equipe, de toda unidade de saúde da família. Então eu acho que a gente já tem essa ideia formada, que quando você entra pra trabalhar numa unidade, aqui em [município da pesquisa] é diferente de outros municípios, tem alguns municípios onde o gerente, a, a equipe tem uma chefia e a unidade tem um coordenador, que pode ou não ser o enfermeiro, mas aqui em [município da pesquisa] a gente trabalha dessa forma, a gente tem a chefia da equipe, que é essencialmente o enfermeiro e acaba sendo o enfermeiro mesmo o coordenador da unidade, que nem no nosso caso, que nós somos duas equipes, a gente compartilha a coordenação, a coordenação compartilhada, [...] eu acho que pra gente já é subentendido essa função dentro do nosso papel”E10.

O fato de a atividade ficar “subentendida”, relaciona-se com seu processo de formação em pós-graduação proporcionar a apreensão dessa “ideia”, de forma a generalizar as atribuições do enfermeiro na ESF de coordenação das atividades do ACS e da equipe de enfermagem para toda a equipe. Sendo, portanto, a atividade de coordenação da equipe na ESF concebida por E10 como “essencialmente” da Enfermagem, comentando apenas da possibilidade da coordenação da unidade ser de outra área profissional.

Convém lembrar o que Leontiev (1959/2004b) trouxe da relação entre a apresentação da atividade na realidade social e a formação da consciência:

A realidade aparece ao homem na sua significação, mas de maneira particular. A significação mediatiza o reflexo do mundo pelo homem na

⁶⁹ Atribuições específicas que envolvem coordenação de profissionais: “III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006b, p. 45).

medida em que ele tem consciência deste, isto é, na medida em que o reflexo do mundo se apóia na experiência da prática social e a integra (p. 101).

Assim, verificamos que pelo processo de formação da profissão e da pós-graduação de E10 (experiência da prática social) estar inserido dentro de uma política de gestão municipal, na qual a coordenação da equipe da UBSF está colocada para a Enfermagem sem qualquer explicação, relacionou-se com a significação que a profissional faz da atividade de coordenação na ESF.

Comparando com E7, essas “mesmas” ⁷⁰ condições, formação em graduação e pós-graduação no município da pesquisa, também influenciaram no seu processo de significação da atividade de coordenação na ESF, a de ser responsabilidade da Enfermagem:

“eu sei como é que é porque eu fiz, além de fazer a faculdade aqui e [eu] fiz pós-graduação [residência] aqui [...], então eu sabia que eu ia ser as duas coisas [assistente e gerente], pelo menos em PSF nós somos [...]” E7.

Novamente, convém enfatizar o ponto que Leontiev (1959/2004b) colocou sobre a particularidade desse processo de significação, isto é, de que ocorre de maneira diferente para cada indivíduo. Embora ambas (E7 e E10) signifiquem essa atividade como da área de Enfermagem, a particularidade subjetiva desse processo pode ser nitidamente observada por meio dos distintos “sentidos” que essa atividade tem para as coordenadoras, verificado quando questionadas sobre o interesse em permanecer na função.

“[...] aí a sua pergunta é difícil, eu gosto das duas funções. Se eu tivesse oportunidade eu acho que eu continuaria como tá hoje porque quando a gente se afasta de algumas coisas, a gente, vamos dizer assim, a gente acaba perdendo mão, a gente fica distante. [...] se eu ficar só na assistência eu acabo perdendo mão da parte de gerenciamento. Isso é uma das coisas que me atraiu no [Programa] Saúde da Família, eu que já tive oportunidade de trabalhar em Unidade Básica, e lá a gente, eu ficava essencialmente na parte de gerenciamento, então na parte da assistência, a gente acaba ficando distante e você vai perdendo mão, você perde o traquejo de lidar com algumas situações. Então se eu pudesse escolher hoje, eu acho que eu continuaria como, com as duas funções, mesmo sendo cansativo, mesmo sobrecarregando, tem hora que a gente cansa, tem hora que fala ‘aí, meu

⁷⁰ Mesmas não significando que sejam iguais, pois cada uma vivenciou essas condições em momentos/épocas diferentes dessa realidade, compreendida como algo dinâmico e em constante mudança, mas pela semelhança dessas condições (mesma instituição formadora e mesmo município durante a graduação e pós-graduação).

Deus, não agüento mais', mas eu me, eu me sinto realizada dentro daquilo que eu faço, eu acho que não faria outra coisa" E10.

"[...] se eu for escolher entre coordenar e atender, eu prefiro atender, mas como isso nem me foi proposto [...] Porque eu tenho essa formação, eu sou formada pra assistência tanto de faculdade quanto na pós-graduação e não que eu ache, que seja só ruim a parte administrativa, mas eu acho que não dá pra fazer bem as duas coisas, ou você atende, assume sua agenda [...] ou você faz cem por cento a gerência" E7.

Enquanto E10 escolheria permanecer nas duas funções, compreendendo-as como interdependentes para a sua atuação profissional, E7 é incisiva na preferência pela assistência, lamentando não ter recebido tal proposta.

Analisando mais atentamente o relato de E10, aparecem duas dimensões fortemente presentes no trabalho da Enfermagem: a assistência e a gerência. A coordenadora local justifica a permanência nas duas atividades para não se distanciar das habilidades demandadas por cada uma ("perder mão"), possivelmente, por se identificar com as duas. Sendo assim, E10 encontrou na ESF a possibilidade de conciliação, por compreender que o papel da Enfermagem nesse modelo de assistência envolve, necessariamente, as duas dimensões práticas, ao contrário das UBS "tradicional", onde E10 trabalhou só no gerenciamento.

Entretanto, interessa-nos saber, se as duas práticas são interdependentes para a atuação da Enfermagem na ESF, ou seja, estar na assistência contribui para a atividade de gerenciamento da equipe e/ou unidade? Na justificativa apresentada por E6 para continuar atuando nas duas funções, a coordenadora local entende essas práticas como interdependentes para a atuação na ESF:

"Eu acho que eu não consigo ser só coordenadora de uma unidade de saúde se eu não fizer a parte [de] assistência; porque eu acho que as duas são totalmente focadas. Como é que eu vou coordenar uma unidade de saúde se eu não sei os principais problemas dela, que eu vou vivenciar na assistência" E6.

Ao contrário de E10 que busca apenas conciliar as duas dimensões (assistência e gerência), E6 visa articulá-las. Como componentes do processo de trabalho da Enfermagem, Hausmann e Peduzzi (2009) pressupõem que sejam práticas complementares e interdependentes, comprovando em seu estudo, ser possível e necessária sua articulação à

medida que propicia ao profissional uma maior visibilidade para a sua atuação⁷¹. No entanto, as autoras observam em sua prática docente na área, que “há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis na administração de enfermagem ou o inverso, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial” (p. 259).

Verificamos que muitas coordenadoras locais, mesmo referindo interesse em continuar exercendo a assistência e a gerência, demonstram maior afinidade com a dimensão assistencial, nítido no caso de E7, exposto anteriormente.

Segundo Silva, Gomes e Anselmi (1993), a dicotomia entre essas dimensões advém dos meios acadêmicos, que colocam a atividade de gerenciamento como um desvio de função, ao defender somente o cuidado como inerente à prática profissional. No entanto, os autores alertam que tal concepção “não tem se apoiado e nem se legitima na realidade do trabalho de enfermagem e da saúde como um todo” (p. 60).

Não houve nenhum relato que referisse à função de gerência como desvio de função; E4 refere-se a acúmulo de função, mas não desconsidera o gerenciamento como campo de atuação da profissão. Contudo, deve-se considerar que as discussões teóricas trazidas discutem a gerência da Enfermagem, especificamente, na equipe de enfermagem.

Permanecendo no discurso de E6, esse nos apresenta outro aspecto oportuno para reflexão: para fazer coordenação/gerenciar uma equipe e/ou unidade é necessário estar vivenciando os problemas da assistência na prática?

Para essa discussão é importante retomarmos que uma das dificuldades elencadas pelas coordenadoras locais para a atividade de coordenação de equipe, encontra-se na divisão gerência e assistência no cotidiano do trabalho. Várias profissionais relataram não conseguir organizar a rotina do trabalho para contemplar essas duas atividades de maneira satisfatória, sobretudo, a gerência, em virtude da grande demanda dos atendimentos. Somente duas profissionais (E7 e E8) relataram dispor de meio período, quinzenal e semanal, respectivamente, para realizar as atividades gerenciais. Mesmo assim, avaliam ser insuficiente esse tempo, confirmando o papel secundário da dimensão gerencial:

⁷¹ As autoras reconhecem a limitação da pesquisa, que foi realizada em apenas um serviço de saúde no contexto hospitalar.

“[...] se eu fosse optar por só gerenciar, claro, eu iria ter mais tempo, eu acho que as coisas iriam acontecer muito melhor, iria é, ser mais planejado” E8.

De certa forma, essa é uma discussão que perpassa tanto pelas condições objetivas para o trabalho quanto pela organização do seu processo, pois envolve vários aspectos, por exemplo, desde a demanda (se o número de famílias adscrita ao território excede ao preconizado), o foco da assistência (se curativo ou preventivo/promoção) até o modelo de gerência (se participativa ou centralizadora). Assim, trata-se de uma questão a ser avaliada de maneira contextualizada, a fim de não se enfatizar uma dimensão em detrimento da outra.

Ao mesmo tempo em que se amparam na formação para legitimar a atribuição da atividade de coordenação da equipe à Enfermagem, as coordenadoras locais relatam defasagens teóricas e técnicas durante esse processo. Em um primeiro momento, a formação identificada como necessária para coordenação da equipe foi relacionada a uma disciplina de administração:

“[...] na graduação isso [formação para coordenação de equipe] é muito vago pra gente, tem a parte administrativa, mas é uma coisa muito assim, vaga.” E1.

“Durante a graduação assim, a gente tem na grade curricular da Enfermagem, a gente tem a disciplina de administração. Mas assim, o que acontecia, a gente ia pras unidades é..quer seja hospitalar, quer seja é.. na área da saúde pública, a gente não tinha oportunidade de vivenciar o gerenciamento, a gente só acompanhava o trabalho da enfermeira. Então, por exemplo, no PSF, normalmente é igual eu te falei, pra gente, como as coisas acontecem assim ao mesmo tempo, você tinha que tá grudada na enfermeira pra poder é.. pegar a parte de gerenciamento” E10.

“Na minha graduação eu não tive nem administração, eu não tive. Então, foi uma coisa que muito faz falta, você não ter isso na grade curricular porque hoje o enfermeiro lógico, tem a parte assistencial, mas faz muito o gerenciamento, e acaba ficando você vai nadando conforme...” E5.

É pertinente salientar a contradição: coordenação versus formação, ou melhor, legitimação da função, do espaço que ocupa versus formação, observada no relato de E6:

“[...] sempre que você for pensar a enfermeira sempre foi treinada já pra fazer isso, desde graduação de tudo, a gente sempre foi treinada pra fazer coordenação de equipe” E6;

“[...] na graduação comum, no método tradicional, você tem aulas de administração de enfermagem, na minha graduação eu não tive aula de administração de enfermagem. Como o PBL ⁷² busca a sua demanda, o que você está estudando, o que você vivenciou na prática pra você estudar, então eu não tive momentos específicos que estudei assim de uma forma detalhada administração de enfermagem. Então eu vou falar que eu to aprendendo muito na prática, tem muita coisa que eu to aprendendo na prática mesmo. [...] Não vou dizer que [graduação] contribui cem por cento porque você vê na teoria é uma coisa, mas na hora que você parte pra prática é cem por cento diferente, não tem nem comparação. [...] a questão de coordenação desde que eu entrei eu não tive essa orientação [por parte da gestão], eu fui na raça mesmo (rs)” E6.

Apesar de justificar a coordenação da equipe pela formação em Enfermagem, E6 diz que a graduação contribuiu, mas logo em seguinte, se contradiz dizendo que na prática é bem diferente. Talvez esteja se referindo à prática do município que trabalha atualmente, que não é o mesmo da sua formação ou ainda, de não ter vivenciado esse tipo de atuação durante a sua graduação, tendo em vista que essa se pautou numa metodologia que tem por prioridade os problemas vivenciados na prática, como destacado pela própria profissional.

Em contrapartida, E8 comenta que a graduação contribuiu para o seu trabalho de coordenadora de equipe, por considerar além da disciplina de administração importante para essa atividade, a formação de educação em saúde, sendo esse o diferencial da Enfermagem em relação às outras profissões:

“[...] eu acho que a graduação da enfermagem ela é muito rica nessa questão de gerenciar, de prevenção, promoção da saúde, é.. eu acho que assim, eu acho que é diferente das outras disciplinas, das outras é.. profissões, o dentista, é.. um fisioterapeuta, que eu acho que trabalha mais a questão específica mesma, trabalha a questão de capacitação dentro da sua área, em relação ao atendimento do paciente. Mas eu acho que gerência de uma maneira geral, eu acho que é mais a área da enfermagem mesmo” E8.

Realmente, a graduação de enfermagem é uma das que mais foca na questão do gerenciamento se comparada às demais profissões da saúde. Mas no que se refere aos outros aspectos citados por E8, cabe contextualizar que as grades curriculares dos cursos na área da saúde passaram por uma reformulação, a fim, da formação profissional na área,

⁷² PBL – Problem Based Learning, em português significa Aprendizagem Baseada em Problemas. Trata-se de uma metodologia de ensino bastante adotada na área da Enfermagem, caracteriza-se “enquanto proposta curricular, os problemas de ensino são elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo”. Diferencia da Metodologia da Problematização, na qual “os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos” (BERBEL, 1998, p. 139). As duas metodologias são baseadas a partir de problemas.

contemplar o sistema de saúde vigente, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Para isso apontam para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (CARVALHO; CECCIM, 2008; ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Após essa primeira resposta das coordenadoras locais, procuramos aprofundar mais na questão da formação, indagando-as sobre a formação para o trabalho em grupos, por considerar que esse tipo de formação, a depender do seu enfoque teórico-metodológico contribui para a coordenação da equipe.

Das poucas que relataram ter tido contato com esse tipo de formação, essa ocorreu de maneira superficial:

“[...] na graduação a gente acompanha assim, ‘ah, vai ter um grupo de diabéticos, vamos lá ver o grupo de diabéticos’, a gente vê, a gente fica observando, a gente não faz assim, não toma frente, não, na graduação não” E4.

“A gente teve uma ideia de grupo na graduação, mas de está coordenando equipe a gente tem administração e tudo, mas essa coisa da prática, de ter esses conflitos e tudo, não teve” E2.

Munari e Rodrigues (1997) discutem a relevância dessa temática no curso de graduação em Enfermagem para a prática assistencial e gerencial. Em outro trabalho, Munari identificou a limitação dessa formação durante a graduação, ao constatar que “os enfermeiros tiveram muito poucas oportunidades de conhecer aspectos teórico-vivenciais sobre o trabalho grupal” (p. 239 *apud* MUNARI, 1994). E quando se trabalha conteúdos sobre dinâmica de grupos, percebeu que “a maioria dos alunos se surpreende com sua complexidade e com as possibilidades de utilização desses conhecimentos na profissão” (p. 244).

A única profissional, que mencionou ter cursado uma disciplina específica sobre grupo, foi E9, mas não relatou detalhadamente:

“[...] na graduação a gente tem alguma formação, mas não é uma coisa, eu lembro muito de uma disciplina que teve que chamava, que foi o pessoal da.. não lembro se foi da.. eu sei que era ali do [Departamento XX]; mas eu não lembro muito bem quem era, que ela deu uma parte assim de formação, tipo educação, aí ela falava de grupos, de dinâmica de grupo, como que fazia, como que precisava, ela teve esse direcionamento. Mas naquele momento

que você está, você não dá tamanha importância pra aquilo que você nem sabe se vai chegar a usar aquilo”E9.

Como bem observa E9, a vaga lembrança dessa formação durante a graduação se explica, provavelmente, por ter sido ministrada num momento (no segundo ano), em que a aluna possui pouco conhecimento sobre sua futura atividade, sendo difícil apropriar-se da relação entre o motivo desse conteúdo com sua futura prática profissional; isso quando é exposto para o aluno. Em virtude disso se explica a vaga memória de E9, pois naquele momento a formação não fez sentido, esse ocorreu somente depois, quando a profissional teve contato com a prática, tomando consciência da sua importância:

“Eu não lembro se foi no segundo ano, eu não lembro muito bem não, eu sei que foi, eu acho que foi no segundo [...], mas eu não lembro muito bem, eu lembro da professora, não lembro o nome, mas eu lembro bem dela, ela era baixinha assim, eu lembro dela, ela tentava falar pra gente, mas muitas pessoas não estavam interessadas. E depois, na.. quando, aí eu já comecei a trabalhar direto, antes de fazer a pós, então daí se falava muito disso porque o PSF pedia isso, tinha as reuniões de equipe, que a gente fez estágios e a gente participava das reuniões na graduação, é.. da equipe, então você já via que tinha que ter esse envolvimento” E9.

Vale lembrar que essa característica fragmentada da formação, não é uma particularidade específica da Enfermagem, mas do ensino de uma forma geral. Geralmente, delimitam-se dois momentos pouco articulados, e que por esta razão são apreendidos como totalmente distintos: a teoria e a prática. Feuerwerker (2003) chama a atenção para a formação dos profissionais da saúde contemplar metodologias ativas, a fim de que haja “a integração de conteúdos básicos e profissionalizantes, a integração entre teoria e prática, bem como produção de conhecimento integrada à docência e à atenção” (p. 26).

Considerando a formação em pós-graduação para a atividade de coordenação de equipe, apareceram alguns relatos de experiência com trabalhos em grupos, coordenação de reunião de equipe e maior compreensão sobre gestão.

E2, E4 e E6 que fizeram pós-graduação na modalidade de aprimoramento, citaram o maior contato com a coordenação de grupos de usuários.

“O aprimoramento foi bom, porque foi um ano inteiro de aprimoramento, eu pude aprender muito lá nos estágios que eu fiz, que daí eu tive oportunidade de tá coordenando grupo com outras enfermeiras” E2.

Já E7 e E10 que fizeram pós-graduação na modalidade de residência, a primeira cita que apesar da ênfase no aspecto assistencial, teve alguns momentos que assumiu a coordenação da reunião de equipe:

“[...] minha formação de especialização na residência é noventa por cento de assistência [...] A enfermeira [coordenadora da UBSF] que estava comigo, ela era bem acessível, a gente tinha um bom relacionamento. Então quando ela não estava, eu que geralmente coordenava as reuniões de equipe, porque a gente não tinha médico, ficou quase um ano sem médico [...] e.. a dentista era bem mais tranquila, então a gente que fazia essa parte. Mas assim, ninguém ensinou, as coisas foram acontecendo e a gente foi assumindo, mas não que, como só tinha eu de residente enfermeira, então ou eu fazia ou eu fazia (rs)” E7.

A atividade de coordenação de equipe, durante a residência, só ocorreu diante do contexto apresentado, momento de ausência da enfermeira coordenadora, ausência do médico e da provável não afinidade da dentista com essa atividade, pelo fato de E7 dizer que ela era “mais tranquila”. Diante disso “sobrou” para E7 fazer esse papel, por ser a residente de Enfermagem, profissional que assume essa atividade nas UBSF desse município e, que por isso, não é sequer cogitada outra possibilidade. Entretanto, essa experiência não caracterizou uma formação para a profissional, até porque como a própria coordenadora destaca -“ninguém ensinou”, ela assumiu diante da falta de opção (“ou eu fazia ou eu fazia”), portanto, não caracterizou uma formação para a atividade.

Já E10 também comenta da ênfase da residência no aspecto assistencial, mas relata que sente falta da experiência citada por E7. Em virtude disso, tenta propiciar o desenvolvimento do aspecto gerencial à residente de Enfermagem da sua equipe:

“A [residente] enfermeira, ela.. a gente procura está envolvendo ela também no processo gerencial junto com a gente. Então assim [...] ela tem um dia na semana que a gente deixa ela como responsável pela unidade. Então assim ela não toma decisões sozinha, mas também é meio que, naquele dia ela fosse mesmo a gerente da unidade, pra poder desenvolver porque é uma coisa que a gente não [teve] dentro da residência; como eu já fui residente, isso é uma coisa que eu sentia muita falta. Dentro da residência não tem muita possibilidade de trabalhar a parte gerencial, gerenciamento, a gente ficava muito voltada pra parte assistencial” E10.

Em relação à formação dos residentes de saúde da família, iniciou um trabalho, no ano de 2011, de formação voltado para a gestão. Os residentes passam uma parte da sua carga horária acompanhando as atividades das coordenadoras centrais na SMS.

