

O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

The teamwork in the family health strategy: challenges and possibilities

CERVINSKI, L. F.
NEUMANN, A. P.
CARDOSO, C.
BIASUS, F.

Recebimento: 04/11/2011 – Aceite: 13/08/2012

RESUMO: O presente trabalho apresenta resultados referentes ao projeto de extensão “A Equipe da Estratégia de Saúde da Família”, o qual presta assessoria a equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do norte do Rio Grande do Sul. Os resultados aqui apresentados referem-se ao período compreendido entre agosto de 2010 e julho de 2011, e o objetivo foi proporcionar às equipes um espaço de avaliação e discussão de suas relações interpessoais. O método utilizado consistiu em avaliação das equipes com os instrumentos Sociograma e Diagnóstico Organizacional - Forma II, cujos resultados foram analisados e discutidos posteriormente com cada equipe participante. Os resultados encontrados demonstram que, por mais que a política que orienta a ESF seja a mesma para todos, cada equipe desenvolve seu trabalho de maneira particular. De modo geral, a comunicação interna nas equipes apresenta-se como aspecto a ser aprimorado. Contudo, apesar das dificuldades, as equipes tentam articular-se para realizar um bom trabalho, levando em consideração que as relações interpessoais das mesmas estão atravessadas pelas demandas da ESF e pela própria interlocução existente com a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Palavras-chave: Equipe. Saúde Pública. Relações Interpessoais. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT: This paper presents the results of the extension project called “The team of the Family Health Strategy”, which advises teams of the Family Health Strategy (ESF) from a city in the north Rio Grande do Sul. The results presented refer to the period between August 2010 and July 2011, and

the goal was to provide a space for the teams to evaluate and discuss their relationships. The method used consisted in assessing teams with the tools “Sociogram” and “Organizational Diagnosis – Form II”, whose results were analyzed and discussed with each team. The results show that whatever the policy that guides the ESF is the same for all, each team develops its own agenda in a particular way. In general, internal communication within teams is presented as the aspect to be improved. However, despite the difficulties, the teams try to articulate with the others to do a good work, considering that interpersonal relationships are traversed by the demands of ESF and by the own interlocation existent with the Basic Health Unit (UBS).

Keywords: Team. Public Health. Interpersonal Relations. Family Health Strategy.

Introdução

O trabalho interdisciplinar é uma das características fundamentais do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Formadas por profissionais de diferentes áreas, dentre as quais médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), as equipes da ESF possuem como desafio integrar diferentes áreas em seu cotidiano de trabalho, tendo em vista o atendimento à população de acordo com os princípios de integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Este desafio de integração das equipes da ESF tem sido alvo de diferentes estudos na atualidade (ARAÚJO; ROCHA, 2007; FORTUNA et al., 2005; HORTA et al., 2009; LOCH-NECKEL et al., 2009; MARQUI et al., 2010; PAVONI; MEDEIROS, 2009; SEVERO; SEMINOTTI, 2010), uma vez que ações com foco na integralidade da saúde dependem do funcionamento interdisciplinar das equipes e da criação de um conjunto de ações com conteúdos e objetivos que todos os envolvidos tomem conhecimento.

Sendo assim, o trabalho em equipe precisa ser analisado, pois passa tanto por movimen-

tos de dificuldades e de paralisação quanto de satisfação, se caracterizando, também, como um processo de idas e vindas em diversas direções. Dessa maneira, coloca-se para os trabalhadores o desafio do trabalho conjunto para fazeres que eles, muitas vezes desconhecem e precisam desbravar, construir e inventar, o que pode complexificar ainda mais as relações entre os trabalhadores do Programa de Saúde da Família (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Em pesquisa realizada por Marqui et al. (2010), o trabalho em equipe foi percebido como uma das principais dificuldades encontradas por profissionais e gestores no processo de trabalho da ESF. Além disso, dificuldades como planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e de interação entre as pessoas para o trabalho em equipe e individualização do trabalho, levando a problemas como compartimentalização das atividades e dificuldade no fluxo de informações foram observadas.