Na pós-graduação modalidade *lato sensu* (especialização), E1 cita como contribuição, essa formação ampliar sua compreensão sobre a gestão dos serviços no nível municipal, auxiliando-a nos momentos de argumentação com a coordenação central. Porém, E9 comenta a ausência de conteúdo sobre coordenação de grupos e/ou equipe na sua especialização; apenas foi ressaltada a importância de se ter trabalhos em grupo na Saúde da Família. Diferente da sua formação no mestrado, que contemplou alguns conteúdos importantes sobre grupo:

“[...] agora no mestrado, a gente teve algumas, umas coisas importantes; a gente teve muitos grupos, aí foi falado das várias maneiras de se trabalhar em grupo, um série de coisas importantes eu achei” E9.

Em virtude da defasagem teórica e técnica da formação na especialização em Saúde da Família, E3 comenta a busca por curso na área de liderança, já que essa temática foi insuficiente em sua avaliação:

“A gente trabalhou um pouquinho sobre grupos, mas muito pouco, eu tive que ir atrás de algumas coisas pra poder aprender. Fiz curso de liderança, algumas coisas que eu fui buscar pra ler, alguma coisa assim, e não sei cem por cento não, a gente só está aprendendo com isso. Eu acho que tem muita coisa que a gente vai aprendendo no dia-a-dia, não tem como, não tem uma receita de bolo, não tem” E3.

O tema da liderança é extremamente forte quando se fala de coordenar grupos, mas, especialmente, equipes. E9 também relatou ter participado de curso nessa área (“eu já participei de vários cursos de liderança”). Além disso, existe o fato da imprevisibilidade do grupo, de não ter “uma receita de bolo” para essa atividade. Diante disso, E8 ressalta a limitação da graduação e pós-graduação, reduzindo a ação de coordenar ao aspecto técnico de exercício ou dinâmica de grupo:

“[...]a gente busca depois cursos mesmo, de técnicas de como trabalhar em grupo, é.. através de, depois material é..que vem ajudando a gente no dia-a-dia. Eu acho é.. que não tem como nem mesmo a graduação e nem mesmo uma especialização dá uma receita de como a gente deve coordenar porque é muito específico, de cada setor, de cada unidade; então a gente vai aprendendo mesmo com o, o dia-a-dia” E8.

De maneira geral, identifica-se em relação à formação das profissionais um desconhecimento delas sobre o funcionamento das políticas de gestão na Atenção Básica, pois da mesma maneira que na ESF, atribuírem a função de gerência somente à Enfermagem

na UBS “tradicional”. Deste modo, confundem a separação das práticas, assistência e gerência, como uma característica desse modelo de atenção, ou seja, é assim porque é UBS, e não por também ser uma opção de organização da gestão municipal para os serviços.

Com relação à formação para a atividade de coordenação da equipe, avaliam como deficiente tanto a disciplina de administração/gerenciamento como a que aborda trabalho com grupos, na graduação e na pós-graduação. Somente uma profissional (E9) relata formação na área de grupos durante a graduação e no mestrado. Nesta temática há um avanço nas pós-graduações caracterizadas como “formação em serviço” (aprimoramento e residência), abordando mais o trabalho em grupos, mas somente no contexto assistencial.

Diante da necessidade identificada no trabalho com equipe, seja a equipe de enfermagem ou toda a equipe da ESF, algumas profissionais buscaram formação em cursos específicos, por exemplo, em liderança; essa é uma temática ainda muito forte na área da Enfermagem (NOBESCHI et al., 2011).

Ademais, cabe incluirmos às formações abordadas aqui (graduação, pós-graduação e cursos), aquelas realizadas antes e durante o serviço.

A inserção das coordenadoras locais não foi acompanhada pela capacitação introdutória preconizada pelo PNAB. Essa formação ocorreu apenas no período de implantação da ESF no município. No entanto, a gestão municipal já ofereceu vários cursos após inserção no serviço, mas nenhum que abordasse especificamente a temática da coordenação de equipe. E4 relata sua experiência com esse tipo de formação em outro município:

“[...] [tive] mais mesmo foi em [cidade XX] durante meu, durante o trabalho, porque tive o momento um, momento dois, e além disso, é.. treinamento em serviço mesmo específico pra formação de grupos. Então assim, eu tive bastante capacitação com relação a isso e outras capacitações” E4.

No caso do município pesquisado, não identificamos esse tipo de planejamento para formação dos profissionais como uma continuidade. Geralmente os cursos propostos são pontuais. A ênfase dada pelo município, de acordo com as coordenadoras locais e centrais, é na dimensão assistencial. Foi mencionado só um curso sobre gestão, até duas coordenadoras locais relataram que não conseguiram participar, E5 e E10, pois o curso já

estava em andamento quando entraram nos serviços. Além destes, E1 citou mais um curso e E9 comentou de um sobre gerenciamento de conflitos que está em andamento, mas que não se trata de uma iniciativa da gestão municipal.

“Nós tivemos sim, duas vezes já um curso de gerência, e que foi muito bom, foram oficinas, de gerência, o ano passado e foi um curso muito bom, eles oferecem, antes eles não ofereciam tanto, agora eles oferecem muitas capacitações, ultimamente, recentemente nós tivemos de pré-natal, é..papanicolau, é.. tuberculose, hanseníase, hipertensão. Então assim, isso é muito bom para o nosso crescimento” E1.

“[...] foi um curso de gerenciamento de conflitos, que a gente tem até feito, eu tenho feito até hoje, termina agora em dezembro, e.. mas não eram pra todos. Mas não foi uma iniciativa é.. da gestão, foi uma reivindicação nossa porque a gente acaba conversando muito, a universidade meio que tinha um recurso que era pra usar mesmo com os profissionais de investimento do profissional e acabou usando isso, [...] mas também nem todo profissional se interessou porque as vezes, tem profissional que acha que parece, que esse não é um problema pra ele entendeu, bom, é um problema pra mim, mas tem pessoas que acham que não é” E9.

Diante desse cenário, notamos como é forte a construção de que a Enfermagem é a profissão responsável pelo papel de coordenação, já que essa não é uma realidade exclusiva do município da pesquisa, mas de mais da metade dos municípios do país que tem essa atividade na ESF. Além disso, observamos como isso vem sendo perpetuado, notadamente, quando se vê que a “experiência de coordenar as equipes” só é proporcionada para residentes de Enfermagem, como no relato E7 e E10, bem como do não questionamento das condições geradas pelo desenvolvimento dessa atividade desde sobrecarga até aspectos salariais.

Convém lembrar que o foco não é propor a substituição da Enfermagem nesse papel, mas tendo em vista que ela tem assumido tal função, é o de problematizar essa atuação dentro da proposta da PNAB para o trabalho em equipe no enfoque coletivo/interdisciplinar.

Sendo assim, é pertinente apontar dois aspectos. Primeiro, a necessidade de distinguir a coordenação da equipe e a da unidade. Até entende-se que uma pode não excluir a outra, no entanto, trata-se de atividades distintas. Em vários momentos é possível observar a confusão dessas atividades, o que leva, por exemplo, as coordenadoras locais

associarem a coordenação da equipe à formação em administração, gerenciamento e gestão das unidades.

Assim, outro ponto cabível de problematização é no que tal formação (em administração, gerenciamento) contribui para a coordenação de equipe. É inquestionável o fato de que comparado com outras profissões na área da saúde, a Enfermagem é a mais preparada para desempenhar atividades de gerenciar serviços de saúde, haja vista que “historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde” (SILVA; TRAD, 2005, p. 33), bem como por sua formação contemplar tais conteúdos. Mas será que esse tipo de formação é indispensável para a coordenação da equipe como um todo? Na tentativa de desvelar essa questão, prosseguiremos nas análises.

5.4.2 Coordenar ou gerenciar?

Primeiramente, é necessário esclarecer uma questão de ordem terminológica. Durante toda a explanação referente ao fenômeno investigado denominamos de coordenação, mas o termo coordenar⁷³ apareceu poucas vezes no discurso das coordenadoras da ESF. Mesmo utilizando-o durante as entrevistas, na maioria das vezes, as coordenadoras locais referiam-se a essa atividade por meio do termo gerenciar⁷⁴.

Desse modo, observamos que tal terminologia não está apropriada pelas coordenadoras locais, no que diz respeito à identificação da sua atividade com essa palavra, isso se explica pelo fato que “o significado da palavra só é um fenômeno de pensamento na medida em que o pensamento está relacionado à palavra e nela materializa, e vice-versa...” (VIGOTSKI, 1934/2000b, p. 398).

Considerando que a significação da linguagem advém nas relações sociais, compreende-se esse processo de não identificação, tendo em vista que na própria história da profissão o profissional de Enfermagem aproxima-se da figura do gerente:

A enfermagem profissional ou moderna nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho (PIRES, 1989, p. 121).

No que se refere à divisão parcelar do trabalho da Enfermagem, compete fazer uma distinção. A divisão parcelar se caracterizou pela divisão social do trabalho, expressa-se na separação entre trabalho manual e intelectual, cabendo somente a esse último a função da gerência. Como Pereira e Ramos (2006) explicam:

Às *ladies* cabia o pensar, concretizado nos postos de comando. Para o cuidado, entendido como trabalho manual, ficavam encarregadas as *nurses*.

⁷³ Coordenar: 1. Organizar de forma metódica, estruturar, ordenar; 2. Conjuguar, concatenar, interligar; 3. Manter ou tornar sincrônico e harmonioso; 4. Ser responsável pelo andamento, pelo progresso (setor, equipe, projeto etc), dirigir (o gerente coordena as áreas de administração, produção e vendas); 5. Fazer combinação ou ajuste, acertar; 6. Ligar por coordenação, encadear (HOUASSIS, 2001).

⁷⁴ Gerenciar: 1. Dirigir (empresa, negócio, serviço) na condição de gerente; administrar, gerir; 2. Desempenhar funções de gerente; 3. Organizar automaticamente (um conjunto de operações). (HOUASSIS, 2001).

Evidencia-se a dicotomia entre o trabalho manual e intelectual pela classe social. Neste exemplo, podemos perceber que a divisão social determinou a divisão técnica. De modo que, embora recebessem o mesmo tipo de qualificação, às *ladies* foram destinadas as funções de controle, supervisão. Para as *nurses*, as funções submissas; [...]

Essa divisão se expressa nitidamente entre o trabalho da Enfermagem (*ladies*) e o do corpo de técnicas/auxiliares de enfermagem (*nurses*). Na apresentação das atividades elencadas como de coordenação da equipe, identificam-se várias ações desempenhadas pelas coordenadoras locais denotando controle, próprio da origem da palavra gerência⁷⁵.

No trecho a seguir, verifica-se a divergência terminológica entre a pergunta e a resposta e, em especial, um tipo de controle presente nas atividades de gerência:

“[Quais as atividades que você desenvolve enquanto coordenadora da equipe?] Eu acho que um pouco mais específico assim, eu sou responsável pelas folhas de ponto delas; então todas que chegam, a hora que sai, quanto elas fazem de almoço, isso é realmente difícil porque você tem que ficar ali, se chegou cinco minutos atrasada, ‘então você vai fazer cinco minutos a mais, o que aconteceu?’. Todo mundo que falta tem que me avisar, caso não me avise é falta injustificada, três faltas não justificadas começa perde alguns adicionais, que eu acho que é mais assim [...]” E7.

Castanheira (1996) define, num primeiro momento, a gerência em saúde “como atividade de ‘organização e controle’ dos processos técnicos de trabalho, que tem como objetivo garantir a execução de uma determinada finalidade posta para estes processos” (p. 223).

Arelado a esse processo, encontra-se o forte movimento de transposição das teorias administrativas científicas nos serviços de saúde, sobretudo, o modo de gerenciar da organização capitalista taylorista. Nesse contexto, a Enfermagem, enquanto área que assumiu ao longo da sua história a função administrativa e gerencial nos serviços de saúde, tem sido a mais afetada por esse tipo de formação (MATOS; PIRES, 2006).

⁷⁵ “O verbo *to manage* (administrar, gerenciar), vem de *manus*, do latim, que significa mão. Antigamente significava adestrar um cavalo nas suas andaduras, para fazê-lo praticar o *manège*. Como um cavaleiro que utiliza rédeas, bridão, esporas, cenoura, chicote e adestramento desde o nascimento para impor sua vontade ao animal, o capitalista empenha-se, através da gerência (*management*), em *controlar*. E o controle é, de fato, o conceito fundamental de todos os sistemas gerenciais, como foi reconhecido implícita ou explicitamente por todos os teóricos da gerência” (BRAVERMAN, 1974/2011b, p. 68).

A lógica tradicional da gerência taylorista, como descreve Campos (1998), é caracterizada pelo “poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc.) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horários, relatórios, etc.)...” (p. 865).

Embora essa discussão venha ocupando mais diretamente os serviços hospitalares (CAMPOS, 1998; CECÍLIO, 1999), podemos tranquilamente trazer para o trabalho na Atenção Básica, especialmente, se voltarmos no trecho de E7, exposto anteriormente, confirma-se claramente o ponto que Campos (1998) salienta quanto ao cumprimento de horários.

A gerência no campo da saúde seguiu o mesmo princípio geral para essa atividade na sociedade, sua origem data do momento da institucionalização do trabalho coletivo (divisão “vertical” e “horizontal”), demandando com o parcelamento das ações a necessidade de uma coordenação (CASTANHEIRA, 1996).

O que se percebe, na análise dos dados desta pesquisa, é que a coordenação, seja da equipe ou da instituição, exigida para o trabalho da gerência na saúde, encontra-se muito mais em direção ao controle do processo de trabalho, revestida pelos princípios teóricos administrativos, do que o que estamos entendendo como uma coordenação necessária para construir um trabalho interdisciplinar.

As coordenadoras locais referem ser responsáveis tanto pela equipe quanto pela unidade, compartilhando a última nos casos em que existe mais de uma equipe na unidade. Por esta razão, percebe-se em vários momentos que esses dois papéis se confundem.

Em relação à “chefia da equipe”, é preciso apontar quem as coordenadoras locais consideram nessa situação como integrante da equipe. Com base no mesmo relato de E7, as palavras em destaque, todas no gênero feminino, abrem a possibilidade para a compreensão de que a coordenadora local (E7) não esteja se referindo a toda a equipe, pois um dos profissionais de Medicina da sua equipe é do gênero masculino. Assim, provavelmente, faz referência, especificamente, às profissionais ACS e auxiliares de enfermagem ou de outras áreas (auxiliar administrativa e a de serviços gerais), que são todas profissionais do gênero feminino.

Isso é reforçado ao se analisar a diferença no agir das coordenadoras locais em uma mesma situação, mas em relação aos profissionais médicos. Quando ocorre algum problema de pontualidade com esse profissional, geralmente, a intervenção não é direta, primeiro é informado a equipe de supervisão, que por sua vez, leva o caso para a coordenação central:

“[...] nós passamos [para equipe de supervisão] mais a questão do ponto do médico, a questão do médico, a pontualidade do médico (diminui o tom de voz) [...]” E1.

Há uma tolerância e flexibilidade maior com esse profissional comparado aos demais, pelo fato de haver uma carência de profissional médico nessa área. Sem falar na forte relação hierárquica que existe entre essas duas profissões.

Tomando como referência o trabalho em saúde, as ações da Enfermagem “desenvolve [m]-se com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde”. Mas, se incluirmos o trabalho médico, há que se considerar o fato de que ele detém o controle do ato de saúde (PIRES, 1989, p. 138).

Algumas coordenadoras locais relataram “compartilhar” a coordenação da equipe com os médicos e/ou dentistas. No entanto, o compartilhar relatado consiste nesses profissionais assumirem as atividades de coordenação da equipe/unidade somente na ausência das coordenadoras locais. Por exemplo, no final da reunião de equipe da coordenadora E1, o dentista perguntou à coordenadora local se haveria reunião no período de férias dela (*“nas suas férias vai ter reunião ou não vai ter?”*). Diante disso, ela avisou o dentista da equipe, na ocasião o médico não estava presente, que ele seria o responsável pelas reuniões de equipe nesse período (*“você que vai ficar incumbido”*); em seguida, passou os dias da reunião e fez a seguinte orientação: *“vê o que você vai querer fazer, alguma dinâmica”*.

Um dos sinônimos de compartilhar consiste em dividir/participar, ações não verificadas no trecho acima, que se volta mais para substituir. Além disso, o relato traz uma tendência muito forte, ratificada por Andaló (2006) para a área da coordenação, a administração de dinâmicas de grupo.

Neste sentido, apenas E8 relatou compartilhar com o médico a coordenação da reunião de equipe, o que não foi verificado durante a observação participante. Ainda houve relato do compartilhar consistir em delegar funções administrativas aos médicos, ou ainda, deles acompanharem intervenções das coordenadoras locais junto aos funcionários, como segue no relato de E1:

“[...] às vezes [chamo o médico para] falar [junto comigo] com o funcionário entendeu, que tem funcionário que é difícil (rs). Então às vezes a gente chama o médico pra falar junto, porque eles acabam, a gente as vezes tem que chamar o funcionário, que as vezes tá fazendo uma coisa errada, não é assim, então eles ajudam nesse sentido [...]” E1.

Poderíamos questionar: por que o médico?

Como vimos o médico também exerce um tipo de controle sobre o processo de trabalho, diferente do da Enfermagem, o seu controle está voltado para o saber em saúde. Além disso, há a valorização cultural da Medicina, conferindo ao profissional maior prestígio e reconhecimento social em relação aos demais profissionais. Assim, a coordenadora local utiliza, seja consciente ou não, de toda essa representação pertencida ao profissional de Medicina para auxiliá-la nas situações consideradas “difíceis”.

Contudo, o delegar funções administrativas ocorre com mais frequência para os profissionais de nível técnico, sobretudo, auxiliares e técnicos de enfermagem:

“Tudo assim, tudo que a enfermeira delega é pra auxiliar de enfermagem [...] Tudo que nós enfermeiras, assim, vemos a possibilidade de delegar, pra pedir pra auxiliar de enfermagem fazer, a gente pede pra auxiliar de enfermagem fazer, então além de também de muita coisa administrativa” E11.

Uma característica do gerenciar da prática da Enfermagem no contexto hospitalar transposta nas ações da Enfermagem na Atenção Básica é a divisão do trabalho por escalas:

“[...] como eu sou enfermeira, eu faço, tudo eu faço por escala, por quê? Porque eu penso que todo mundo tem que ser responsável mesmo, mas se você deixar solto, ninguém é responsável por nada. Então eu faço a escala de tudo, de todos os grupos tem escala, todos!” E4.

Nas outras equipes, a construção de escala acontece só para o trabalho da equipe de Enfermagem. Na unidade de E10, a coordenadora mencionou realizar essa

construção de forma “compartilhada” com os profissionais envolvidos. No entanto, essa prática de “compartilhar” não é contínua; um dos motivos apresentado decorre do prejuízo que a decisão das profissionais de enfermagem (conjecturada pelo conhecimento prévio das coordenadoras locais sobre a situação) teria para o processo de trabalho e para a própria equipe.

“[...]na maioria das vezes, a gente tenta compartilhar [a escala da equipe de enfermagem] com elas. A gente reúne e fala ‘ah, a gente pensou nesse mês fazer a escala de tal e tal e tal forma’. Mas tem meses que às vezes não dá pra ser assim compartilhada. Então, por exemplo, esse mês, a gente tem duas, três pessoas que são vacinadoras na nossa equipe; uma estava de férias, aí essa voltou e a outra entrou de férias. Só que essa que voltou de férias, ela tem uma certa dificuldade de trabalhar na farmácia por conta da demanda, ela se sente sobrecarregada. Então assim, quando ela tá na farmácia [...]aumenta o número de reclamação do atendimento na farmácia. Então ela é uma funcionária que a gente até pensou ‘se a gente for compartilhar agora, [quem]a gente pensaria em por na farmácia, quem que a equipe pensaria em por na farmácia, ah a fulana’, mas esse momento não acho, a gente julgou que não era ideal ela for, ela acabou de voltar de férias, ela já vai pra lá, ela já vai acabar se estressando, vai ser ruim pra ela, vai ser ruim pros pacientes, acaba sendo ruim pra própria equipe. Então aí a gente, esse mês foi um mês que a gente não compartilhou a escala com as auxiliares, a gente precisou, a gente pensou nós duas [E10 e a coordenadora da outra equipe da UBSF] como seria melhor e foi assim que ficou” E10.

Ademais, outra atividade determinada como da coordenação local e que mantém estreita relação com o modo capitalista de gerenciar é a avaliação funcional. De acordo com os relatos, faz pouco tempo que esse tipo de instrumento passou a ser aplicado, devendo ser dirigido a “toda equipe”, com uma frequência semestral. Embora as coordenadoras locais mencionem manejar esse instrumento de avaliação de desempenho a todos da equipe, de acordo com o depoimento das coordenadoras centrais, a avaliação funcional de médicos e dentistas é realizada na coordenação central. Mais uma vez, percebe-se que a compreensão das coordenadoras locais em considerar a equipe limita aos profissionais ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem e demais.

Segundo E9 a avaliação funcional consiste em:

“[...] a gente tem uma ficha funcional do funcionário que a gente faz a avaliação. Eu faço pelo menos duas vezes no ano, as intercorrências também são anotadas, seja uma coisa, um problema, mas pelo menos a gente faz o planejamento, de como você vai fazer o ano que vem, o que você propõe fazer pro próximo ano, [...] ‘você se propôs a isso, então final do

ano tá aí, vou avaliar você de novo, não sei o que’. Então a pessoa vai vindo pra ela identifica. E quando o funcionário novo chega, eu tive uma reunião esses dias com todos os funcionários novos, e eu expus pra eles em que eles estariam sendo avaliados, ‘então, vocês vão estar sendo avaliados nisso, nisso, nisso, nisso’, é um rol assim de coisas pra gente tá percebendo, falei lógico que não dá pra ser tudo, mas pelo menos ter uma noção se a pessoa tem perfil pra trabalhar” E9.

A explicação de E9 apresenta momentos que confirmam estar se referindo aos ACS e auxiliares de enfermagem, em especial, no momento que fala “a gente faz o planejamento”, característica típica da divisão do trabalho em saúde, em especial, entre a Enfermagem e os profissionais técnicos e auxiliares, cujos primeiros são responsáveis pelo planejamento e os segundos por sua execução.

A avaliação funcional, além de um dispositivo de cobrança para o desenvolvimento do trabalho, tornou-se uma estratégia para as coordenadoras locais conversarem diretamente sobre seus conflitos com os profissionais:

“[Diante desses conflitos [entre as coordenadoras locais e a equipe] qual foi sua atitude diretamente?] A nossa [E3 e E1] atitude foi fazer avaliação dos funcionários e colocar pra eles abertamente o que estava acontecendo. Então diante disso, muitos mudaram, muitos falaram “opa, não é bem assim, eu to vendo que a coisa não funciona assim”. [...] Hoje em dia isso melhorou acho que quase que cem por cento, e tá muito bom” E3.

Como E3, várias coordenadoras locais relataram a efetividade desse tipo de avaliação na mudança de comportamento dos funcionários em relação ao trabalho. Todavia, essa avaliação não é realizada com as coordenadoras locais, segundo a coordenação central, está em processo de construção.

O parâmetro utilizado pela coordenação central para a avaliação das coordenadoras locais, bem como das equipes da ESF é o cumprimento das metas da produção (cobertura vacinal, atendimento de programáticos, dados do Programa Bolsa Família, entre outras):

“[...] agora a gente está tentando objetiva essa avaliação, trabalhar com o processo de trabalho, não só com o relacionamento interpessoal, mas trabalhar na prática de produção, o desempenho da equipe” C3.

Numa das reuniões das coordenadoras centrais com as locais, observamos esse tipo de cobrança em relação à entrega de dados do Programa Bolsa Família. C2 passou uma lista com o nome das unidades que estavam faltando mandar as informações:

“Vou passar a lista, não vou falar em alto e bom tom, vocês dêem uma olhada” C2.

A coordenação exercida no nível central perpassa necessariamente pelo controle das ações no nível local, tendo em vista atingir as metas estabelecidas. Por trás disso está a veemente normatividade das próprias diretrizes do Ministério da Saúde, o qual condiciona o financiamento da ESF ao cumprimento do que é preconizado para esses serviços (FRANCO e MERHY, 1999).

A transposição das teorias da administração nos serviços de saúde, bem como as políticas de gestão (municipal e federal), tudo isso permeado pela lógica do modo de produção capitalista, refletem no gerenciar/coordenar em saúde como sinônimo de controlar.

Assim, a impossibilidade de supervisionar/controlar diretamente o trabalho dos profissionais da equipe representa uma dificuldade para o trabalho de coordenação (central e local):

“[...] eu não consigo é estar presente [em] todas as unidades, até por isso, essa questão de supervisão direta da nossa gestão, que são as pessoas que estão indo pras unidades porque a gente não consegue ser os olhos a todo momento, a mão ali ajudando, a mão colaborando, orientando um técnica, orientando uma dificuldade a todo momento, em todos os locais” C2.

“[...] o grupo de funcionários é mais difícil de você coordenar porque ele é meio que, eu não consigo ver o que todo mundo está fazendo ao mesmo tempo, porque a equipe é muito grande. Eu não sei [se] o agente comunitário está na rua e eu não consigo ver o que o ele está fazendo, a dentista fica dentro do consultório, eu também não sei se ela está atendendo ou se a dentista está sentada, o auxiliar de enfermagem também, enquanto eu estou atendendo, está acontecendo mil coisas lá fora [...] Agora o [trabalho] de funcionários eu não consigo quantificar, ‘Será que está sendo efetivo isso? Será que não está sendo efetivo? Será que eu estou fazendo certo? Será que eu to fazendo errado?’” E11.

A noção de supervisão referida é a abrangida na concepção tradicional, isto é, na visão direta sobre o objeto de trabalho do outro, a fim de fiscalizar (REIS e HORTALE, 2004).

Os termos, “olhos e mão” empregados por C2, denotam claramente a fiscalização, o controle como intenção principal do trabalho de supervisão.

Da mesma forma que C2, a coordenadora local E11 também expressa sua dificuldade em coordenar a equipe por não conseguir “ver”, literalmente, a realização do trabalho de todos da equipe. Nota-se o excesso de responsabilidade atribuído pela coordenadora local para si mesmo, com relação ao trabalho dos demais da equipe. Relacionado a isso, encontra-se o tipo de avaliação exercido pela coordenação central para o trabalho das coordenadoras locais, o de atingir todas as metas estabelecidas pelos programas de saúde.

Provavelmente, em virtude dessa forma de gestão, que a coordenadora cogita a necessidade de quantificar o trabalho da equipe para ter certeza se está ou não sendo efetivo. Mas, Louzada, Bonaldi e Barros (2010), ao discutirem as práticas do trabalho em equipe sob o eixo da integralidade, reafirmam “a impossibilidade de quantificar as práticas em saúde, uma vez que não existem práticas mais ou menos integralizadas. Existem condições para o seu exercício” (p. 39).

Devemos advertir que “são as condições sociais decorrentes da produção da vida material que determinam os papéis e a nossa identidade social” (LANE, 1981/1994a, p. 22). Sendo assim, os papéis sociais reproduzem a relação de dominador-dominado, própria do sistema estrutural. Como Lane (1984/2004c) apontou, os papéis sociais “também existem no nível das vivências subjetivas, enquanto representação ideológica [...]. Nesse nível os papéis funcionam como máscaras...” (p. 87). Mencionado de outro modo, a representação ideológica da função de coordenador pode ser de que ele sempre trabalha em prol do melhor para o grupo, mas no nível das determinações concretas acaba por exercer uma ação de dominação.

A fim de ilustrar o papel do coordenador no contexto pesquisado, é exatamente o coordenador que consegue, independente de como, fazer sua equipe cumprir as metas e não deixar nenhum usuário sair reclamando dos serviços, que é o esperado, o valorizado pela coordenação central. E ainda, de como essas condições objetivas se relacionam dialeticamente no nível subjetivo, isto é, da percepção de necessidades de mudanças que profissionais tem sobre si:

“[...] eu acho que tem algumas coisas que eu preciso melhorar, às vezes eu acho que eu sou um pouco, um pouco, como eu posso dizer, não ríspida, mas assim, eu não gosto de muita abertura sabe, eu gosto das coisas, eu gosto que tudo funcione bem, todo mundo chegue no horário, todo mundo sai no horário volte no horário, não dê nada errado. Mas nem sempre é assim, então tem algumas coisas que foge do meu controle e aí realmente eu tenho que dar uma respirada pra.. pra pensar e ver a melhor forma de resolver aquilo sabe Mas eu queria que tudo fosse redondinho, que tudo funcionasse bem, mas eu sei que não (rs), que não é, mas eu acho que eu to aprendendo, eu acho que eu já estou bem mais habituada assim, tinha algumas coisas que eu realmente não gostava de fazer, eu não gosto de ficar, ficar meio que controlando muito, mas eu tenho que dá um gás, porque eu sei [que] se eu descansar, elas descansam também, então você tem que tá sempre, não que seja cobrando, mas que seja lembrando. É difícil” E7.

Compete lembrar que E7 não se identifica com a função de coordenação. Mas, diante da imposição, e, notadamente, de como essa atividade é representada, é possível observar algumas passagens do movimento de mudanças provocadas durante o processo de apropriação subjetiva da atividade (*“eu já estou bem mais habituada”*). Embora, almeje, ainda que no plano das ideias, a possibilidade de que *“tudo funcionasse bem”*, a fim de evitar os momentos de conflitos gerados no trabalho pela imprevisibilidade.

Além disso, identifica-se nessa fala uma das principais características do gerente no modo de produção capitalista, o de ditar o ritmo do trabalho (*“se eu descansar, elas descansam também”*). Braverman (1974/2011b) explica que a função do gerente é extrair o máximo da força de trabalho.

Diferentemente da situação exposta acima, temos o relato de E11:

“[Como é o trabalho nessa equipe E11, como você avalia o trabalho da sua equipe?] Eu acho assim, que dentro do possível eu tento fazer o meu trabalho da melhor maneira possível, eu priorizo muito os usuários porque eu acho assim, que eles estão numa posição, que eles têm que ser privilegiados, tem que atender eles bem entendeu. É muito difícil assim, reclamarem que foi mal tratado aqui dentro, porque eu acho que nós estamos aqui pra isso, nem pra discuti. Reclamações têm, porque têm coisas que fogem da minha alçada [...] na época que eu fiquei sem médico, isso estava muito, tinha muita reclamação na rádio “não tem médico”, veio até TV [XX] aqui porque não tinha médico, eu fiquei super nervosa, ‘mas meu Deus, como que eu vou trabalhar desse jeito?’ mas, não competia mais a mim, eu cheguei a um momento que eu falei ‘não, isso não é meu mais’, quem tem que tomar posse disso é a secretaria de saúde e tentar resolver o problema” E11.

E11, pelas circunstâncias já vividas nessa função, como ter que lidar diretamente com a pressão da população, dos meios de comunicação, consegue fazer um movimento em direção a conscientização das suas condições objetivas para o desempenho da atividade de coordenação, identificando suas limitações.

Mas é importante trazer o contexto que tal discurso encontra-se inserido, isto é, numa pergunta sobre a avaliação do trabalho da equipe e não sobre o seu trabalho enquanto coordenadora, o que implica entender que E11 compreende a coordenação como responsável direta do trabalho da equipe. Se retomar o trecho anterior exposto da mesma coordenadora local, no qual expõe que a dificuldade em coordenar a equipe é exatamente em não ter controle sobre o trabalho de cada profissional, isso fica ainda mais evidente. Assim, ter consciência de algumas determinações concretas que limitam a atividade de coordenação, pode não implicar em uma mudança qualitativa da mesma atividade, permanecendo ainda no âmbito do controlar, supervisionar.

Contudo, verificamos como o coordenar visto pela perspectiva do gerenciar e mediado pelas particularidades apreendidas (em particular, formação e política de gestão municipal) pode se assumir como controlar, supervisionar concebidos dentro da vertente taylorista do modo de produção capitalista.

Assim, perguntamos: no que o gerenciar contribui para um trabalho em equipe na modalidade de trabalho coletivo/interdisciplinar? Será que a proposta de uma terminologia diferente da compreendida pelas profissionais que desempenham a função de coordenação implicaria na mudança das práticas?

Acreditamos que a terminologia pode sim dizer muito sobre a ação, especialmente, ao contextualizar sob que condições a gerência se desenvolveu e, sobretudo, a sua formação, mesmo na área da saúde, subsidiar-se, exclusivamente, nas bases teóricas da Administração Científica, da qual se originou.

Todavia, é importante destacar que há propostas para a gerência em saúde que destoam das apreendidas pela nossa pesquisa.

Como já trouxemos em outros momentos da discussão, o trabalho de Castanheira (1996) é uma delas. Dentre os vários apontamentos que a autora traz em seu

texto, destacamos o que remete ao papel mediador do gerente em saúde, responsável pela integração das diferentes ações que compõem o trabalho na saúde, a fim de articulá-las de forma a promover o diálogo efetivo. “Com isso, a intermediação, característica substantiva e histórica da gerência, torna-se muito mais horizontal, implicando necessariamente maior simetria nas formulações e decisões organizativas (p. 232)”.

Outra proposição relevante é o método de gestão colegiado e a co-gestão discutida por Campos (1998). Essa proposta visa, como em uma via de mão dupla, garantir a produção da saúde, ao mesmo tempo, que se apóia na participação dos sujeitos envolvidos, dentre eles os trabalhadores, estimulando e ampliando sua capacidade de reflexão.

Matos e Pires (2006) reconhecem a limitação do ensino de administração nos cursos de Enfermagem, sendo este voltado às velhas teorias nessa área, salientando a necessidade de transformação.–Defendem que o resgate das “teorias administrativas em seus aspectos positivos e negativos, contribui para a fundamentação de escolhas e para experimentação de novos modelos” (MATOS; PIRES, 2006, p. 513).

Sendo assim, há várias discussões no âmbito da organização do trabalho em saúde, cujo gerenciar pressupõe uma atuação diferente das análises realizadas por este estudo, mais participativa e menos controladora, consoante com um trabalho em equipe coletivo/interdisciplinar.

Neste sentido, o trabalho de Peduzzi et al. (2011) corrobora diretamente para essa discussão, pois refere-se à contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional. Os resultados mostrados por esse estudo trazem que o gerente deve lançar mão de um conjunto de instrumentos, dentre os quais se destaca a comunicação, para a construção do trabalho em equipe, enquanto ferramenta do processo de trabalho em saúde.

Entretanto, como já destacado aqui, além da formação do gerente/coordenador (seja nos espaços institucionais ou no próprio serviço), mas, em especial, a política da gestão, deve priorizar esse papel na definição e no planejamento de suas diretrizes propositivas.

Por isso, ao invés de gerência dizer coordenação, terminologia sob a qual estamos denominando a atividade, não significa necessariamente na superação da influência

do modo de produção capitalista. Muitas vezes, essa função se reveste dessa terminologia, mas cumpre o mesmo papel que o gerente controlador/centralizador, reforçando a relação de dominador-dominado.

Desse modo, independente da terminologia, interessa saber o embasamento teórico-metodológico, no qual respalda a atividade de coordenação. A nossa proposta de análise, situada no campo da Psicologia, funda-se em bases teóricas e metodológicas que questionam a forma como esse papel é construído e posto na nossa sociedade e, sobretudo, a sua finalidade. Também é importante destacar que, o processo grupal se configura em mais uma possibilidade de análise para o trabalho em equipe, tendo por objetivo maior, o resgate do trabalho coletivo baseado na cooperação e mediado pela comunicação, tendo em vista contribuir para o desenvolvimento das potencialidades humanas, ou melhor, do desenvolvimento da consciência humana sobre sua atividade.

5.4.3 O processo grupal como (no) caminho do fazer coordenação

Mas por que o processo grupal? Alguns podem nos indagar sobre essa escolha, em especial, os profissionais que não são da área da Psicologia.

Partimos da compreensão de que um grupo “é constituído por um conjunto relativamente pequeno de pessoas, que mantêm contatos face a face, ligadas por algum (ns) objetivo (s) comum (ns) que as leva (m) a interagir e estabelecer relações de reciprocidade” (ANDALÓ, 2006, p. 68). Assim, podemos apreender as equipes enquanto uma organização grupal. E enquanto tal implica dizermos que as equipes:

[...] são *mediadores* entre a particularidade, a singularidade dos sujeitos, e a totalidade social (genericidade, nível humano-genérico, abstrato ou universal), pois realizam a mediação entre os indivíduos e a formação social de que participam. Neles, cada indivíduo é representante de si mesmo e da história da sociedade em que vive (ANDALÓ, 2006, p. 68-69).

Portanto, é mais coerente dizer processo grupal ao invés de grupo/equipe ou ainda dinâmica do grupo, pois esse não está apenas imerso na realidade social e muito menos é um mero intermediário entre essa e o indivíduo, mas é a própria realidade, ou seja, representa a totalidade social. Enquanto tal expressa as múltiplas determinações e as contradições presentes no modo de produção capitalista. “Alguns desdobramentos dessa relação são as contradições entre: individual/social; competição/interdependência; ter/não ter recursos (materiais, culturais e/ou pessoais) para submeter o outro aos seus interesses (exploração); dependência/independência” (MARTINS, 2003, p. 203).

Assim sendo, no que o processo grupal pode contribuir para um trabalho em equipe? O fato de buscar não ocultar essas determinações pode representar um avanço significativo em direção a construção de um trabalho coletivo. Martins (2003) sintetiza dizendo que “ao refletir sobre o *processo grupal*, na sua concreticidade, teremos uma visão mais clara de como as relações grupais e de poder estão organizadas, o que poderá contribuir para o resgate dos objetivos e finalidades da atividade grupal” (p. 216).

Fazer isso no espaço de um trabalho em equipe de saúde significa organizar/planejar espaços coletivos de modo a garantir a participação dos membros da

equipe, para assim problematizar o cotidiano do trabalho em busca das suas determinações concretas, reconhecendo limites e potencialidades da sua atividade. Deste modo, possibilitará que seus membros se conscientizem tanto da sua atividade de trabalho, articulando-a dentro de um contexto maior (a atividade grupal) que tem um objeto comum, como da sua própria identidade psicossocial.

Dessa forma, o processo grupal permite sairmos da concepção de grupo/equipe, em que cada membro desempenha um papel, geralmente determinado socialmente, pertencente a uma visão estática, que traz consequências para a prática concreta do trabalho em equipe, no sentido “de pensar que eles sempre foram assim e, conseqüentemente, sempre serão assim, é muito forte. As possibilidades de ver que são possíveis mudanças ficam veladas, diminuídas” (GUARESCHI, 2007, p. 87).

Portanto, o processo grupal, inserido na área da Psicologia Social e, essa dentro de uma vertente crítica, foi o caminho escolhido para analisar as atividades de coordenação em interface com as da equipe. Essa unidade de análise se diferirá das demais à medida que dividimo-la em tópicos, tendo em vista facilitar a leitura e a compreensão do material. Trata-se somente de um recurso didático, pois a divisão não anula a articulação entre as temáticas.

Caracterização do grupo equipe de Saúde da Família

Primeiramente, faz-se necessário caracterizar o grupo equipe da ESF. Para isso utilizaremos da classificação de tipologia feita por Martín-Baró (1989), na qual a equipe da SF consiste em um grupo funcional, haja vista que surge pautada na divisão social do trabalho. Portanto, trata-se de um grupo institucionalizado, cujo surgimento esteve condicionado às políticas de saúde, especificamente, a implantação da Estratégia Saúde da Família como modelo para a assistência em saúde na Atenção Básica.

Assim, desde a configuração da equipe, as atribuições de seus membros e seu objetivo, já explicitados em outro momento neste trabalho, foram postos desde o início da atividade da equipe. Da mesma maneira que, formal ou informalmente, o profissional que desempenharia sua coordenação.

Temos como foco desse estudo a atividade de coordenação das equipes na ESF, logo, é desse lugar que empreenderemos as análises tecidas nesse tópico. Mais uma vez, vale lembrar que não se pretendeu realizar aqui uma análise da equipe enquanto processo grupal, pois esse não foi o objetivo proposto por essa pesquisa.

Apesar disso, por meio do pouco contato que tivemos nas observações participantes das reuniões de equipe, foi possível a observação de alguns aspectos desse processo. Assim, o processo grupal será utilizado enquanto metodologia para análise da atividade de coordenação inserida num trabalho em equipe. Em outras palavras, buscaremos por meio da atividade de coordenação identificar aspectos do processo grupal presentes nas relações sociais na (da) equipe, tais como: poder, identidade e atividade, para assim refletir sobre o papel da coordenação.