Contudo, experiências como a de Botti e Scochi (2006) demonstram as potencialidades do trabalho coletivo na mudança das organizações de saúde, que podem não limitar-se apenas ao âmbito das equipes, mas ocorrer também entre equipes e gestores. Assim, para existir um novo modelo de assistência à saúde, todos os atores sociais envolvidos

(usuários, trabalhadores e gestores) devem sentir-se co-responsáveis pelo seu trabalho, pois cada ator possui importante papel que não pode ser representado por outro, mas com o outro, desenvolvendo relações de compromisso com sua cidadania (RONZANI e SILVA, 2008).

Entende-se que o espaço para pensar e refletir sobre a equipe possibilita que a mesma possa aprimorar suas relações, desenvolvendo um trabalho mais efetivo para com o usuário e mais prazeroso enquanto ambiente de trabalho. Nesse sentido, este estudo visa refletir sobre o trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, com base em dados do projeto de extensão universitária “A Equipe da Estratégia de Saúde da Família”, o qual foi desenvolvido no período de agosto de 2010 a julho de 2011, em uma cidade do norte do estado do Rio Grande do Sul. Tal projeto abarcou cinco equipes de ESF e teve como objetivo possibilitar a estas um espaço de avaliação e análise de suas relações interpessoais no que se refere ao desenvolvimento de seu trabalho, bem como provocar uma reflexão dos profissionais inseridos nas equipes sobre seu funcionamento, enquanto equipe e seu fazer na saúde pública.

Método

Os instrumentos utilizados para avaliação das equipes foram o Diagnóstico Organizacional - Forma II (DO) e o Sociograma. O DO é um instrumento criado com o objetivo de avaliar as condições gerais de uma organização para introduzir processos de mudança planejada. Ele oferece critérios definidos de avaliação, que permitem verificar as habilidades vinculadas ao relacionamento interpessoal, tais como tomada de decisão, canais de comunicação, estilos de liderança, planejamento, solução de problemas e trabalho em equipe (KRAUSZ, 1994). Já o Sociograma é

um instrumento que revela a estrutura interna dos grupos, indicando as posições de cada indivíduo em relação aos demais e permitindo a identificação de líderes, subgrupos e pessoas isoladas (MARCONI; LAKATOS, 2006).

A aplicação do Sociograma ocorreu através de perguntas, as quais solicitavam aos participantes escolher o nome de três colegas, em ordem de importância, para a realização hipotética de atividades pré-determinadas. As perguntas investigavam a quem pediriam auxílio para resolver um problema de seu trabalho; com os quais mais se relacionam para desenvolver o seu trabalho e com os quais gostariam de executar uma atividade do seu trabalho.

As respostas foram analisadas através de gráficos, construídos em um diagrama circular que mostravam as escolhas de cada pessoa em cada pergunta, sendo que, quanto maior o número de indicações que uma pessoa recebe, mais central é a sua posição. As escolhas, em ordem de importância dos participantes eram distintas entre si nos gráficos.

Após os dados terem sido analisados pelos coordenadores do projeto, estes foram devolvidos para as equipes em um encontro reflexivo, no qual as mesmas discutiram os resultados e avaliaram a necessidade de realizar um trabalho posterior de desenvolvimento de equipe. Passados cerca de quarenta dias deste encontro, as equipes realizaram uma avaliação do processo vivenciado através de um questionário, respondido individualmente por cada integrante do grupo.

Resultados

Serão apresentados e discutidos os resultados de cada equipe (denominadas A, B, C, D e E) para destacar suas singularidades, já que cada uma apresenta uma maneira de se articular. Participaram deste projeto cinco