O poder presente no modo controlador de coordenar

As relações de “controle” dos coordenadores sobre o processo de trabalho, analisadas anteriormente, desvelam-se aqui em relações de “poder”, existentes em qualquer tipo de relação humana⁷⁶. Em decorrência da representação ideológica desse papel na sociedade, muitas vezes esse tipo de relação está naturalizada em ações como corrigir, cobrar e/ou punir. Como exemplo, E10 relata sua experiência:

“[...] eu sinto bastante dificuldade pra coordenar [...] pelo meu modo de ser mesmo; às vezes eu tenho medo de falar alguma coisa que vai magoar, isso eu sofria bastante no começo quando eu entrei. Então assim eu ia cheia de dedos pra falar; hoje eu tenho aprendido que não, que às vezes é necessário que você corrija o funcionário, às vezes a gente vai, fica com medo de corrigir, ‘fala aí..’, como se ele fosse deixar de gostar de mim, vamos pensar assim.

⁷⁶ Cabe fazermos uma distinção entre poder e dominação. Como já dissemos, o poder está presente em todo tipo de relação e pode não ser algo só ruim, como o é representado socialmente. Utilizaremos a distinção feita por Guareschi (2007): “Pode-se definir ‘poder’ como sendo a capacidade de uma pessoa, de um grupo, para executar uma ação qualquer, ou para desempenhar qualquer prática. Nesse sentido, todas as pessoas têm algum poder, na medida em que ‘podem’ fazer alguma coisa. Já ‘dominação’ é definida como uma ‘relação’ entre pessoas, entre grupos, ou entre pessoas e grupos, através da qual uma das partes expropria, rouba, se apodera do poder (capacidade) de outros. Por extensão, dominação é uma relação onde alguém, a pretexto de o outro possuir determinadas qualidades ou características (como o fato de ser mulher, de fazer parte de determinada etnia ou raça, de ser jovem etc.), se apropria de seus poderes (capacidades) e passa a tratá-lo de maneira desigual. Dominação, portanto, é uma relação assimétrica, desigual, injusta, se quiser” (p. 90). No caso das análises, as relações de poder tendo em vista a dominação, à medida que o poder de um se sobrepõe ao do outro, caracterizando uma relação assimétrica.

Mas com o tempo eu fui vendo que não, que é necessário, que a própria equipe pede isso. Então aqui uma coisa que facilitou pra mim, acho que foi essa devolutiva da equipe, as vezes que eu precisei cobrar um pouquinho mais, as vezes que eu precisei é.. as vezes até corrigir ou punir um funcionário, lógico, ninguém gosta de punir o funcionário, as vezes por uma coisa errada que ele fez, a gente também fica chateado. Mas a gente vê que a própria equipe ela aceita isso, ela vê e as vezes no momento ela até pensa “ah, mas a E10 foi ruim assim”, mas depois ela vê com bons olhos, que é melhor que alguém esteja vendo e corrigindo do que ficar solto. E então na minha equipe pelo menos isso foi uma coisa que me ajudou a melhorar, no meu processo de coordenação, essa devolutiva deles, que não, que é bom que tenha isso, que tenha essa cobrança, as vezes a gente acha assim, que cobrar enquanto chefia a gente tá sendo chato, mas é uma coisa que é necessário e as vezes, principalmente, as agentes falam isso pra gente “não, a gente sabe que a gente é difícil, que vocês têm que cobrar, as vezes a gente precisa de um empurrão”, essa é a palavra, a frase que elas usaram e “a gente precisa de um empurrão”. E esse é o nosso papel e a gente tem que, foi contratado pra isso” E10.

Nesse trecho de E10 fica explícita a naturalização que a equipe faz do poder da coordenação em cobrar, punir, decorrente da própria representação ideológica que esse papel assume socialmente, o de que o ser humano precisa ser cobrado de maneira constante para executar o seu trabalho. Essa é uma das premissas do taylorismo, que se assenta na concepção de que todo trabalhador faz “cera” no trabalho; portanto, baseado nessa avaliação, que Taylor justificou sua proposta de organização extremamente rígida e controladora, a fim de evitar a “vadiagem” no trabalho (BORGES; YAMAMOTO, 2004).

Nessa representação identificam-se, ainda, dois aspectos decorrentes do modo de produção capitalista: a necessidade do trabalhador em ter orientações e diretrizes para a realização do trabalho, fruto do próprio processo histórico de alienação, bem como a competitividade presente nas relações de trabalho.

Nos destaques feitos na fala de E10, nota-se como as “atribuições” designadas a esse papel representavam uma dificuldade da coordenadora lidar “pelo seu jeito próprio”, e como as relações nessa atividade, com a “própria equipe” dando a “devolutiva”, de que ela teria que cobrar mesmo, decorrente do processo de naturalização dessa ação, culminou no significado apropriado pela coordenadora “de que foi contratada para isso”.

No estudo de Delatorre (2011) sobre a compreensão que a equipe da Saúde da Família tem do processo gerencial do enfermeiro, a cobrança também foi apontada pela

equipe como necessária para a atividade de gerenciamento, porém, quando excessiva torna-se uma atitude negativa.

O poder se manifesta no processo grupal pela diferença nos diversos recursos dos quais dispõem seus membros. Os recursos aos quais se refere Martín-Baró (1989) não se restringem apenas aos recursos materiais, mas também aos recursos pessoais e culturais. Martins (2003) ainda salienta a afetividade, compreendida como um recurso pessoal.

O principal recurso utilizado pela coordenação local das equipes é o da autoridade. Todavia, na fala de E10, a presença da dimensão afetiva é inteligível, sobretudo, quando a coordenadora diz que no início do trabalho tinha “medo em magoar” os funcionários, como se “eles fossem deixar de gostar dela”. A afetividade nas relações grupais pode apresentar dois sentidos, ampliar ou ameaçar a existência da união entre os membros e entre estes e a atividade (MARTINS, 2003).

No caso de E10, o medo dos funcionários deixarem de gostar dela após uma punição/advertência, reflete exatamente no risco de comprometer uma vinculação em processo de construção, já que a coordenadora estava há pouco tempo no trabalho naquela equipe.

Como o poder se encontra nas relações, isso implica que “quem domina em uma relação pode ser dominado em outra” (MARTINS, 2003, p. 215). Nas UBSF as coordenadoras locais detêm o poder enquanto autoridades imediatas. Entretanto, nas relações com a coordenação central, todos da equipe, até as coordenadoras locais, são subordinados.

Uma passagem na qual essas relações aparecem explicitamente é na rotatividade das coordenadoras locais de unidades. Pelo visto, essa é uma prática recorrente se resgatar o dado de ter coordenadoras locais que mudaram duas vezes de UBSF, sendo a atual unidade a terceira e só um relato de que a mudança foi a pedido da coordenadora local. Retomemos o discurso de C3 na íntegra:

“A gente fez o rodízio das enfermeiras porque em algumas unidades foram feitas mudanças, propostas pra mudar o processo de trabalho e a gente teve muita dificuldade e muitas reclamações na ouvidoria também. Então a gente deu várias vezes o feedback, não foi possível, e a gente [identificou] algumas dificuldades [das coordenadoras locais] de lidar com alguns profissionais da equipe, muito a parte do conflito e depois interpessoal, não tinha

governabilidade pra promover mudanças e a gente fez [o rodízio]. No começo elas odiaram (rs). Mas já recebemos o feedback de todas, que foi um momento importante pra renovar, pra rever as suas ações, pra olhar com outros olhos o trabalho, pra recomeçar o trabalho de uma maneira diferente. Então todas elas acabaram agradecendo e.. a gente fez uma mudança de, acho que de cinco enfermeiras de unidade” C3.

Chamamos atenção para o fato de que o coordenador das unidades é tido como o “agente” responsável por promover as mudanças no processo de trabalho, ou seja, o que tem a governabilidade. Nisso que se baseia a justificativa da mudança, mas que é apresentada às coordenadoras locais, na maioria das vezes, como uma oportunidade delas reverem suas ações para recomeçarem seu trabalho.

Segue o relato de algumas coordenadoras locais que comentaram suas mudanças de unidade:

“É.. na verdade tiveram alguns problemas nas unidades e daí o gestor achou [melhor] mudar pra poder organizar algumas coisas que estavam faltando, e eu fui a chave do tabuleiro (rs), a pecinha do tabuleiro lá pra organizar as coisas” E3.

“[Por que mudou de unidade?] Foi a secretaria que mudou, eles não deram um motivo, foi chamado pra uma reunião, falaram que precisavam ser feitas algumas mudanças e aí falaram quais seriam as mudanças [...]eles falaram que precisava mudar porque tinha algumas enfermeiras que fazia muito tempo que estavam num lugar; então eles queriam dar uma cara nova para o serviço, daí eles resolveram mudar” E11.

“[...] assim, eles estavam precisando de enfermeira, renovar as enfermeiras na verdade [...] tinham duas enfermeiras aqui que precisavam cobrir outras unidades e.. daí, eles acabaram mudando mesmo, fizeram essa proposta que, quando a gente entra na [OS X], nós não somos assim fixas numa unidade entendeu, pode ter essa rotatividade do funcionário, principalmente nós enfermeiras” E1.

“[...] não tem um motivo assim, simplesmente foram mudados as, chefias de unidade e... pra mim, particularmente, é.. foi bom assim, eu gosto daqui, gostava também UBSF E , lá é muito bom, até mesmo porque é próximo da minha residência, mas eu adoro UBSF F e só saio daqui mesmo se tiver que sair, porque eu gosto muito daqui” E8.

A metáfora utilizada por E3 ilustra bem esse processo de mudança, de como as coordenadoras locais são “pecinhas no tabuleiro” da gestão central. Essa decisão não contou com a participação das profissionais envolvidas, muito menos das equipes. Somente E3 comentou ter conhecimento sobre a ordem de estar sendo designada para organizar os serviços. O discurso das demais se assemelha ao apresentado pela coordenação central, o de

ser um momento para renovar o trabalho, “dar cara” nova à unidade, atribuem essa situação ao vínculo de trabalho, ou ainda, das mudanças não terem qualquer motivo. Ao contrário do que C3 coloca, de que todas as coordenadoras locais remanejadas deram um retorno positivo, no espaço da pesquisa apareceu só o discurso de E8 enquanto satisfeita com a mudança.

Outro aspecto implicado nesse processo é a naturalidade com que essa prática é percebida, pois, por estar inserida em uma relação de poder, a qual quem dispõe do recurso da autoridade é a coordenação central, não há nenhum tipo de questionamento.

Os desdobramentos do poder na construção da identidade da equipe

As relações de poder totalmente verticalizadas trazem desdobramentos para o trabalho das equipes. Como no exemplo apresentado anteriormente, E1 e E3 são as coordenadoras que citaram mais dificuldade no processo de adaptação após a mudança de unidade, pois tiveram vários conflitos com a equipe:

“[...] porque quando a pessoa, o funcionário não está disposto, ele vai fazer de tudo para que as coisas dêem errado. Eu senti isso, eu senti isso aqui [...] eu não pedi pra vir pra cá, e foi mudado, e algumas pessoas as vezes falam as coisas e as pessoas não conhecem a gente. Então quando eu cheguei aqui, os funcionários ficaram, eu e a [E1], os funcionários ficaram meio receosos do que podia acontecer e tudo mais, colocaram um monte de minhocas na cabeça deles, achando que a gente ia mandar todo mundo embora, umas coisas bem assim. E na verdade eles começaram a perceber que a gente estava aqui pra ajudar, [...] se tiver algum paciente que tiver desacatando, a gente vai lá conversar com aquele paciente. Se tiver alguma coisa que eles estão fazendo de errado, a gente vai chamar pra conversar, mas não simplesmente pra punir, a gente vai orientar. Então eu acho que isso também é uma coisa que a gente precisa também está fazendo com o funcionário pra ele entender que a gente esta aqui como gerente e não pra punir, a gente tá aqui como coordenação, não simplesmente pra punir o funcionário, a gente ta aqui pra tentar melhorar o serviço, [...]” E3.

Desse modo, a coordenadora local transferida torna-se de início a representação direta da autoridade de poder da própria gestão municipal, gerando um ambiente de insegurança/instabilidade na equipe. Tudo isso porque esse processo ocorre sem qualquer tipo de participação dos profissionais da equipe, quando muito, eles são apenas informados das mudanças.

A rotatividade de funcionários diante de algum problema (entre funcionários, entre coordenação e funcionário ou entre funcionário e população) também apareceu como uma prática utilizada com frequência pela gestão municipal. E2 e E11 citam casos que ocorreram nas suas equipes. No caso da equipe de E11, houve conflitos entre ACD e dentista, implicando na transferência da ACD para outra equipe a pedido da dentista. Nesse caso, ficou evidente a relação de poder de ordem pessoal, sobressaindo o recurso da formação sobre o da afetividade, tendo em vista que a ACD era uma profissional benquista pela equipe. Essa situação também repercutiu na equipe:

“[...] escutava murmurinho “é porque agora, é a gente não pode fazer nada porque se a gente fizer alguma coisa, daí a gente vai embora de um dia pro outro” [...]” E11.

Referem-se ao fato da profissional transferida ter saído numa sexta-feira e na segunda-feira iniciou seu trabalho em outra unidade, sem ninguém da sua equipe anterior ter sido informada e ainda, na ocasião da transferência a coordenadora local (E11) estava de férias. Durante a observação participante feita da reunião dessa equipe, notamos como a dentista ficou deslocada do restante do grupo, manifestando pouca participação e interação com outros profissionais. Não tem como afirmar se sua postura diante da equipe tem ou não relação com o episódio ocorrido, mas, independente disso, percebeu certo distanciamento dessa profissional em relação aos demais profissionais da equipe.

Com relação à grupalização da equipe, no estudo de Zanella e Pereira (2001) a mudança do coordenador do grupo representou um obstáculo ao processo de constituição do mesmo, portanto, esse deve ser considerado como um elemento importante também para a construção da identidade da equipe.

No que diz respeito à identidade da equipe, a rotatividade de coordenadoras locais dificulta a construção das relações intragrupais, tendo em vista uma grupalização da equipe, de maneira que a mesma se torne uma referência para a identidade de seus próprios membros. Isso porque a mudança das coordenadoras locais, muitas vezes, implica na mudança do modo da equipe organizar sua atividade, mesmo sendo a maioria dessa atividade *a priori* já estabelecida. Um exemplo disso é a resistência dos ACS (profissionais mais antigos das equipes) em aderirem às propostas das coordenadoras locais transferidas.

Não entrando no mérito de tais propostas, mas em parte a resistência ocorre porque as propostas são planejadas sem a participação de todos os membros e assim, postas para a equipe de forma verticalizada. A mudança no agendamento, por exemplo, teve forte resistência dos ACS nas UBSF A e UBSF E. Na primeira unidade, a nova proposta foi planejada pelas três coordenadoras locais da unidade e implicou numa mudança direta no trabalho dos ACS. Já na UBSF E (E7) a proposta foi planejada pela coordenadora local e apoiada pelo médico, envolvendo diretamente no trabalho de ambos, mas indiretamente no trabalho dos ACS.

Recorrentemente, a representação da identidade de uma equipe é feita pela afirmação de que a equipe tem a “cara” de seu líder (coordenador):

“[...] eu acho que a gente tem que mostrar, [...] pra equipe e acaba, a unidade acaba tendo a carinha das enfermeiras, da enfermeira que cuida dali [...]” E3.

Na afirmação de que o grupo tem a “cara” de seu coordenador, incorre-se no erro de que todos os membros do grupo possuem as mesmas características. Geralmente, a característica do “líder/coordenador” se expressa nas ações da equipe, à medida que essa só executa o planejamento realizado pelo seu coordenador. Na verdade a equipe é uma realidade total, que expressa a estrutura social, e enquanto tal é composta por membros de diferentes classes sociais (MARTÍN-BARO, 1989). Assim, a identidade da equipe é definida pelo que é e de como se caracteriza por meio da sua atividade diante de outros grupos/equipes.

A atividade da equipe na perspectiva da coordenação

Mesmo concebendo a atividade de coordenação mais próxima da lógica administrativa, algumas coordenadoras locais se aproximaram da proposta do processo grupal ao compreenderem a equipe enquanto um processo, quando relatam “entender o momento da equipe”; “ver a equipe como um todo”. Como se observa no trecho a seguir:

“[...] Como um trabalho em equipe eu acho que a gente está num processo de melhoria, muito importante. Quando eu cheguei aqui, as pessoas estavam muito adoecidas assim, no sentido de equipe, as pessoas estavam descontentes, [...] descontentes assim, com a questão salarial, desmotivadas. [...] [os profissionais] com um discurso como se fosse pessoas pra

aposentar em sete anos de serviço. Tem muita coisa pra gente vê, nós somos um bebê ainda em PSF e aí a gente tentou resgatar desde o começo esse histórico, [...] nós somos uma unidade que já foi referência, nós já fizemos tanta coisa significativa, importante, precisamos retomar isso. E foi suscitando individualmente de cada um, muitas mudanças a gente fez relacionadas a organização do serviço, pra melhorar tudo isso. Então aí as pessoas foram começando a entender, aí foi acertando, foi tendo as contratações foram acontecendo e os profissionais foram ficando. Então assim, foram vendo que ia melhorar mesmo, que ia dar certo, o médico conseguiu sair pra fazer visita, a enfermeira conseguiu sair pra fazer visita, porque não ficava aqui o tempo todo atendendo. É possível [...]” E9.

A coordenadora local E9 faz uma leitura do momento vivenciado pela equipe, identificando alguns aspectos determinantes na desmotivação da mesma, como a questão salarial. Resgata a historicidade da equipe, a relevância da sua atividade na sua dimensão externa, ao lembrar que a unidade já foi referência. Mas, somado a isso ocorreram melhorias nas condições de trabalho, repercutindo em uma mobilização individual da equipe em direção a atividade.

Cabe lembrar que a dimensão externa da atividade da equipe é muito importante para a construção da sua identidade. No caso da equipe de E9, tratava de uma equipe de “referência”, ou seja, sua atividade era reconhecida como importante seja para a população ou por outras equipes.

Em relação a “entender a equipe como um todo”, a coordenadora local E3 passa pela questão do objeto da atividade da equipe e da articulação das ações:

“[...] eu sempre coloco isso pra equipe, que a responsabilidade de cuidar do paciente, cuida no geral, quando eu falo cuida, não é só da enfermeira e do médico, todo mundo acha que quem tem [que] cuidar do paciente é o médico e a enfermeira, e não é isso. Quem tem cuidar do paciente é a equipe, e esse paciente pertence a um bairro, tem um território, tem um posto de saúde, uma Estratégia Saúde da Família que ele participa e que todos nós somos responsáveis por ele. [...] Então eu acho que a gente tem que mostrar isso pra equipe, que todo mundo é responsável por aquele, por aquele grupo de pessoas, seja ele quem for [...] Eu falo em toda reunião de equipe, eu tenho que recordar isso, porque as vezes elas [ACS] [...] querem meio, “ah, não mas eu já passei o caso pra fulana”, ‘mas gente, se tá cuidando na saúde mental, eu tenho que vê o medicamento que essa pessoa toma, eu tenho que vê se ele tá melhorando, eu faço visita na casa dele, você vai perceber isso, se melhorou, se tá tomando o remédio certo’. Porque quando eles vão na casa, eles podem fazer isso, eles têm mais abertura, então é todo momento. A mesma coisa com a auxiliar, a auxiliar as vezes conhece a pessoa, conhece até por nome e sobrenome, então sabe que a fulana vem fazer

curativo, “olha dona Maria veio fazer o curativo hoje, olha ela passou por uma dificuldade na casa, a pressão subiu”, ela tem que ter essa visão, que ela tem que avisar tanto o médico como enfermeiro. É a mesma coisa quando a gente faz um diagnóstico, o médico faz um diagnóstico de hipertensão e diabete e aí não fala pro agente comunitário, como que ele vai saber que aquele paciente agora é hipertenso, diabético, então o trabalho é da equipe. Então tem que avisar a todo momento, eu acho que a equipe não tá pronta, mas tá começando a entender isso” E3.

Nesse trecho a coordenadora local retoma para a equipe o objeto da sua atividade, que é exatamente o cuidado do paciente, inserido em um território que tem uma ESF e da qual ele participa. Portanto, o cuidado deve ser de responsabilidade de toda a equipe⁷⁷.

A coordenadora ainda faz um movimento articulando a interdependência/complementaridade das distintas ações dos membros da equipe. Neste sentido, Dalla Vecchia (2011) destaca que:

[...] os instrumentos e as finalidades das ações dos integrantes de um processo grupal podem ser distintos. Porém, para que haja um mínimo de coordenação entre suas ações (cooperação) será imprescindível que, por meio da sua atividade, os integrantes do grupo possam se ocupar de um mesmo objeto (p.95).

Todavia, E3 ao dizer que “a equipe não está pronta” dá a entender que em algum momento isso pode ocorrer, a equipe apresentar uma forma de acabada, fechada. É importante entender que em um processo grupal a equipe tem movimentos progressivos e regressivos permeados por diferentes contextos determinantes (como no exemplo E9), que refletem nas relações⁷⁸. Convém ao coordenador de uma equipe entender que:

[...] não é suficiente afirmar que o grupo [equipe] baseia-se apenas em reunir pessoas que compartilham normas e objetivos comuns. Significa compreender o grupo enquanto relações e vínculos entre pessoas com necessidades individuais e/ou interesses coletivos, que se expressam no

⁷⁷ Entretanto, essa orientação muda quando a relação é entre setores de níveis de atenção (Atenção Básica e setor terciário) e federação (municipal e estadual) diferentes. Na reunião da equipe, a coordenadora local comentou de um caso que faz o tratamento no setor terciário (estadual), e que por isso a equipe da ESF (municipal) não realizava o seu acompanhamento (“só que ela já tá sendo acompanhada na XX”).

⁷⁸ Se a compreensão do grupo/equipe perpassa necessariamente pelo estabelecimento de relações, podemos afirmar que a “visão de grupo sempre ‘relativa’, isto é, incompleta, em construção, em transformação. Isso quer dizer que nunca posso ‘fechar’ a compreensão de um grupo, saber tudo sobre um grupo. Se ele se constitui a partir de ‘relações’, estas relações são dinâmicas, sempre mutáveis, podem mudar de um momento para outro” (GUARESCHI, 2007, p. 86).

cotidiano da prática social. Além disso, o grupo [equipe] é também uma estrutura social, uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus membros, supondo alguns vínculos entre os indivíduos, ou seja, uma relação de interdependência. À semelhança de qualquer vivência humana, o processo grupal implica relações de poder e de práticas compartilhadas e, ao se realizar, desenvolve a sua identidade (intragrupo e intergrupos)... (MARTINS, 2007, p. 77).

Em relato de outra profissional sobre o conceito de trabalho em equipe identifica-se a passagem pela questão dos interesses individuais e coletivos perpassando a atividade da equipe:

“[...] nós somos um grupo de pessoas que tem a mesma finalidade de trabalho. [...] é o bem estar do paciente, que é a melhoria da qualidade da nossa assistência. E eu vejo que assim, que a equipe conseguiu chegar num amadurecimento, que ela tem a mesma visão do trabalho em equipe, que é esse, que é melhorar pro paciente, melhorar a qualidade da nossa assistência, que é ruim quando a gente escuta ‘ah, aquele posto é uma porcaria’, por quê? Porque é do nosso trabalho que as pessoas estão falando. Então eu acho que pra mim o trabalho em equipe é isso, é cada um fazer o seu, mas com o mesmo objetivo. E fazer não só o seu trabalho, mas também fazer pelo outro, se eu preciso fazer uma determinada atividade, eu vou fazer, as vezes eu posso até não concordar com aquilo que eu to fazendo, mas se a equipe decidiu que aquilo é melhor pra equipe então eu vou fazer de coração, por que? Porque vai ser melhor pra todo mundo, não só pra mim, eu deixo de pensar em mim e eu penso também naqueles que estão junto comigo” E10.

Novamente, percebe-se a questão da dimensão externa do trabalho aparecendo (“que é ruim quando a gente escuta ‘ah, aquele posto é uma porcaria’, por quê? Porque é do nosso trabalho que as pessoas estão falando”). Mas, focaremos no aspecto dos interesses individuais e coletivos presentes no trabalho em equipe. Nessa fala, E10 coloca que ambos, os interesses individuais e coletivos, devem estar conciliados (“eu deixo de pensar em mim e eu penso também naqueles que estão junto comigo”), destacando a necessidade da cooperação na atividade da equipe.

Dessa forma, devemos distinguir o aspecto cooperativo perpassando na atividade da equipe em um processo grupal, não simplesmente como contrário ao conceito de competição.

O dado mais imediatamente aparente da atividade no processo grupal consiste em que seus integrantes atuam de maneira cooperativa. Esta cooperação não deve ser tomada em sua acepção de oposição a

“competição”, mas no sentido de “operar junto”, “agir conjuntamente”. Assim, em uma primeira análise, a atividade no processo grupal exige e se define pelo concurso da ação de um na ação de outro. (DALLA VECCHIA, 2011, p. 94).

A questão da cooperação é um aspecto que geralmente está presente no discurso sobre a conceituação do trabalho em equipe:

“Eu acho que quando as pessoas entendem que o trabalho é em equipe, [...] cada um faz o seu pedacinho sabendo que aquilo vai contribuir como um todo pro bem do cliente, do paciente, do usuário, é bom. Mas às vezes, mesmo você trabalhando em equipe, tem uns que não trabalham em favor, a favor da equipe, essa é a maior dificuldade” E2.

É muito forte a representação de que o trabalho em equipe consiste em cada um fazer bem o seu “pedacinho” de maneira totalmente fragmentada, mas que existe uma interdependência, pois a dificuldade surge diante da falta de cooperação por parte de alguns, como expressa o discurso de E2, quando remete de um não trabalhar “a favor da equipe”. O trabalho definido por E2 traz a nítida imagem da equipe agrupamento, na qual há a justaposição dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

A coordenadora local ainda enfatiza a necessidade dos membros da equipe “entenderem que o trabalho é em equipe”, ou seja, a concepção sobre o que é trabalho em equipe. Neste sentido, Araújo e Rocha (2007) verificaram em seus estudos que os diferentes conceitos que cada profissional tem do trabalho em equipe dificultam a atuação integrada.

Enquanto E2 remete a justaposição dos profissionais para definir a atividade do trabalho em equipe, E4 apresenta uma posição contrária, a de que ter vários profissionais no mesmo espaço, ou seja, justapostos, não implica em um trabalho em equipe:

“[...] eu penso que o trabalho em equipe não é está um monte de profissional de diferentes áreas agrupadas juntos, porque às vezes é um monte de gente se trombando ali. Então a equipe, trabalho em equipe é aquilo, são vários, diversos profissionais, mas funcionando como uma engrenagem, realmente trabalhando juntos, em harmonia, trabalhando em equipe, porque não é está junto que é equipe. Então é realmente é.. trabalha como uma engrenagem, trabalha como equipe mesmo” E4.

E4 alude à imagem de uma “engrenagem”, provavelmente, para se referir a necessária integração entre os membros da equipe. Entretanto, destaca o aspecto da harmonia, enquanto uma condição para esse trabalho. Como já vimos, a equipe é uma

realidade total, um espaço em que se expressam as contradições presentes nas relações no modo de produção capitalista, mesmo o trabalho em equipe sendo integrado não está isento de qualquer tipo de conflito. Como Araújo e Rocha (2007) enfatizam:

Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe (p. 463).

A desmistificação da equipe ideal é ressaltada por E6:

“Olha eu, na minha formação assim, a gente focou muito sobre o trabalho em equipe. Já tive muito estudo com relação a isso, eu adoro, eu sei que tem muitos, muitas dificuldades de se trabalhar em equipe, tem aquele sonho de equipe ideal, tudo. Mas assim, eu acho que a gente vai construindo isso. Diferente de eu trabalhar com um grupo de pessoas, é diferente de eu pegar e falar que não tem problemas, porque tem, tem problemas na equipe, a gente consegue fazer uma gestão um pouco mais compartilhada com eles e mais participativa” E6.

E6 já reconhece que há muitas “dificuldades de se trabalhar em equipe”, chamando a atenção para a necessidade de se construir esse trabalho. Além disso, cita novamente a questão da formação, como um elemento importante para a realização desse trabalho.

Assim, não tem como falar em trabalho em equipe em uma abordagem interdisciplinar, caso da ESF, sem passar pela formação. Nesse campo, podemos dizer que o primeiro e grande obstáculo que se impõe é o da ordem epistemológica, pois:

A história das ciências é a história de uma divergência contínua e inexorável. Cada disciplina, uma vez emancipada da filosofia, subdivide-se em setores autônomos. Se cada ciência é uma língua bem feita, cada língua assim criada encerra o conhecimento no espaço fechado de uma axiomática sem comunicação com as outras linguagens (JAPIASSU, 1976, p. 94).

Segundo o autor, a filosofia positivista representa o principal dos obstáculos epistemológicos ao conhecimento interdisciplinar, ao passo que sua “estruturação foi marcada pela compartimentação das disciplinas, em nome de uma exigência metodológica

de demarcação de cada objeto particular, constituindo a “propriedade privada” desta ou daquela disciplina”. Assim, o positivismo dividiu os problemas em duas categorias: os científicos e os não científicos (filosóficos) (JAPIASSU, 1976, p. 97).

Saindo do campo epistemológico e adentrando no campo operativo, dentro de uma perspectiva dialética, a interdisciplinaridade é apreendida “como uma necessidade (algo que historicamente se impõe como imperativo) e como problema (algo que se impõe como desafio a ser decifrado)” (FRIGOTTO, 1995, p. 26).

Embora a disciplinarização traga a fragmentação, Follari (1995) insiste na “necessidade do valor do disciplinar prévio como ingrediente necessário de uma interdisciplina rica em determinações. Manter viva a ideia de que a interdisciplina é etapa superior das disciplinas e não negação supostamente superadora delas” (p. 138). Nesse sentido, o autor rebate a ideia da interdisciplinaridade nessa perspectiva possibilitar o conhecimento da totalidade, e assim, teria a inerente capacidade de transformação.

Esse autor ainda salienta a necessidade imperativa de definir os papéis nos grupos de trabalho, ou seja, cada profissão não se extingue da sua especificidade, mas de maneira concomitante, deve estar aberta para sintonizar com outros saberes. Assim, evitam-se “os erros dos que acham que o interdisciplinar é que todos façam de tudo, ou cada um o papel do outro” (FOLLARI, 1995, p. 138).

Geralmente, uma equipe é considerada integrada (“unida”), quando apresenta exatamente essa prática, “todos fazem de tudo”. Na pesquisa, essa questão aparece no discurso de E4:

“Olha, é uma equipe unida mesmo. Assim, tanto as auxiliares de enfermagem, as agentes de saúde, como as auxiliares administrativas; pra você ter uma ideia eu estou sem auxiliar administrativa agora, porque uma se demitiu e a outra tá de licença, as agentes sabe, prontamente “não E4, a gente te ajuda lá, fica tranquila” e assim, assumiram a recepção, que não é fácil. Então é uma equipe assim que ajuda, um ajuda o outro mesmo sabe, em diversas funções porque é um agente de saúde que está assumindo a recepção” E4.

Cabe esclarecer que não é esse tipo de cooperação que caracteriza um trabalho interdisciplinar. Ainda, a depender do tempo dessa situação corre-se o risco da situação caracterizar na intensificação do trabalho dos ACS, que acumulam mais uma função.

Na área da saúde a interdisciplinaridade tem se apresentado como uma possibilidade para alcançar uma assistência integral à saúde. Sua construção “tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, dada a necessidade de superação da fragmentação do conhecimento humano, na busca de uma visão globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 461).

Os espaços e as práticas em equipe

Para a construção do trabalho coletivo/interdisciplinar é necessário a presença de dispositivos e instrumentos organizados na rotina de trabalho da equipe. Nessa pesquisa, identificou-se como um espaço importante, tendo em vista essa finalidade, a reunião de equipe e quanto às práticas, os trabalhos em “grupos” programáticos e o planejamento das atividades da equipe.

É importante destacar que:

Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realizo dentro da especificidade do meu coletivo de pensamento. Por outro lado, sobre determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito no projeto comum de dois coletivos de pensamento e envolve, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Às vezes o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe (SAUPE et al., 2005, p. 531).

Nesse aspecto encontra-se uma das dificuldades de compreensão do trabalho em equipe interdisciplinar sob a modalidade de trabalho coletivo. Como as autoras ressaltam, para caracterizar um trabalho interdisciplinar/coletivo não necessariamente todos devem estar no mesmo momento executando sua parte em determinada atividade, mas ter participado de modo ativo do planejamento das ações.

Ao serem questionadas sobre atividades da equipe realizadas de maneira coletiva, muitas coordenadoras locais apresentaram a visão de que todos devem estar juntos realizando uma parte da atividade:

“Então a gente tem, que eu penso agora que dá pra dizer é o hiperdia⁷⁹- porque o hiperdia, geralmente, é um profissional de referência ou eu [enfermeira], a dentista ou o médico ou a médica, uma residente que nem sempre agora a gente vai ter, mas sempre tem uma residente, sempre tem uma auxiliar de enfermagem e um agente comunitário, só ACD que não entra”E7.

Mesmo a atividade contando com grande parte dos profissionais da equipe ao mesmo tempo, algumas ações são desarticuladas. Como observamos na reunião de equipe de E1. Segue o registro do diário de campo desse momento:

A enfermeira perguntou ao dentista quantos ele atendeu no último Hiperdia; o dentista respondeu que nove. A enfermeira disse que estavam agendados onze, portanto, só faltaram dois, o que é muito bom. Aproveitou para esclarecer como funcionará o Hiperdia durante suas férias, pedirá para uma auxiliar de enfermagem fazer sua parte nas orientações (“a [médica] vê a parte dela, eu vejo a minha e o [dentista] vê a dele, tá sendo muito bom; foi tranquilo X [dentista]?”). O dentista respondeu que sim. A enfermeira pediu para as agentes já irem separando novamente dois casos e irem já convidando para o próximo grupo.

Os grupos programáticos, geralmente, são pontuais e possuem um caráter assistencial, pois os usuários passam por atendimento, e “educativo”, direcionado, sobretudo, para orientações. Entretanto, a desarticulação das ações torna-se evidente quando a coordenadora fala em cada profissional “fazer sua parte”, não se identifica um planejamento conjunto.

Na equipe de E9, essa atividade conta com a participação da coordenadora local (enfermeira) e da médica, e ambas planejam juntas as atividades:

“[...] o planejamento das atividades, como que a gente vai fazer pra atender esse Hiperdia, isso daí a gente faz em conjunto, por exemplo, hoje a gente decidiu, nós estamos com tantos pacientes, como que a gente vai fazer, vamos chamar dez toda semana, você me ajuda, atendemos juntos, então a gente faz junto [...]”.

A questão do grupo de usuários programáticos também foi elencada por E6 como uma atividade coletiva:

“[...] quando têm grupos, a gente procura todos participarem, esse grupo que eu fiz semana passada de gestante teve participação médica, de enfermeira e de dentista, conseqüentemente, dos auxiliares e dos agentes que tem que fazer a busca, os auxiliares que fazem toda a verificação das gestantes antes [...]” E6.

⁷⁹ Grupo de orientação destinado aos usuários programáticos: hipertensos e diabéticos.

Geralmente, esse grupo de gestante, como o Hiperdia, possui um caráter assistencial e educativo. Enquanto E1 destaca a participação de alguns profissionais envolvidos na atividade de maneira isolada dentro da sua especificidade, E9 ressalta o compartilhamento da organização da atividade com a médica e E6 identifica a cooperação de cada profissional na realização da atividade.

Todavia, essas atividades desenvolvidas com um coletivo de usuários, não são caracterizadas como grupo dentro dos pressupostos teóricos adotados neste trabalho, em especial, o processo grupal. Está muito mais direcionada a um agrupamento de coletivos classificado por necessidades de saúde, do que um grupo, com o objetivo de ser mediador entre a particularidade, a singularidade do sujeito e a totalidade da realidade social (ANDALÓ, 2006).

Algumas coordenadoras locais citaram ainda o planejamento anual ou semestral das atividades e a reunião de equipe, como momentos nos quais todos da equipe estão juntos participando.

“Atividade do ano seguinte a gente planeja em comum, por exemplo, o ano passado a gente já planejou o que a gente ia fazer esse ano, lógico que vai mudando, é mutável. Assim a coisa vai acontecendo [e] a gente vai tendo que mudar algumas coisas, alterar, melhorar, não tá legal assim, vamos trocar, vamos fazer diferente. Então tem sempre essa preocupação, tá bom, não tá bom, essa avaliação do nosso trabalho com é que está, mas o próprio planejamento é feito, agora esse ano” E4.

Apesar do planejamento e da avaliação serem aspectos importantíssimos para a construção do trabalho em equipe, a compreensão de um trabalho interdisciplinar não se restringe apenas no compartilhar decisões de atividades a serem desenvolvidas, mas enquanto uma “possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas” (BRASIL, 2001, p. 74).

Diferente do relato de E4, E1 afirma que o planejamento na UBSF A é realizado pelas três coordenadoras locais:

“Esse planejamento a gente, nós três enfermeiras sentamos e organizamos, planejamos pro ano que vem, que no caso que nós estamos fazendo agora, planejando a agenda, planejando as atividades, planejando os grupos, planejando o que vai usar [...] esse momento agora” E1.

Entretanto, as outras duas enfermeiras dessa unidade (E2 e E3) relatassem compartilhar o planejamento com suas equipes. Todavia, o comentário de uma ACS da equipe de E2, durante a reunião de equipe reforça o exposto por E1: *“[Aqui] todo mundo é chefe de todo mundo; eu preferia reunião geral toda semana”*.

O exemplo que mais se aproxima do movimento da coordenação tendo em vista uma prática coletiva/interdisciplinar foi em uma reunião de equipe (a de E5), em que a equipe estava construindo o planejamento das atividades, baseados na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Essa atividade (PES) foi coordenada pelo dentista da equipe, pois ele tinha mais experiência com essa metodologia. A coordenação do planejamento contou com a participação de todos da equipe, à medida que o dentista a suscitava por meio de vários questionamentos: *“O que a gente deseja [com a ação]?”*; *“Triar de que maneira?”*; *“O que se espera com essa triagem?”*; *“Quem vai bancar a implantação?”*; *“Quando vamos reavaliar? Em quanto tempo?”*. Além de explicar o método e estimular a participação da equipe, ele fazia sínteses das discussões para situar o que tinham decidido até o momento; trazia aspectos da realidade concreta da equipe, como a falta de ACS, buscando adequar o planejamento dentro das possibilidades da equipe.

A referida atividade destoou em relação às outras reuniões de equipe. Participamos de outra reunião que também estava realizando o planejamento das atividades anuais (E2), mas era realizado de maneira “solta”, até havia a participação de alguns profissionais, por exemplo, comentaram sobre a necessidade de fazer mais grupos, mas não havia nenhum planejamento concreto de como essas atividades seriam realizadas. Da mesma maneira que a discussão de casos, apresentava-se um caso para discussão, vários profissionais participavam, mas não havia uma síntese, bem como um fechamento.

Desse modo, observamos que as reuniões de equipe têm uma ênfase na prática protocolar centrada em aspectos administrativos e técnicos da organização do trabalho, corroborando com as observações do estudo de Grando e Dall’agnol (2010). Com exceção da reunião da equipe de E5, que diferenciou pelo fato de estarem construindo o planejamento, as demais reuniões, de certo modo, reproduzem as reuniões que são desenvolvidas na coordenação central, focada em informes, com pouco espaço de discussão da prática.

“[...]foi cancelada [a reunião na coordenação central naquele mês]. [...] Tem esse problema, eles marcam, desmarcam [...] ligaram ontem a tardezinha cancelando a reunião de sexta-feira [...] Acho que acabou os informes porque é só informe” E11.

O espaço da reunião deveria representar um dos momentos imprescindíveis à coordenação para a construção do planejamento, desenvolvimento e avaliação da atividade da equipe. No entanto, por trás da prática protocolar das reuniões de equipe nas UBSF encontra-se também uma normativa (protocolo) desenvolvida pela coordenação central para esse momento da equipe. C3 explica o contexto que emergiu a necessidade de tal protocolo:

“[...] A gente tinha uma situação bastante complicada [...] às vezes [o paciente] passava mal, o paciente não entrava na unidade, então a gente teve muita dificuldade em relação à comunidade, em relação ao poder público que questionou muito e a gente ficou até alguns meses sem fazer essa reunião por pressão e também por desorganização de todas as equipes. Essas reuniões [...] eram mais informes, não tinha um trabalho de equipe ou era só usada pra educação continuada. Então esse trabalho de equipe, de planejamento não era realizado [...] [o protocolo é para] ajudar a organiza, ter pauta, a ter participação da comunidade, que os conselheiros possam entender e valorizar esse momento, que as pessoas tenham acesso no caso de urgência e emergência e alguns setores, como os serviços de dispensação de medicamentos. Então que não seja visto pela comunidade também como um momento de descanso e algumas unidades acabou tendo, exagerando um pouco nisso, eu acho que é sempre importante no final de uma reunião ter lá um lanche, pelo menos uma vez por mês valorizando os aniversariantes do mês, mas as coisas extrapolaram um pouquinho e aí a gente tá balizando, pedindo pra encarar o profissionalismo dessa, a importância dessa atividade e que ela possa ser mesmo utilizada como um instrumento de trabalho” C3.