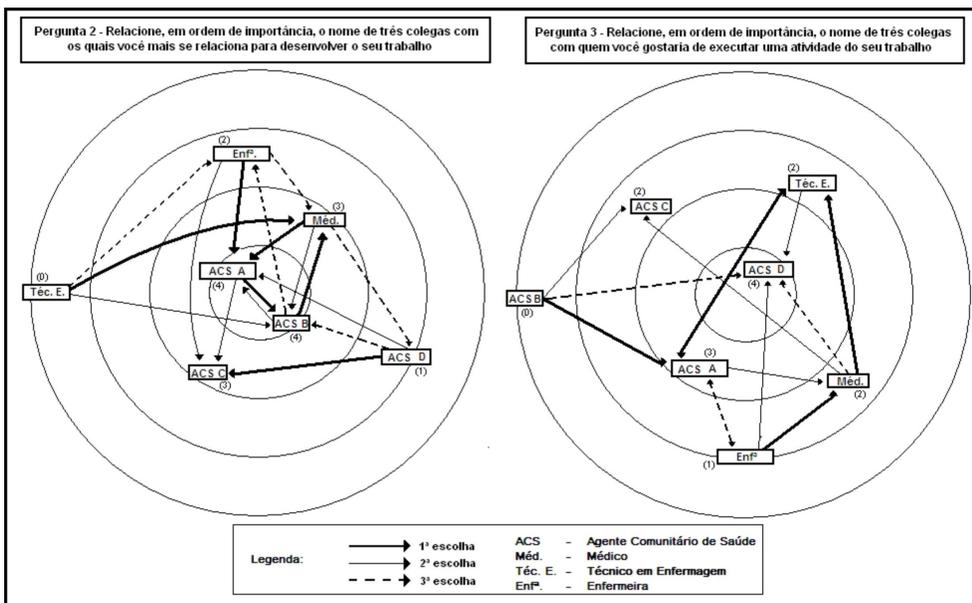
equipes de ESF de um município da Região Norte do estado do RS, totalizando 38 profissionais.

A equipe A estava constituída por quatro ACS, uma médica, uma técnica em enfermagem e uma enfermeira e estava assim formada há mais de dois anos. No Sociograma, a técnica em enfermagem ocupou uma posição periférica em todos os gráficos, demonstrando um distanciamento nas relações de trabalho. Segundo a equipe, na maior parte do tempo, a técnica era requisitada para fazer o trabalho interno da UBS em detrimento das ações da ESF, cuja realização envolvia visitas domiciliares em busca de ações proativas à saúde da população e por isso a mesma permanecia distante nas tarefas profissionais. Além disso, a equipe explicou que era difícil planejar uma atividade que envolvesse a técnica, porque a pessoa que ocupava este cargo estava constantemente mudando e isso dificultava a integração nas atividades da equipe.

O grupo do projeto possuía como hipótese que a enfermeira ocuparia posição central no Sociograma das equipes, porém a mesma ficou disposta em uma posição intermediária, e a agente comunitária de saúde “A” em posição central (Figura 1, pergunta 2). Isso mostra a capacidade da equipe de se organizar e se adaptar às circunstâncias com o mínimo de prejuízo ao trabalho, visto que, nesta UBS, houve constantes trocas de enfermeiras nos últimos anos.

A escala Diagnóstico Organizacional mostrou uma equipe integrada, que estabelecia relações de confiança e apoio e na qual os participantes trabalhavam de forma cooperativa. O estilo de liderança foi considerado predominantemente participativo e a tomada de decisão, compartilhada. Este dado demonstrou um bom funcionamento da equipe no que diz respeito àquelas decisões que lhes cabem, pois sabe-se que, na ESF, muitas decisões são externas ao trabalho da equipe, por serem atravessadas pelas políticas públicas de saúde e pelos recursos disponíveis.

Figura 1 - Gráficos 2 e 3 do Sociograma, referente à equipe A.



Fonte: os autores.

Entretanto, percebeu-se nesta equipe a existência de dificuldades relacionadas à comunicação, prejudicando o trabalho, pois esta apareceu no DO como sendo predominantemente limitada. Isso foi reforçado na indicação dos canais de comunicação, em que a comunicação formal foi a mais frequente, com a coexistência de boatos e fofocas. Vale destacar que este padrão comunicativo não é único, pois alguns participantes perceberam a comunicação como deficiente e outros de maneira satisfatória. Esta divergência por si só mostrava a falta de comunicação e consenso neste quesito, considerando-se as percepções diferentes acerca do mesmo aspecto.

A equipe B pode ser considerada um grupo relativamente novo, pois apenas uma participante estava há mais de dois anos na mesma. Estava formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e três ACS. No Sociograma, esta equipe demonstrou bastante reciprocidade em suas escolhas, com uma boa circularidade nas relações. Assim como na equipe A, a técnica em enfermagem ficou disposta em posição periférica em todos os gráficos, o que foi justificado com os mesmos argumentos descritos anteriormente. A partir deste instrumento, evidenciou-se que foi uma ACS quem recebeu mais indicações dos colegas de trabalho, o que foi associado ao fato de ela estar a mais tempo na equipe e, portanto, conhecer melhor a comunidade e os usuários.

Corroborando os dados percebidos no Sociograma, no DO, esta equipe apresentou-se com um bom funcionamento, pois os participantes se mostraram como uma equipe que trabalhava de forma unida, com cooperação e aceitação das pessoas. Duas variáveis que chamaram a atenção foram o planejamento e a solução de problemas, pois foram os aspectos mais desiguais entre os itens da escala: o planejamento foi percebido como parcial, como sistemático e como por crise, e a solução de problemas foi considerada ocasional,

oportunista e ordenada. Corroborando esta dificuldade, os participantes destacaram que, muitas vezes, não trabalham conjuntamente e apenas “seguem o fluxo”.

Como *feedback* aos pesquisadores, no grupo focal, a equipe relatou que foi muito bom passar por esse processo de avaliação, porque lhes permitiu pensar na própria equipe – algo que nunca haviam feito anteriormente. Relataram que tinham reuniões, mas que estas eram sempre para pensar nos usuários, e nunca em si como uma equipe.

A equipe C estava composta por oito integrantes, sendo eles cinco ACS, uma médica, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem. Considerou-se esta como uma equipe nova, pois apesar de alguns participantes integrarem o grupo já há alguns anos, a maior parte dos profissionais ingressou nos últimos dois anos. O Sociograma demonstrou que a enfermeira ocupava um lugar central no grupo, pois foi a pessoa que recebeu o maior número de indicações em todos os gráficos. As demais pessoas com maior número de indicações foram a técnica em enfermagem, a ACS “A” e a médica. Na Figura 2, pode-se visualizar a existência de um subgrupo na equipe, formado pela médica, enfermeira e técnica em enfermagem, visto que as indicações foram recíprocas entre elas. De acordo com o grupo, isso foi explicado pelo fato de que a equipe não funcionaria enquanto tal, visto que, individualmente, todos realizavam seu trabalho da melhor forma possível, mas deixavam a desejar quando se tratava do trabalho em equipe organizado e sistemático.

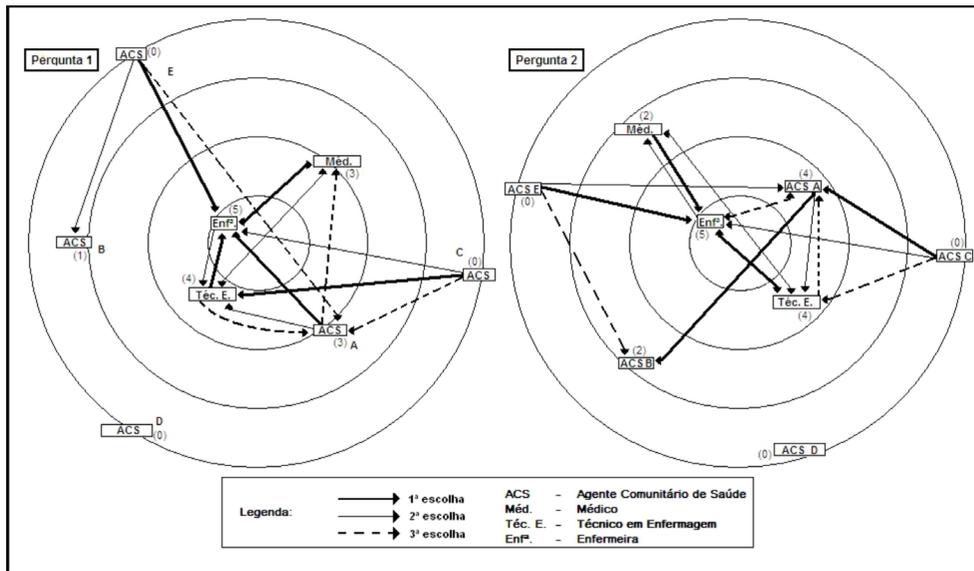
A equipe relatou que passava por trocas constantes de médicos e enfermeiros e que, a cada troca, modificava-se e adaptava-se ao modo de funcionamento destes profissionais, o que indicou a não existência de um senso de identidade grupal pelo todo. Nesse sentido, o grupo denunciou que as propostas da ESF, as quais têm como objetivo, além das práticas de

diagnóstico e tratamento, o empreendimento de ações de prevenção e promoção da saúde, não estavam sendo realizadas, visto que todos os participantes se mantinham executando ações curativas, próprias do serviço interno da UBS.