No protocolo consta uma definição da importância da interação dos profissionais da equipe, bem como as finalidades da reunião, dentre elas: garantir espaços de discussões para a equipe, organização do processo de trabalho, planejamento das ações da unidade/equipe, gerenciamento de conflitos, capacitação de profissionais, abertura dos serviços para participação do CONUS, descentralização da tomada de decisão, construção de um projeto assistencial comum e autonomia profissional. Logo em seguida, vêm algumas normas sobre o horário, a construção de pauta, a elaboração de ata, unidades abertas, não realização do apoio matricial nesse momento, participação da comunidade na primeira parte da reunião, entre outros.

É interessante verificar que mesmo o protocolo sistematizando vários aspectos essenciais para a construção de um trabalho em equipe, as questões mais reforçadas pela coordenação central, como observado em uma reunião, são as normas e não as finalidades.

Louzada, Bonaldi e Barros (2010) discutem o problema da normatividade na construção do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade, “[...] procedimentos, protocolos, formas de ação já consolidadas, não levam em conta as especificidades locais ou temporais. Atravessam o enfermeiro, o médico, o administrador, o faxineiro...” (p. 44).

Como os autores salientam a normatividade desconsidera as especificidades de cada equipe/UBSF. Por mais que o protocolo disponha de aspectos positivos, todavia, o foco das próprias orientações é nos aspectos organizativos/administrativos do processo de trabalho.

Com isso, o trabalho de coordenação torna-se mais alienado, pois mesmo o coordenador local conhecendo outras práticas mais participativas e assim, identificando as deficiências da reunião da coordenação central, continua a reproduzir o modelo do nível central. Como exemplo, tem-se o relato de E7, que questionou o tipo de configuração das reuniões da coordenação central, apontando para a necessidade de esse espaço ser diferente, com base no seu contato com uma experiência em outro município:

“[...] algumas coisas assim, que daria pra ser feito em [município da pesquisa] e eu acho que, que não é, eles [profissionais de outro município] são mais, eles sentam mais, conversam mais e organizam mais sabe. Então semanalmente eles têm roda, por exemplo, como se tivesse uma roda da UBSF E, como se fosse uma reunião de equipe nossa, mais, mais, mais despojada assim, não era só, não são só informes e nem é só sobre o processo de trabalho, mas é mais dinâmico, geralmente, tem uma leitura de texto, alguma publicação que aconteceu em algum outro lugar, ou que dá pra gente ser implantado aqui, fora a unidade fechada só pra isso” E7.

Pelo exposto por E7, a coordenadora apresenta outro modelo de reunião de equipe, mas na observação participante da reunião de equipe dessa coordenadora, não verificamos nenhuma diferença em relação ao modelo criticado e nem práticas do modelo almejado. É como se o profissional permanecesse em uma espécie de “zona de conforto”, na qual sempre espera do outro as mudanças identificadas como necessárias. Assim, ter

consciência da ação do outro, não implica em se conscientizar da sua ação, mesmo se tratando da mesma ação - coordenação da reunião de equipe.

Além disso, verifica-se a necessidade de que as discussões das reuniões, em particular, na coordenação central, priorizem outros aspectos para além dos informes envolvendo o processo de trabalho, como a formação e a participação das coordenadoras locais, tendo em vista o desenvolvimento da consciência destas sobre o seu trabalho. No entanto, esses aspectos aparecem no discurso da coordenação central:

“[...] é que a gente tem tentado trabalhar numa gestão participativa, empoderando as equipes, descentralizando o poder de gestão de uma forma que eles participem do processo de planejamento, que eles se responsabilizem pelas ações que eles ajudaram a construir. Então a gente está nesse movimento, de responsabilizar, de trazer consciência, de trazer os processos [...]” C3.

Convém destacar que o *empoderamento* mencionado por C3, assume um sentido totalmente distorcido do seu significado. Se retomar o discurso da mesma coordenadora central sobre o rodízio das coordenadoras locais, conseguimos identificar que o *empoderamento* mencionado, em especial, das coordenadoras locais consiste em aumentar o grau de governabilidade delas, para assim promover as mudanças, verticalmente colocadas pela gestão, para o processo de trabalho.

Aliás, essa tem sido a via da gestão municipal para implantação do modelo da ESF na Atenção Básica do município, focar na mudança do processo de trabalho. Mudança que envolve somente medidas administrativas, extremamente, rígidas e normativas, sem a participação dos profissionais, sobretudo, das coordenadoras locais.

Nesse sentido, a política de saúde do município apresenta-se totalmente discordante da proposição do próprio SUS, que já em sua lei complementar estabelece a construção do sistema de saúde pautada na participação coletiva. Todavia, a distorção desse aspecto mostrada na realidade da nossa pesquisa não é algo peculiar, se considerarmos que tal aspecto continua sendo reforçado em outras políticas federais, como a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, que prioriza como um dos seus princípios a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do sistema público de saúde (BRASIL, 2004).

O papel do coordenador de equipe na perspectiva do processo grupal

Diante do exposto até aqui, é oportuno refletirmos: qual é o papel da coordenação de equipes na Saúde da Família?

Como discutido na revisão teórica, apresentamos o papel do coordenador de grupos. Neste sentido, encontra-se o nosso desafio, em pensar o papel do coordenador de equipes na Saúde da Família dentro dos pressupostos teóricos do processo grupal na Psicologia Sócio-Histórica.

Concordamos com Andaló (2006) quando remete à função de coordenação o papel de problematizar o “naturalizado”, provocar a reflexão, denunciar a contradição, ou seja, ajudar o grupo a pensar e construir seu próprio crescimento. No entanto, para isso a autora ressalta a posição de distanciamento do profissional designado a tal papel, por considerar o “*coordenador/mediador* que, por não estar imerso na situação vivida, consegue ter uma visão de distância que lhe permite captar aspectos mais amplos e profundos” (ANDALÓ, 2006, p. 80).

Apesar da concordância com a autora na proposição sobre o papel do coordenador, chamamos atenção para os casos como o analisado por esse trabalho, a dos coordenadores que são membros da equipe e também conciliam outras atividades com essa. Nesse caso, seria irrealizável desenvolver a coordenação da equipe nessas condições?

Dalla Vecchia (2011) nos aponta uma primeira saída para esse impasse, quando afirma que:

A categoria analítica de mediação é introduzida em nossa proposta como componente da atividade enquanto categoria psicossocial e não como categoria da lógica dialética. Sugerimos sintetizar na categoria mediação os fenômenos estudados pela Dinâmica de Grupo como liderança e pela concepção dos grupos operativos como coordenação, embora partamos de outras premissas. Aqui, não se trata mais que afirmar a possibilidade de realizar mediações como possibilidade posta para todo e qualquer integrante do grupo, visando o nível de desenvolvimento atual e a zona de desenvolvimento próximo na qual o processo grupal atua. Não se descarta a importância de que haja um integrante do grupo investido da função de coordenação, mas buscamos atentar para esta possibilidade e capacidade posta para todos e cada um (p. 97).

Assim, não cabe apenas ao coordenador o papel de mediador das relações, isto é, de problematizar no espaço da equipe as determinações que permeiam a realidade concreta do trabalho, mas a qualquer profissional desta.

A fim de exemplificar essa condição, a de outro profissional da equipe mediar uma situação, apresentam-se os registros da observação participante da reunião de equipe da coordenadora local E8. Nessa ocasião, a auxiliar administrativa problematizou uma determinação da coordenação central passada à coordenadora local, que por sua vez, repassou para a equipe. A determinação em questão caracterizou-se no reforço de uma das normas estabelecidas no protocolo de reunião de equipe, a de que todas as UBSF deveriam deixar os portões da unidade abertos durante o período de reunião de equipe. A auxiliar administrativa fez vários questionamentos sobre essa determinação, dentre os quais se destacam algumas frases:

“[se os portões ficarem abertos] não podemos discutir casos, senão pacientes ouvem”;

“eu acho que vocês, enfermeiras, são a voz da unidade”;

“Acho que eles [coordenação central] têm que ouvir a gente, igual ouve os usuários”;

“Essa reunião [entre coordenadoras locais e centrais] parece que eles só passam ordem para vocês [coordenadora local]”;

“Fico impressionada como essa gente [coordenadores centrais] pensa que é Deus”.

Nesse momento da reunião alguns membros da equipe fizeram comentários, mas para convencer a auxiliar administrativa da impossibilidade de ação nesse contexto. A coordenadora local reforçou: *“[...] não são minhas palavras é da secretaria”* E8. A despeito dos questionamentos sobre o poder da coordenação central e da priorização dos usuários em detrimento dos funcionários, não se percebeu nesse momento pontual nenhum movimento da equipe em direção ao explícito.

A coordenadora local apesar de acolher o desabafo da funcionária, lembrou sua condição também determinada, a de que também “cumpre ordem”. O que se percebe, é que a coordenadora local assume uma posição passiva e, sobretudo, também uma alienação

cômoda, à medida que repassa a responsabilidade para a coordenação central. Embora não observado, mas muito provavelmente, isso deve acontecer com os profissionais da equipe em relação a ela.

Desse modo, não necessariamente é o coordenador o único responsável por fazer os movimentos de mediações nas relações na equipe, o que em si, não garante qualquer movimento de mudança imediata, como mostrado no exemplo acima. Apesar, da auxiliar administrativa colocar explicitamente a situação, toda a equipe se colocou numa posição de conformidade.

Além disso, o exemplo da equipe de E8 também aponta uma das especificidades do trabalho do coordenador de equipe, o de ser mediador entre a coordenação central e os profissionais da equipe. Essa condição até foi mencionada como uma das dificuldades para o trabalho de coordenador da UBSF, pois é apreendida pelo profissional como cobrança de ambos os lados.

Na realidade o coordenador local deveria assumir o papel de mediador entre as políticas municipais de saúde e a produção do cuidado na UBSF. Do mesmo modo que a coordenação central seria a mediadora entre as políticas nacionais/estaduais de saúde e a política municipal. Na perspectiva do processo grupal, não tem como discutirmos a atividade de coordenação descolada dos aspectos políticos, pois esses, necessariamente, permeiam todo o processo de coordenação.

Quanto à mediação da coordenação local entre a perspectiva das políticas de gestão municipal e a produção do cuidado na unidade, Castanheira (1996) ressalta que “essa mediação gerencial complica-se com a presença de tensões internas em cada parte que a gerência está coordenando: a autonomia profissional na esfera do trabalho-fim e as normas organizativas na esfera institucional” (p. 227).

No que diz respeito ao aspecto da autonomia, os relatos envolveram algumas questões organizativas como a infraestrutura, manutenção de equipamentos e a demissão/admissão de funcionários. Por outro lado, uma profissional mencionou ter mais autonomia na UBSF do que em outras áreas da Enfermagem:

“[...] eu acho que eu tenho mais autonomia do que minha função, é, do que minha função em outras áreas teriam” E9.

A profissional relaciona a “autonomia” à área de atuação e não à função de coordenação que desempenha, em decorrência da significação dessa função ser inerente à atuação da Enfermagem na ESF.

Mas, atrelado a essa questão está à significação que o papel do coordenador da UBSF tem para a gestão, especialmente, a concepção do secretário da saúde. A fim de ilustrar essa afirmação, em uma das reuniões observadas entre a coordenação local e central, no final houve a participação do secretário de saúde, que fez um discurso de agradecimento às coordenadoras locais:

“Queria agradecer vocês, essa nossa festinha de final de ano é para agradecer a colaboração durante o ano. Vocês são a representação da secretaria junto às unidades. A gestão do secretario só se executa até as unidades por meio de vocês. Por isso fazer esse agradecimento [...]”.

O coordenador local é compreendido como “meios”, não só num sentido de mediação entre equipe e gestão, mas também numa mediação enquanto instrumento e trabalho (mediação de primeira ordem). Como se a coordenação local servisse como um “instrumento” para a “gestão do secretário”⁸⁰ ao executar a política municipal de saúde. Mencionado de outro modo, é como se as coordenadoras locais não dispusessem de qualquer autonomia em seu trabalho, apenas o necessário para executar as normativas estabelecidas pela gestão.

Ao revermos a metáfora do tabuleiro e a compreensão de que o coordenador local é o agente de mudança do processo de trabalho (é o que tem “governabilidade”), essa análise fica mais evidente. E ainda, como os coordenadores locais apropriam-se dessa significação, repondo tais expectativas:

“[...] Na verdade quando foi pedido pra gente [E1 e E3] vir pra essa unidade foi pedido do prefeito, por ter muitas reclamações. Então assim, a gente, nós viemos e nós mudamos,

⁸⁰Quando menciona no início da frase: “A gestão do secretario...”, é passível a compreensão de que o planejamento das ações na coordenação central seja prioritariamente dele, do secretário de saúde. Assim, emerge uma dúvida: até que ponto as ideias expostas pelas coordenadoras centrais é delas próprias ou do secretario? Infelizmente, não dispomos de mais dados para essa análise.

então algumas pessoas ficaram incomodadas com essa situação [e saíram], e quem ficou teve que se adequar”E1.

Assim, as coordenadoras locais acabam por reproduzir a maneira verticalizada da coordenação central na unidade. Como um efeito dominó, a coordenação central exige que a coordenação local promova as mudanças no processo de trabalho, e essa por sua vez, exige dos funcionários as práticas de mudança.

Por isso, deve-se considerar que a coordenação de equipe implica em algumas condições, diferentes das de um coordenador de um grupo. Por exemplo, o coordenador local possui um papel administrativo/burocrático; tem uma posição institucional; lida com as expectativas da gestão e da equipe ao mesmo tempo. Além disso, tem a própria representação social dessa função.

E9 expõe indiretamente algumas implicações dessas condições para o papel do coordenador, em especial, no momento de compartilhar as ações com a equipe:

“[...] por mais que você queira compartilhar assim, falar assim, ‘olha vamos dividir as atividades e tudo mais’[...]o funcionário de início, ele não enxerga o gerente como alguém que esteja querendo contribuir [...] tem funcionário que já enxerga desde o começo que tá querendo se motivar, mas tem pessoas que enxergam o gerente só como alguém que tá querendo mandar, execute e tal, mas também é a postura de alguns profissionais também, eu acho. Então as pessoas têm conteúdos internos que, que, que trazem de outras experiências, então se é o chefe que tá falando vamos fazer, então você não sabe até que ponto aquilo é realmente porque o grupo tá querendo ou porque você tá direcionando. Então isso leva um tempo pra gente perceber e suscitar pra que eles mesmos falem e não se sintam coagidos ou inibidos de manifestarem a sua opinião, independente que seja contrária a que o gerente esteja falando. Mas ao mesmo tempo o gerente também tem que tá pronto pra ouvir uma coisa dessa, não é todo mundo que tá pronto não, porque também se você for abrir pra que isso for um problema, que você opinar, vai ser uma coisa que vai ser usada contra você, então aí as pessoas não vão opinar mais, eu acho que é importante a gente entender que, quem coordena não coordena sozinho [...]”

A fala de E9 mostra os meandros da coordenação em também fazer parte da equipe, e assim dispor de uma função burocrática e deter o poder como autoridade. Em virtude da própria representação que o coordenador tem como o chefe da equipe, a coordenadora local salienta a dificuldade de reconhecer se a participação dos funcionários é autêntica.

Mesmo sendo difícil, E9 ressalta a participação como fundamental para o processo de coordenação. É interessante observar que a importância atribuída por E9 à participação dos funcionários advém de uma experiência de trabalho, anterior ao período da faculdade. Em outra passagem da sua entrevista, a coordenadora toma consciência da determinação dessa experiência de trabalho para a sua atividade atual⁸¹.

No processo grupal a participação é questão basilar. A participação por meio da comunicação mediando a cooperação entre todos os membros da equipe é fundamental para se pensar o processo de coordenação tendo em vista ao desenvolvimento do trabalho coletivo. E como E9 relata, o coordenador deve ter consciência das implicações do seu poder tanto na participação dos membros da equipe quanto nas suas próprias ações.

Dessa forma, uma das estratégias utilizadas para essa questão, é a circulação do poder no grupo. Como exemplo disso, tem-se a atividade de planejamento da equipe de E5, na qual a coordenação foi assumida pelo dentista. Esse fato demonstra que a coordenação de equipe pode ser exercida por outro profissional, não necessariamente o enfermeiro. Ao invés da coordenação central mudar as coordenadoras locais de unidades, poderia haver um “rodízio” entre profissionais da própria equipe nessa função. Mas, antes disso, é necessário fazer a mediação dos motivos da mudança.

Porém, verificamos como se expressa a forte relação de poder nas relações entre coordenação local e equipe e da coordenação central com ambos. Como lembra Lane (1998, p. 51 *apud* MARTINS, 2003, p. 79) “com o poder que temos, podemos humilhar ou valorizar o outro. Podemos impedir seu crescimento como ser humano, ou contribuir para que tal aconteça. Sabendo como exercê-lo também saberemos respeitar o poder dos outros”.

É esse o caminho indicado para uma mudança nas relações no trabalho em equipe, pois como salienta Guareschi (2007), se as relações que constituem uma organização

⁸¹ “[...] Quando na minha adolescência, tinha dezoito anos eu trabalhei num, eu trabalhei como secretária na XX e lá tem uma dinâmica de trabalho em grupo, de se discutir o caso. Então desde essa época, antes de eu me formar, antes de entrar até pra faculdade, eu já tinha essa noção de.. convivência de outros profissionais pra discuti uma coisa entendeu. Então eu até estava refletindo sobre isso, há um tempo atrás que eu tive que escrever algumas coisas sobre, a minha história tal, aí eu pensei, acho que talvez venha daí porque eu pensei, ‘por que que outras pessoas as vezes não tem essa noção, não sabe nem como’, e aí eu acho que começou dali, de ver aquilo, de ver que ela sentava, eu escrevia as atas, elas sentavam, elas discutiam, elas falavam. Então assim, todos os profissionais se manifestavam, os professores, então tinha toda uma dinâmica e.. daí eu tento trazer isso pra cá, onde as pessoas possam falar, possam se reportar, não precisa ficar tudo preso somente a mim”E9.

grupais são mutáveis e dinâmicas, portanto são passíveis de mudanças “elas [relações] podem, dentro de pouco tempo, ou à medida em que os participantes do grupo adquirirem mais ou menos poder, se transformar, e com isso transformar o grupo” (p. 86).

A verticalização das ações, seja da coordenação local ou da coordenação central, torna-se um obstáculo para a grupalização da equipe, do reconhecimento do poder de cada membro, da construção do trabalho em equipe de modo coletivo/interdisciplinar e, conseqüentemente, na transformação das práticas de saúde, a fim de atender as necessidades de forma integral.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe, sob a perspectiva do trabalho coletivo, consiste na interação/participação cooperativa entre os membros da equipe, mediada pela comunicação, tendo em vista a construção da sua atividade (projeto terapêutico/assistencial comum), ou seja, a atividade da equipe de saúde compreende a inter-relação das ações/conhecimentos de cada profissão na produção do cuidado à saúde, de maneira integral e resolutiva. Assim, a coordenação é essencial para o trabalho em equipe.

Desse modo, o foco deste trabalho foi o processo de coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tanto no nível local - Unidades Básicas com Saúde da Família (UBSF) – como no nível central - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a fim de identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo.

Primeiramente, a ênfase do coordenar apropriado como gerenciar está estritamente relacionada à categoria profissional que assume a função de coordenação de equipe, a Enfermagem. Pela própria construção histórica da atividade da profissão, sua formação profissional contempla os aspectos da administração e gerência dos serviços de saúde.

Mas, a atividade de gerenciar desempenhada como sinônimo de controlar, especialmente, os aspectos organizativos/administrativos dos processos de trabalho das equipes nas UBSF, relaciona-se, sobretudo, ao modelo político da gestão municipal e “ausência”⁸² de formação.

Assim, a formação e a política de gestão configuraram-se nos aspectos determinantes na significação apropriada, pela maioria das coordenadoras locais, da atividade de coordenação, a de que essa atividade faz parte da atuação da Enfermagem na ESF.

⁸² Contraditoriamente todas as participantes possuem pós-graduação, sendo a da maioria na área da Saúde Pública e/ou Saúde da Família, tendo algumas com dois e/ou três cursos.