Nessa perspectiva, os participantes relataram que a equipe técnica, constituída pela médica, enfermeira e técnica em enfermagem, pouco saía para fazer visitas domiciliares, fator que explicava o porquê de estes profissionais pouco precisarem buscar os ACS para a realização de seu trabalho e manterem-se no subgrupo visto no Gráfico 1 (Figura 2). Em decorrência disso e da

inexistência de um espaço formal de reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, os ACS necessitavam constantemente da ajuda dos técnicos para resolver os problemas de seu cotidiano profissional, gerando maior sobrecarga para todos. Experiências anteriores com agentes comunitários de saúde mostraram que a existência de um espaço grupal de compartilhamento de experiências e saberes contribuía para a qualificação do trabalho, pois, muitas vezes, as dúvidas que uma pessoa tinha eram solucionadas ao pensar coletivamente no problema de outro profissional (NEUMANN; CARDOSO; OLIVEIRA, 2009a; 2009b).

Figura 2 - Gráficos 1 e 2 do Sociograma, referentes à equipe C.



Fonte: os autores.

De acordo com a escala Diagnóstico Organizacional, o relacionamento interpessoal foi percebido tanto como raro e limitado quanto como apoiador e aberto, mostrando divergências na percepção dos participantes sobre a sua equipe. O padrão de relacionamento predominante foi considerado de inte-

resse, em que as pessoas só se relacionavam quando havia algum interesse momentâneo, as relações de grupo foram sinalizadas como focadas para resolver problemas e a comunicação compreendida como deficiente, ocasional e incompleta, com canais semifechados. O DO, também, mostrou que as pessoas nem

sempre estavam satisfeitas com a situação em que estavam, mas não sabiam o que fazer para mudá-la. A motivação era baixa, ou seja, todos cumpriam suas rotinas, mas criticavam-se muito e não aceitavam bem as mudanças.

Na devolução dos dados, inicialmente, a equipe se mostrou receosa em falar de si mesma, mas em seguida os participantes discutiram as informações e buscaram as razões que os levavam a trabalhar da maneira como estavam organizados. O grupo ficou bastante mobilizado e motivado a continuar o trabalho, dispondo-se a procurar o grupo do projeto para realizar um trabalho de desenvolvimento da equipe, mas isso não ocorreu.

A equipe D estava constituída por uma médica, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e seis ACS, sendo que boa parte dos profissionais configuravam a mesma há menos de um ano. As escolhas feitas no Sociograma demonstraram que a enfermeira ficou em posição central nas escolhas dos colegas, o que é esperado de acordo com o pressuposto de ESF, em que esta aparece como referência para a equipe. Segundo os resultados, havia um desejo da equipe em integrar os profissionais mais distanciados, pois ao serem solicitados para indicar o nome de três pessoas com quem gostariam de executar uma atividade de trabalho, as indicações se direcionaram para a integração de alguns ACS que, nos gráficos anteriores, estavam dispostos em posições mais periféricas. Apesar disso, porém, o Sociograma demonstrou que parecia haver um distanciamento entre os profissionais na execução dos trabalhos, de modo que a equipe executava as tarefas que lhe cabia, mas de maneira individualizada.