De acordo com a PNAB, a Enfermagem é responsável direta pela coordenação das atividades dos ACS e da equipe de enfermagem. Porém, no discurso da coordenação (local e central) as enfermeiras assumem a coordenação de toda a equipe. Mas, de modo contraditório, pelo próprio caráter de controle assumido pelas ações da coordenação, em algumas análises observa-se a atuação da coordenação local restrita aos ACS e auxiliares de enfermagem (e demais profissionais auxiliares), como exemplo, na avaliação funcional.

Nesse aspecto, encontra-se um dos desafios para a reflexão do papel da coordenação nas equipes de Saúde da Família: o papel institucional/burocrático que o coordenador da equipe desempenha. Diferente do coordenador de um grupo, o qual possui uma visão de distanciamento da realidade vivida por este, o nosso coordenador de equipe, necessariamente, está submerso na mesma realidade.

Essa condição de trabalho ocasiona em algumas implicações para a atuação da coordenação local, mas, todavia, não inviabiliza a discussão do papel da coordenação, tendo em vista o desenvolvimento do trabalho coletivo/interdisciplinar.

Antes de tudo, convém assinalar que estamos longe da pretensão de esgotar essa questão com qualquer tipo de apontamento. Interessa-nos atentar para os desafios contidos no trabalho em equipe sob o enfoque coletivo/interdisciplinar e a necessidade de pensar no papel do profissional responsável por coordenar a equipe nessa direção. Diante disso, será que é o coordenador o responsável por efetivar as mudanças propostas pelo modelo da ESF? Ou ainda, o responsável por garantir a produtividade da equipe?

Neste sentido, a coordenação no nível central desempenha um papel imperativo, à medida que condiciona as ações da coordenação local ao cumprimento de normas (para a mudança do processo de trabalho) e metas de produção. O coordenador local na percepção da coordenação central é o responsável direto para promover as propostas de mudanças almejadas para o trabalho da saúde na Atenção Básica.

Vale destacar que essa compreensão está inserida no modo de atuação da própria coordenação central, o qual é totalmente verticalizado, ou seja, as propostas para o trabalho na saúde não contam com a participação dos trabalhadores da área.

A proposta desse trabalho, analisar o trabalho dos coordenadores na perspectiva do processo grupal, entende que o papel da coordenação é o de mediação. Porém, cabe esclarecer, a mediação referida não consiste em atender a produtividade (quantificável) cobrada pela coordenação central, e muito menos, repor a representação do gestor de saúde, cujo coordenador adquire o sentido de “meios” para a execução da política de saúde nas unidades. Assim, faz-se necessário explicitar nossa concepção de mediação, definida por Andaló (2006):

As mediações são processos facilitadores, que possibilitam ao indivíduo apreender o mundo que o cerca em seus significados. Elas têm um papel fundamental na constituição do sujeito humano, pois possibilitam a internalização de categorias que aparecem entre as pessoas, num nível interpsicológico, para depois tornarem intrapsicológicas. As mediações permitem a apropriação de novos significados, com os quais os sujeitos reorganizam suas ações e sua vida (p. 30).

Dessa forma, o coordenador de equipe exerce a mediação em dois sentidos: nas relações (da) e entre a equipe e da equipe com a gestão, sendo específico do seu papel apenas o segundo sentido, já que qualquer profissional da equipe pode fazer a mediação intragrupal e intergrupar, isto é, a mediação na equipe e entre equipes, a fim de contribuir para a apropriação dos membros da equipe sobre seu trabalho. Vimos dois exemplos em nosso estudo (a auxiliar administrativa da equipe de E8 e o dentista da equipe de E5), que outros profissionais da equipe assumiram a função da mediação em algum momento do trabalho, seja para questionar uma ordem verticalmente determinada pela coordenação central ou na coordenação de uma atividade de planejamento.

Esses casos mostram a possibilidade de outros profissionais da equipe de também desempenhar a atividade de coordenação. Contudo, há uma naturalização dessa atividade como uma prática da Enfermagem, afastando a probabilidade de outra categoria profissional, vir a assumir essa atividade no município. Com isso, reforça-se a atribuição do poder a determinada categoria profissional em detrimento das habilidades e interesses profissionais, além de inviabilizar a circulação do poder, imprescindível para a construção de um espaço de trabalho democrático.

As condições impostas pelo próprio modo de produção capitalista, bem como as políticas de gestão perpassando diretamente pelo trabalho dos coordenadores locais,

dificultam o desenvolvimento da consciência dessas profissionais sobre sua atividade de trabalho, e, conseqüentemente, na visualização das potencialidades, mesmo que limitadas, e exploração dos espaços em equipe para a construção de um trabalho realmente em equipe.

Assim, mesmo tratando de uma função institucionalizada, caberia ao coordenador planejar o espaço coletivo, a fim de garantir a participação dos membros da equipe rumo a sua grupalização e, assim, propiciar a construção e fortalecimento da sua identidade. Para isso, é necessário um tempo sistematizado para a atividade de coordenação da equipe, não tem como essa acontecer entre um atendimento e outro. Portanto, verifica-se a necessidade de tal atividade ser priorizada tanto no processo de trabalho das UBSF como, em particular, nas políticas de saúde municipal.

Observa-se a posição secundária que as atividades de coordenação de equipe assumem no cotidiano do trabalho, em virtude da organização do processo de trabalho priorizar os atendimentos individuais de cunho curativo.

Mesmo assim, algumas profissionais compreendem alguns aspectos dos processos grupais presentes no trabalho da equipe. Dessa forma, sinalizamos para a necessidade de discutir uma formação específica, que considere outras possibilidades teórico-metodológicas para o desenvolvimento do trabalho de coordenação, seja na Enfermagem ou outras áreas que venham a desempenhar tal papel, dentre elas o processo grupal.

Portanto, não se trata de uma mera questão terminológica, gerenciar ou coordenar, mas da concepção teórico-metodológica, na qual está fundamentada a atividade de coordenação. No caso do processo grupal, a dimensão política e a formação técnica caminham juntas durante todo o processo, da mesma maneira, que as categorias atividade e consciência.

O desconhecimento das coordenadoras locais em relação à diferenciação do que é atribuição da política municipal e da política nacional na organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, prejudicam a tomada de consciência do que é realmente sua atividade, aceitando passivamente as condições impostas para o seu trabalho, bem como o

próprio desenvolvimento da consciência dos profissionais da equipe em relação as suas ações de trabalho.

Além disso, as mediações da coordenação devem ter em vista o desenvolvimento do nível de desenvolvimento atual para o nível de desenvolvimento potencial da atividade da equipe; é nesse aspecto que atua o processo grupal (DALLA VECCHIA, 2011; MARTINS, 2002).

Ao falar de desenvolvimento prospectivo da equipe, não podemos excluir a questão da aprendizagem. Martins (2002) reflete sobre a atividade grupal e a educação no espaço escolar, no qual podemos trazer para a área da saúde. A autora utiliza dos pressupostos do processo grupal articulados aos conceitos da educação, especificamente, do de desenvolvimento potencial de Vigostki. Mas para isso a autora sinaliza que a atividade grupal requer planejamento, preparação individual e coletiva, no nosso caso, dos coordenadores e demais profissionais envolvidos.

Discutir o processo de coordenação é imprescindível, pois a construção das propostas para o trabalho em equipe coletivo/interdisciplinar, necessariamente, perpassa por essa atividade, sendo necessário ainda ser explicitamente designada nas políticas de Atenção Básica, a fim de garantir o planejamento destas pelas gestões municipais.

Esse estudo propiciou levantar alguns apontamentos dignos de serem aprofundados em outras pesquisas, como: a gerência nos moldes taylorista é uma característica específica da profissão de Enfermagem ou da gestão municipal; e separar as atividades de assistência e gerência na UBSF implicaria em uma priorização das ações de coordenação, consequentemente, em um trabalho em equipe integrado.

Por fim, conclui-se que os processos de coordenação trazem impactos para o modo de organização do trabalho em equipe na Saúde da Família, à medida que priorizam a mudança do processo de trabalho de modo normativo e verticalizado em detrimento da participação e criatividade, potenciais, do trabalho em equipe.

Espera-se que os dados dessa pesquisa contribuam para a reflexão sobre o papel da coordenação de equipes de saúde, em particular na Estratégia de Saúde da Família, e que ampliem a discussão sobre o processo de trabalho em equipe na Atenção Primária. Além

disso, é importante ressaltar o campo de possibilidades que o trabalho com o processo grupal pode abrir no cotidiano das práticas em saúde.

Referências

7. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. Cap. 7, p. 129-140.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Ciênc. Profis**, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.
- AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 6, p. 171-188.
- ALBORNOZ, S. **O que é Trabalho?** 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. (Coleção Primeiros Passos, 171).
- 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 – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n.9, p. 150-153, 2001.
- ANDALÓ, C. **Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural**. São Paulo: Ágora, 2006.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 5, p. 783-836.
- ANTUNES, R. Fordismo, toyotismo e acumulação flexível. In: _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1994a. Cap. 1, p. 21-46.
- ANTUNES, R. Dimensões da crise contemporânea do sindicalismo: impasses e desafios. In: _____. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1994b. Cap. 3, p. 65-80.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 2, p.455-464, 2007.
- ARAÚJO, M. F. S.; VERAS, K. F. O. Processo e precarização do trabalho no Programa de Saúde da Família. **CAOS – Rev. Eletrôn., Ciênc., Soc.**, n. 14, Set., p 41-56, 2009.
- BACH, R. **Fernão Capelo Gaivota**. São Paulo: Círculo do Livro, 1970.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.2, n.2, p. 139-154, 1998.

BEZ, A. C.; CARNEIRO, G. **Que mundo estamos construindo?** Escola de Formação Básica. Multiplicadora da Economia Solidária. Curitiba: CEFURIA, 2006. (Caderno 5, Série “História Social do Trabalho”). Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha5economiasolidaria.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

BEZERRA, G. S.; SALES, T. R. R. L.; VIANA, J. M. **A equipe de saúde da família na busca pelo trabalho coletivo.** sd. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-equipe-de-saude-da-familia-na-busca-pelo-trabalho-coletivo/29129/>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BONALDI, C.; GOMES, R. S.; LOUZADA, A. P. F.; PINHEIRO, R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 53-76.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. H. O Mundo do Trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: ARTMED, 2004. Cap.1, p. 1-60.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, Trabalho e Cuidado. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. C. C. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações.** Petrópolis: Vozes, 1995. Cap. 8, p. 139-151.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 1591, de 09 de outubro de 1997.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e da outras providências. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e da outras providências. Brasília, 1998.

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 Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006**. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estruturas física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Os grupos na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Cap. 7, p. 105-116. (Cadernos HumanizaSUS, v. 2). (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS e ESF BRASIL - 2001 - Agosto 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg>. Acesso em: 8 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – Agosto 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_populacao.jpg>. Acesso em: 8 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da Cobertura da ESF - Agosto 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 9 out. 2011.

BRASIL. Histórico da Cobertura da ESF - Agosto 2011. Departamento de Atenção Básica – DAB, **Ministério da Saúde**, 2011d. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 09 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/requalificacao_unidade_basica.php>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. CONASEMS. **Questionário do Programa de Requalificação das UBS foi prorrogado até o dia 30 de junho** [Notícia]. 2011f. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/noticias/1801-questionario-do-programa-de-requalificacao-das-ubs-foi-prorrogado-ate-o-dia-30-de-junho>>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Projeto de Terapia Comunitária na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011g. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php>. Acesso em: 9 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília: Ministério da Saúde, 2011h.

BRAVERMAN, H. Trabalho e força de trabalho. In: _____. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011a. Cap. 1, p. 49-60.

BRAVERMAN, H. As origens da gerência. In: _____. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011b. Cap. 2, p. 61-69.

BRAVERMAN, H. Gerência Científica. In: _____. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011c. Cap. 4, p. 82-111.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R. H. F.; GUEDES, M. C. Sílvia Tatiana Maurer Lane (1933-2006) e a ética do conhecimento. **Memorandum**, v. 10, p. 157-161, 2006. Disponível em:

<<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/camposguedes01.htm>>. Acesso em: 9 out. 2011.

CARCANHOLO, R. A. A categoria marxista de trabalho produtivo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 12, 2007, São Paulo. **Anais**. São Paulo: SEP, 2007. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigo/2_congresso/___709_743a72674ceb47c194c10822a2e64d1f>.pdf. Acesso em: 28 abr. 2011.

CARLOS, S. A. O processo grupal. In: JACQUES, M. G. C.; STREY, M. N.; BERNARDES, M. G.; GUARESCHI, P. A.; CARLOS, S. A.; FONSECA, T. M. G. **Psicologia social contemporânea**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 199-206.

CARONE, I. O papel de Sílvia Lane na mudança da Psicologia Social no Brasil. **Psicol. Soc.**, v. 19, ed., esp., p. 62-66, 2007.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 5, p. 137-170.

CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap. 11, p. 222-233.

CASTANHEIRA, E. R.; DALBEN, I.; ALMEIDA, M. A. S.; PUTTINI, R. F.; PATRÍCIO, K. P.; MACHADO, D. F.; JÚNIOR, A. L. C.; NEMES, M. I. B. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde Soc.**, v. 18, supl. 2, p. 84-88, 2009.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p.261-280.

CECCIM, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Col.**, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999.

CHAUÍ, M. S. **O que é ideologia**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984. (Coleção Primeiros Passos).

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. 143-147, 2000.

CIAPOLLA, F. P. Trabalho em equipe como forma da subsunção real. **Est. Econ.**, v. 35, n. 1, p. 203-232, 2005.

CODO, W. O fazer e a consciência. In: _____. LANE, S. T. M.; CODO, W (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004. Pt. 2, p. 48-57. (Texto original publicado em 1984).

COMBINATO, D. S. **Cuidados no final da vida**: análise do processo de trabalho na Atenção Primária. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

COSTA, N. R. Desenvolvimento das políticas de saúde pública. In: _____. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. Cap. 1, p. 19-32.

DALLA VECCHIA, M. Resenha: uma importante contribuição para o processo grupal na abordagem da Teoria Histórico-Cultural. **Psicol. Soc.**, v. 19, ed. esp., p. 109-111, 2007.

DALLA VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

DALLA VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface, Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009.

DELATORRE, T. **A compreensão da equipe de saúde da família sobre o processo gerencial do enfermeiro**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina na Sociedade de Classes. In: _____. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. Cap. 2, p. 29-74.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Cad. Cedes**, vol. 24, n.62, p. 44-63, 2004.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Global, 1990. (Texto original publicado em 1896).

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev. ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FEUERWERKER, L.C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Rev. Olho Mágico**, v. 5, n.18, 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2008.

FINE, B. Cooperação. In: BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001a. p. 80-81.

FINE, B. Trabalho produtivo e improdutivo. In: BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001b. p. 386.

- FOLLARI, R. A. Interdisciplinaridade e dialética: sobre um mal-entendido. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 127-158.
- FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005. Cap. 5, p. 79-98. (Texto original publicado em 1979).
- FRANCO, T. B. **As Organizações sociais e o SUS**. 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organiza%E7%F5es_sociais_e_o_sus.htm>. Acesso em: 1 ago. 2011.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: Contradições e novos desafios. Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/Psf>>. Acesso em: 23 ago. 2008.
- FREITAS, M. T. A. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. In: FREITAS, M. T.; SOUZA, S. J.; KRAMER, S. (Orgs.). **Ciências humanas e pesquisa**: leituras de Mikhail Bakhtin. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 26-38 (Coleção questões da nossa época, 107).
- FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 25-50.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p.490-498, 2005.
- GOMES, R.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 107-118.
- GOMES, R.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B de.; MATTOS, R. A (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010. p. 19-36.
- GONÇALVES, M. G. M. Fundamentos metodológicos da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs). **Psicologia sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001. Cap. 6, p. 113-128.

- GONÇALVES, M. G. M. O método da pesquisa materialista histórico e dialético. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (Orgs). **Psicologia social: método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. 5, p. 86-104.
- GRANDO, M.K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.
- GUARESCHI, P. A. Relações comunitárias – Relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. F. **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 81-99.
- TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNANDES, J. D.; SORDI, M. R. L. Enfermagem. In: HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I. M.; GIOLO, J.; SILVA, L. B. (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
- HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.
- HOUASSIS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss de Lexiografia, 2001.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf>. Acesso em: 8 out. 2011.
- JAPIASSU, H. Domínio do Interdisciplinar. In: _____. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Pt. 1, p. 38-113.
- KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- KELL, M. C. G.; SCHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc., Saúde Colet.**, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, 2010.
- KNAPIK, M. C. **O trabalho humano: das sociedades comunais ao modo de produção feudal**. Escola de Formação Básica. Multiplicadora da Economia Solidária. 2. ed. Curitiba: TALHER PARANÁ, SINDIPETRO (PR/SC), AEC, 2005. (Caderno 2, Série “História Social do Trabalho”). Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha2trabalhohumano.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.
- KONDER, L. **O que é dialética?** 28. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998. (Coleção Primeiros Passos). (Texto original publicado em 1981).
- LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004a. Pt. 1, p. 10-19. (Texto original publicado em 1984).

- LANE, S. T. M. Avanços da Psicologia Social na América Latina. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Orgs.). **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006. p. 67-82.
- LANE, S. T. M. Consciência/alienação: a ideologia no nível individual. In: LANE, S. T. M.; CODO, W (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004b. Pt. 2, p. 40-47. (Texto original publicado em 1984).
- LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004c. Pt. 3, p. 78-98. (Texto original publicado em 1984).
- LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. 20. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. (Coleção Primeiros Passos). (Texto original publicado em 1981).
- LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. Ciênc. Profis.**, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.
- LEONTIEV, A. Aparecimento da consciência humana. In:____. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004a. Cap 2, p. 75-87. (Texto original publicado em 1964).
- LEONTIEV, A. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência. In:____. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004b. p. 95-152. (Texto original publicado em 1959).
- LEONTIEV, A. O Homem e a Cultura. In:____. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004c. p. 277-303. (Texto original publicado em 1959).
- LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.
- LODI, D. L. P.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. **Bol. Saúde**, v. 17, n.2, p. 67-79, 2003.
- LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B de.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010. p. 37-52.
- MARTÍN-BARÓ, I. El grupo humano. In:____. **Sistema, grupo y poder: psicologia social desde centroamérica II**. San Salvador: UCA, 1989. Cap. 3, p. 189-228.
- MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o Materialismo Histórico Dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. GT: **Filosofia da Educação**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT17-2042--Int.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

MARTINS, S. T. F. Educação científica e atividade grupal na perspectiva sócio-histórica. **Ciênc. Educ.**, v. 8, n. 2, p. 227-235, 2002.

MARTINS, S. T. F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs). **Psicologia social: método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. 8, p. 139-154.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baro. **Psicol. Soc.**, v. 15, n. 1, p. 201-217, 2003.

MARTINS, S. T. F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre *fazer, pensar e sentir* em Sílvia Lane. **Psicol. Soc.**, v. 19, ed. esp., p.76-80, 2007.

MARX, K. Introdução [à Crítica da Economia Política]. **Para a crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978a. p. 103-125. (Texto original publicado em 1859).

MARX, K. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. In: _____. **Marx**. [Seleção de textos de José Arthur Giannotti]. São Paulo: Abril Cultural, 1978b. p.323-404. (Texto original publicado em 1852).

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: _____. **O Capital: crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo: Difel, 1982a. v. 1, cap. 5, p. 201-223. (Texto original publicado em 1867).

MARX, K. Cooperação. In: _____. **O Capital: crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo: Difel, 1982b. v. 1, Cap. 11, p. 370-385. (Texto original publicado em 1867).

MARX, K. Prefácio. In: _____. **Contribuição à crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 23-29. (Texto original publicado em 1859).

MARX, K. O trabalho alienado. In: _____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Avante, 1993. p. 157-172. (Texto original publicado em 1844).

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. Entrevista – **O SUS e a Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/entrevista1.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde:** debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. sd. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

MINAYO, M. C. S. Correntes de Pensamento. In: _____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 2007a. Cap. 4, p. 81-142.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise de material qualitativo. In: _____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 2007b. Cap. 11, p. 303-360.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, D. B.; LEAL, M. L.; MEDEIROS, M.; NUNES, F. C. As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. **Rev. Eletrôn., Enferm.**, v. 09, n. 1, p. 229-241, 2007.

MUNARI, D. B.; FERNANDES, C. N. S. Coordenar Grupos: reflexão à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 26-32, 2004.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 31, n. 2, p. 237-50, 1997.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. Cap. 3, p. 51-66. (Coleção Temas Sociais).

NOBESCHI, L.; NOGUEIRA, V. F.; BENEDITO, A.; LEITE, A. A. L.; MORAIS, C. B.; SILVA, C. M.; MUNHOZ, E.; SILVA, F. L.; ROCHA, R. S.; NETO, J. F. Percepção do conhecimento dos concluintes de enfermagem sobre liderança de equipes multiprofissionais em Estratégia Saúde da Família. **Ens., Ciênc.**, v. 15, n. 1, p. 171-185, 2011.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (Orgs). **Psicologia social:** método histórico-social na psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. 2, p. 25-51.

OLIVEIRA, C. R. **História do trabalho.** São Paulo: Editora Ática, 1987. (Série Princípios).

OLIVEIRA, M.G.M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. In: QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M. G. M. **Um toque de Clássicos:** Marx, Durkheim e Weber. 2. ed. rev. ampl., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 159 p.

- PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006.
- PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.
- PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia: **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 269-276. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2010.
- PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Rev. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap. 12, p. 235-250.
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).
- PIRES, D. A institucionalização da enfermagem. In: _____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989. Cap. 4, p.106-143. (Saúde & Sociedade, 14).
- PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. **Saúde e desenvolvimento**: a agenda do pós-guerra. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (Orgs.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Cap. 5, p. 153-180. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2011.
- RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-56.
- REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.
- RIBEIRO, A. F.; REZENDE, P. M.; SANTOS, S. M. R.; COSTA, D. M. N.; A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. **Rev. APS**, v. 11, n.2, p. 136-144, 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, S. F. R. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

RIZZOTTO, M. L. F. **O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q.; MELLO, L. K. A. Enfermeiro coordenadores de equipe no Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 229-233, 2009.

ROREHS. Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil**. Relatório final, novembro 2006. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/IMS-UERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf>. Acesso em: 7 de jun. 2011.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Bol. Saúde**, v. 18, n. 1; p. 87-98, 2004.

SAIDON, O. I. O grupo operativo de Pichon-Rivière – guia terminológico para construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: BAREMBLITT, G. (Org.). **Grupos: teoria e técnica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

SANTOS, M. R. Atribuições legais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: dificuldades e facilidades. **Bol. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 37-40, 2003.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

SAWAIA, B.; GUEDES, M. C.; CIAMPA, A. C.; ANTUNES, M. A. Uma Psicologia para transformar a sociedade. [Entrevista com Silvia Lane]. **PSI – Jornal – Diálogos**, v. 18, n. 122, 2000. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/122/frames/fr_dialogos.aspx>. Acesso em: 10 out. 2011.

SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSELMI, M. L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 59-63, 1993.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O Trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p. 25-38, set. 2004/fev 2005.

SILVA, L. B. C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In: OLIVEIRA, V. B.; YAMAMOTO, K (Orgs). **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campos: UNESP, 2003. Cap. 3, p. 73-88.

SOUZA, A. I.; MARCHI, L.; MACHADO, M.I. **O trabalho no capitalismo: alienação e desumanização**. Escola de Formação Básica. Multiplicadora da Economia Solidária. Curitiba: CEFURIA, 2006. (Caderno 3, Série “História Social do Trabalho”). Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha3trabcapital.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

SOUZA, A.I.; CARNEIRO, G. **As utopias em torno do trabalho: liberdade e criação**. Escola de Formação Básica. Multiplicadora da Economia Solidária. Curitiba: CEFURIA, 2006. (Caderno 4, Série “História Social do Trabalho”). Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha4utopiastrabalho.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

FARESJO, T. Interprofessional education – to break boundaries and build bridges. **Rural Remote Health**, v. 6 n. 3, p. 602-605, 2006.

TOZONI-REIS, J. R. Ação coletiva na produção dos conhecimentos: compreendendo o processo grupal. In: TOZONI-REIS, M. F. C (Org.). **A pesquisa-ação-participativa em educação ambiental: reflexões teóricas**. São Paulo: Annablume, 2007, p. 83-119.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 16, p. 531-562.

VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, A. C. P.; AMÂNCIO FILHO, A. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A. F. do R. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 183-202.

VIGOTSKI, L. S. Problemas de Método. In: _____. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Cap. 5, p.78-99. (Texto original publicado em 1931).

VIGOTSKI, L. S. O problema e o método de investigação. In:_____. **A construção do pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2000a. Cap. 1, p. 1-18. (Texto original publicado em 1934).

VIGOTSKI, L. S. Pensamento e palavra. In:_____. **A construção do pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2000b. Cap. 7, p. 395-486. (Texto original publicado em 1934).

ZANELLA, A. V.; PEREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estud. Psicol.**, v. 6, n. 1, p. 105-114, 2001.

Apêndices

8. APÊNDICES

Apêndice I – Roteiro de entrevista com coordenadores na UBSF local

Nome (iniciais):

Data de nascimento:

Estado Civil:

Formação:

1) Quando e onde se formou?

2) Possui alguma pós-graduação? Em quê?

3) Há quanto tempo trabalha na Saúde da Família? E nesta unidade?

4) Há quanto tempo está na mesma equipe? (verificar índice de rotatividade, afastamentos)⁸³

5) Qual o vínculo de trabalho dos profissionais? (CLT, estatutário ou outros)

6) Quais as atividades que você desenvolve aqui na unidade? (rotina do trabalho, trabalhos intersetoriais)

7) Como é a rotina da unidade? (horário de trabalho, atividades desenvolvidas, visitas domiciliares, reuniões da equipe, atividades de educação, entre outras).

8) Como está organizado o processo de trabalho da unidade? (responsabilidades de cada profissional, bem como as atividades realizadas em comum)

9) Como ocorre o planejamento dessas atividades? (utilizam alguma metodologia específica)

10) Existe algum tipo de avaliação das atividades desenvolvidas pela equipe? Como é feita?

11) Em relação à atividade de coordenação da equipe, como foi atribuída essa função? (quem atribuiu?, quando?, teve treinamento?). Recebe algum tipo de incentivo financeiro para desempenhá-la? (quanto?)

12) Quais são suas atividades/atitudes como coordenador da equipe? (delegação de tarefas; coordenação nas reuniões de equipe, estratégias utilizadas para promover a integração da equipe, mediação com outras equipes e serviços de saúde, entre outras)

13) Quais as facilidades e dificuldades desse trabalho? (ao que atribui esses aspectos facilitadores e dificultadores?)

14) Em que momento da graduação você teve essa formação?

⁸³ Os conteúdos entre parênteses nas questões são aspectos a serem abordados pela resposta e/ou desdobramentos a serem explorados, a fim de obter uma melhor compreensão.

- 15) De que maneira sua graduação e/ou pós-graduação contribui para o trabalho de coordenador da equipe?
- 16) O município oferece algum suporte, como supervisão, educação permanente, para o trabalho de coordenador da equipe? (se sim, como é esse suporte, apoio? se não, você acha que deveria ter esse tipo de suporte, e em sua opinião, como deveria ser?)
- 17) Como é o trabalho nessa equipe? (é uma equipe integrada ou não? existem conflitos? o que influencia para que o trabalho seja assim? o que tem feito para promover o trabalho em equipe diante dessas condições? existe algum protocolo utilizado para desenvolver esse tipo de trabalho?)
- 18) Qual a sua opinião sobre o trabalho em equipe? (como deveria ser o trabalho em equipe?)
- 19) Como é a relação dessa equipe de Saúde da Família com as outras equipes e serviços de saúde (equipe de saúde mental, CEREST, CAPS, entre outros)? (como ocorre o matriciamento?; os trabalhos intersetoriais?)
- 20) Como você avalia o seu trabalho de coordenador?
- 21) Como você avalia sua relação com a equipe de maneira geral?(tem algum conflito? refere-se a quê?)
- 22) Se você pudesse escolher, você continuaria exercendo essa função? Por quê?
- 23) Se você tivesse total autonomia na organização do trabalho aqui na UBSF, o que manteria e o que mudaria? (ressaltar aspectos positivos e negativos do processo de trabalho).

Apêndice II – Roteiro de entrevista com coordenadores na SMS (nível central)

Nome (iniciais):

Data de nascimento:

Estado Civil:

Formação:

1) Quando e onde se formou?

2) Possui alguma pós-graduação? Em quê?

3) Há quanto tempo trabalha na área da saúde? E como Coordenador da ESF (ou secretário (a) de saúde)?

4) Quais as atividades que você desenvolve nessa função?

5) Utiliza algum modelo para a gestão dos serviços de saúde?

6) Como estão organizados os serviços de saúde no município? (quais os serviços disponíveis e o fluxograma dos atendimentos na rede?)

7) Como são realizados o planejamento e a avaliação das atividades desenvolvidas na ESF?

8) Existe alguma reunião entre a coordenação, o secretário de saúde e os responsáveis pelas Unidades Saúde da Família? Com que frequência? Com qual objetivo?

9) O município oferece ou apóia algum tipo de atividade de educação aos profissionais da Estratégia Saúde da Família? (de quê forma?)

10) Você já participou ou participa de algum trabalho de educação permanente fornecido pelo município?

11) De que forma o município auxilia os coordenadores das UBSF locais nessa atividade de coordenação das equipes? (oferece supervisão aos coordenadores?; educação permanente?; quem é o responsável por essas ações?)

12) Como é o trabalho das equipes de saúde do município? E das equipes da ESF? (observa alguma diferença significativa entre uma equipe e outra?; ao que atribui essa diferença?; e como avalia relação de matriciamento?)

13) Qual a sua opinião sobre o trabalho em equipe? (como deveria ser o trabalho em equipe?)

14) Como você avalia o seu trabalho de coordenador? (no que contribui para o desenvolvimento das equipes?)

15) Quais são as facilidades e dificuldades nesse trabalho?

16) Qual é a situação atual de saúde da população da cidade? (principais desafios)

17) Como você avalia a atuação da Estratégia Saúde da Família frente aos problemas de saúde da população? (a ESF aumentou o grau de resolubilidade dos problemas de saúde?, existe algum estudo nesse sentido?)

18) Como avalia o apoio do município (recursos físicos, materiais, financeiros, educacionais) para atuação do profissional na ESF frente a esses desafios?

Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convido Vossa Senhoria a participar do projeto “*O papel da coordenação no desenvolvimento do processo grupal e do trabalho coletivo nas equipes de Saúde da Família*”⁸⁴, a ser desenvolvido por Rosimeire Aparecida Manoel, aluna regular do mestrado no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção primária vem demonstrando, ao longo dos seus dezesseis anos de existência, sua consolidação através de seu crescimento significativo no cenário nacional. Esse modelo de assistência tem focado no trabalho em equipes multidisciplinares para atender de forma integral e contínua o indivíduo e a família, desenvolvendo ações de promoção, proteção, cura e recuperação da saúde.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é descrever e analisar como ocorre a coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), tanto no nível local - Unidades Saúde da Família (UBSF) – como no nível central - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo em vista identificar os impactos de suas ações para constituição de um trabalho em equipe dentro de uma perspectiva de trabalho coletivo.

Essa pesquisa visa contribuir tanto para aumentar a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados na atenção primária, como para a formação dos profissionais que desempenham tais funções.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista individual que será gravada. A duração da entrevista será em média de 1h30min. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto, comprometendo a destruí-las após a conclusão do trabalho. É garantido o sigilo das informações, assegurando a privacidade quanto aos seus dados confidenciais.

Sua participação é voluntária e, mesmo que decida participar, poderá interromper a entrevista a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Esse termo será emitido em duas vias, das quais uma ficará com você e outra com a responsável pela pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, a responsável pela pesquisa está disponível para prestar todos os esclarecimentos necessários⁸⁵. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (14) 3811-6143.

Assim, eu _____

RG nº _____ concordo em participar da pesquisa “*O papel da coordenação no desenvolvimento do processo grupal e do trabalho coletivo nas equipes de*

⁸⁴ Houve mudança no título da pesquisa após sugestões da banca de qualificação.

⁸⁵ Rosimeire Aparecida Manoel (responsável pela pesquisa) – Rua Tiradentes, 240 Ap. 03 – Jardim Central – Botucatu/SP – Email: rosemary_psi@hotmail.com – Telefone: (14) 3813-4577.
Sueli Terezinha Ferreira Martins (orientadora da pesquisa) – Rua Daniel Zacarias, 852 – Jardim Paraíso – Botucatu/SP – Email: sueliterezinha@yahoo.com.br - Telefone: (14) 3813-5447.

Saúde da Família”, autorizando a gravação da entrevista e a utilização dos dados obtidos nessa pesquisa para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalhos científicos, ressaltando o sigilo e a ética. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

_____de _____de_____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da responsável pela pesquisa

Apêndice IV – Tabela com formação em pós-graduação das coordenadoras locais

Identificação	Pós-Graduação	Identificação	Pós-Graduação
E1	-Formação Pedagógica -Gestão Pública* - Estratégia Saúde da Família*	E7	- Residência Multiprofissional em Saúde da Família
E2	- Especialização Cuidados Pré-Natal - Aprimoramento em Saúde Pública - Mestrado Profissional *	E8	- Enfermagem do Trabalho - Gestão Pública - Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família
E3	- Pedagogia - Estratégia de Saúde da Família - Obstetrícia - Gestão em Saúde*	E9	- Especialização Saúde da Família - Especialização em Saúde do Trabalhador - Especialização em Gestão* - Mestrado Profissional*
E4	- Aprimoramento em Saúde Pública - Mestrado *	E10	- Gerenciamento em Serviços de Saúde - Residência em Saúde da Família
E5	-Especialização Cuidados Pré-Natal	E11	- Gestão em Saúde - Formação Pedagógica para docência
E6	- Aprimoramento em Saúde Pública - Especialização em Urgência e Emergência*		

* Formação em andamento

Apêndice V – Tabela de atividades (comuns/diferenciais) por categoria profissional na UBSF

ATIVIDADES/CATEGORIA PROFISSIONAL NA ESF						
	Enfermeiro	Médico	ACS	Auxiliar de Enfermagem	Dentista	ACD
ATIVIDADES COMUNS	- atendimento individual e/ou coletivo (sobretudo, de grupos programáticos dos quais destaca a saúde da mulher); - supervisão de toda a unidade; - visitas domiciliares; - coordenação das reuniões de equipe; - participa das reuniões na SMS; - atividades administrativas (pedido de materiais, insumos, elaboração e respostas de ofícios); - participa de campanhas; - atividades com "grupos" de usuários (geralmente programáticos);	- atendimento individual de demanda eventual e programada (agendada); - visita domiciliar; - renovam receitas; vêem resultados de exames; - participa da reunião de equipe; - reunião com a coordenação de médicos; - participa de campanha;	- visitas domiciliares (visita mensal para todas as famílias cadastradas), prioridade para os pacientes programáticos/acamados/tuberculose, ou seja, em situação de risco; - acompanham outros profissionais da equipe nas suas visitas domiciliares; - mantém cadastramento atualizado (preenchimento de planilhas/produção); - "elo de ligação" (mediação) da equipe com a comunidade; - identificação da demanda (situação de risco de indivíduos/famílias da sua microárea); - participam das campanhas; - acompanham outros profissionais nas atividades de grupos; - entrega de encaminhamentos, convocação; solicitação aos indivíduos da sua microárea e de microáreas descobertas;	- atividades assistências (curativo, vacina, dispensação de medicamentos, aferição de pressão arterial, de HGT, coleta de sangue, exames como eletrocardiograma, entre outros); - realizam o acolhimento (pré-consulta - colhem a queixa) do usuário; - visitas domiciliares; - pedidos de materiais, insumos, medicamentos; - esterilização de equipamentos e limpeza das salas de procedimentos;	- atendimento de demanda eventual e programada (agendada); - trabalho preventivo de escovação nas escolas e creches; - participa junto com outros profissionais de grupos (principalmente, gestantes, crianças ou bebês);	- auxilia o dentista nos atendimentos; - participa das atividades de prevenção desenvolvidas nas escolas e creches; - faz pedido de material; - lança a produção dos atendimentos da odontologia; - esterilização do material;

Equipes	ATIVIDADES DIFERENCIAIS					
E1	- PET-Saúde; - supervisão de todos os profissionais da USF; - planejamento anual;	- ajuda a resolver algum problema da coordenação (conversar com profissionais); - faz pouca visita domiciliar;	- coordenam grupo de caminhada; - participa dos atendimentos coletivos de crianças; - quando solicitados participam de atividades junto com saúde bucal (teatro campanha de poli);	- discussão de caso com enfermeira e médico; - discussão dos acolhimentos;	- participa junto com enfermeira do "grupo" de crianças; - auxilia na coordenação na ausência da enfermeira; - raro fazer visita domiciliar;	- participa nos grupos que o dentista participa; - acompanha o dentista nas visitas;
E2	- responsável junto com as outras duas enfermeiras pela coordenação da USF;	- carta de pericia; - proposta para desenvolver grupos de adultos, hipertensos e diabéticos para o próximo ano;	- coordenam grupo de caminhada; - ACS novos acompanham os outros nas visitas (como treinamento);	-	-	-
E3	- verifica folha de ponto dos profissionais;	- discussão de casos (matriciamento e na equipe); - acompanham atividades de alunos (IUSC);	- coordenam grupo de caminhada; - orientações gerais (hipertensão, diabetes, colesterol); - agendamento de consultas;	-	- participa junto com enfermeira do "grupo" de crianças e gestantes;	- participa dos grupos que o dentista participa;
E4	- atividade do grupo de saúde mental (artesanato);	- não fazem muitas visitas; - "compartilham" a gerência; - agendamento das consultas;	-	-	-	-
E5	- participa do planejamento das atividades para 2011;	- proposta para o próximo ano montar grupos;	- discute caso com enfermeira (todo início da manhã);	-	- coordena o planejamento das atividades da equipe (PES); - faz avaliação de risco; - coordena grupo de adultos (visão integral);	- proposta de desenvolver trabalhos de grupos (crianças e adultos);
E6	- trabalhos de pesquisa (perfil epidemiológico); - educação continuada com profissionais;	- auxilia a enfermeira na atividade de educação continuada; - atendimento em grupo; - "ajuda" na parte gerencial; - supervisão de internato da medicina; - raramente faz visitas domiciliares M1; - M2 não faz visita; - pouca participação nas discussões de caso com SM;	- discutem casos com enfermeira no início da manhã, antes de sair para visitas;	-	- auxilia a enfermeira na atividade de educação continuada; - gerência em odonto (equipe de odonto); - não faz visita domiciliar;	-
E7	- hiperdia; - grupo de bebês junto com a dentista (mensalmente)	-	- participa de educação continuada;	- fazem parte de vigilância epidemiológica; notificação (envia semanalmente);	- participa junto com a enfermeira nas atividades mensais do grupo de bebês; - PET-Saúde; - avaliação de risco nas escolas;	- na ausência da dentista participa do grupo de bebês;

E8	- atendimento junto com o médico de demanda eventual;	- atende junto com enfermeira demanda eventual; - "dividi" a responsabilidade da reunião de equipe; - cartas de perícia;	- busca ativa de gestante; - participam de atividades de promoção e prevenção;	- participa de algumas atividades de grupos;		
E9	- PET-Saúde; - Atividades de educação em saúde, com orientações, projetos do CRAS e escola; - Acompanham alunos em atividades na USF; - Dividi com médico planejamento do Hiperdia;	- intercala mensalmente atendimento de gestantes e puericultura com enfermeiras; - atividade de grupos; - supervisiona alunos; - discussão com SM; - dividi com enfermeira planejamento do Hiperdia; - carta de perícia; - exame físico de piscina (SESI);	- orientações de dengue, zoonoses; - participa na elaboração de atividades junto a comunidade; - planeja atividades referentes ao tema do mês;	- preenchimento de notificação;	- supervisionam alunos (IUSC); - PET-Saúde; - auxilia nas reuniões de equipe; - participa de campanhas;	
E10	- PET-Saúde; - verifica falta de funcionários (remanejamento); - avaliação de curativos; - vacina (exclusivamente BCG); - articula com a equipe atividades de educação e promoção;		- auxilia na parte educativa, como confecção de cartazes para sala de espera; - participam do processo educativo dos alunos;	- relatório mensal para a vigilância epidemiológica;	- participa de atividades educativas; - campanhas; - já desenvolveu com enfermeira grupo de bebês;	- coordena junto com enfermeira um grupo de mulheres (Terapia Comunitária);
E11	- atendimento junto com a médica de demanda eventual; - grupo de resultados de exames (papanicolau);	- trabalha em conjunto com enfermeira (também atende junto consultas eventuais); - compartilha com a enfermeira conversas com funcionários; - já coordenou um grupo de redução de peso (pretende retomar); Supervisão alunos do IUSC;	- não tem coordenado nenhum grupo no momento; - coordenam projeto recicla (coleta material reciclável);			