Os resultados do Diagnóstico Organizacional corroboraram esta percepção, pois a equipe demonstrou possuir diferentes percepções de si. Isso pode ser exemplificado no aspecto tomada de decisão, em que o grupo

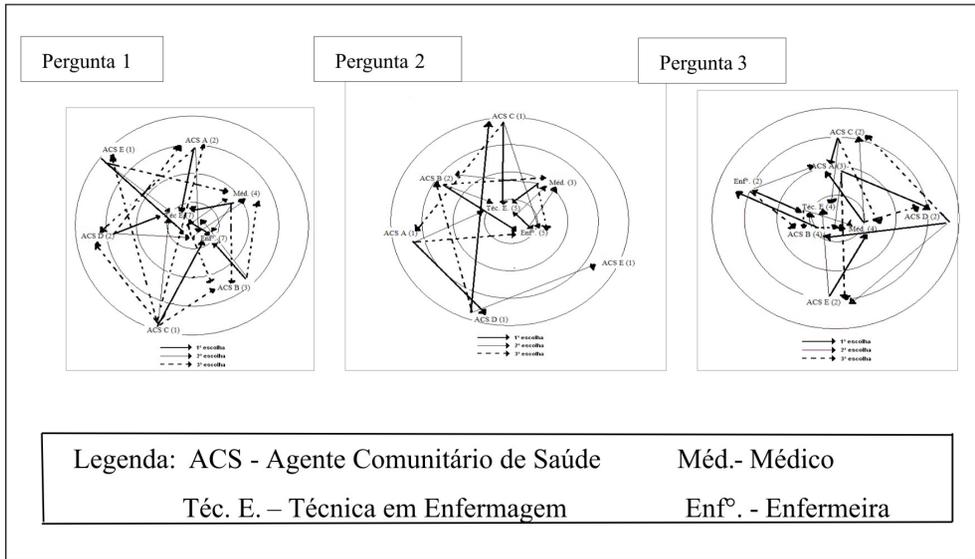
se percebeu como “desordenado”, “centralizado”, “compartilhado” e “integrado”. Este aspecto dá indícios da heterogeneidade da equipe, pois na maioria dos aspectos avaliados pelo DO, não houve um consenso.

Na devolução dos dados, a equipe se mostrou atenciosa aos resultados apresentados pelos coordenadores do projeto, mas não discutiu as informações expostas e apenas concordou com o que foi dito. Foi-lhes disponibilizado o trabalho posterior de desenvolvimento grupal e os participantes relataram que iriam conversar sobre a necessidade de desenvolvimento de algum aspecto pontual, entrando, posteriormente, em contato com os coordenadores, o que não ocorreu até o encerramento deste projeto.

A equipe E, por sua vez, estava constituída por oito profissionais no momento da avaliação, sendo estes uma enfermeira, um médico, uma técnica em enfermagem e cinco ACS. Esta equipe estava assim formada há mais de um ano e menos de dois. O Sociograma apontou a existência de um funcionamento de equipe entre os participantes, em que os mesmos executavam as ações de ESF e articulavam-se na resolução de dificuldades diárias do trabalho. Parecia existir um movimento de integração dos ACS para a execução do trabalho, no entanto, estes trabalhadores estavam mais distanciados dos demais (Figura 3, gráfico 3). Além disso, nesta equipe as relações pareciam circular em subgrupos.

Na avaliação do DO sobre os estilos de liderança, as respostas se concentraram no estilo participativo, em que todos os interessados participavam das decisões que envolviam suas respectivas áreas. Já no item que se referia ao planejamento, os profissionais o perceberam como sistemático, ou seja, em que planejavam-se com dados confiáveis, atualizados e adequados.

Figura 3 - Gráficos 1, 2 e 3, referentes à equipe E.



Fonte: os autores.

Um dado desta equipe, que merece ser mencionado, diz respeito à ACS “C” (Figura 3, gráfico 1) que, ao ser solicitada a descrever o nome de três colegas a quem pediria auxílio para resolver um problema do trabalho indicou que solicitaria ajuda a todos os colegas ACS, podendo este aspecto estar relacionado a um maior contato e troca entre tais profissionais, pela aproximação existente no que tange à realização do trabalho, mas também a um conflito, velado ou não, entre tal profissional ou grupo de agentes comunitários e equipe técnica.

O Diagnóstico Organizacional apontou que este grupo executava as funções de trabalho enquanto equipe, tendo alguns conflitos naturais, o que é esperado quando existem indivíduos compartilhando um mesmo espaço. A comunicação foi percebida de maneira heterogênea, pois a mesma apresentou-se como limitada, deficiente, satisfatória e boa. A forma como este aspecto se dá em uma equipe pode ser resultante de como ela está estruturada para discutir o trabalho de ESF,

além de como é perpassada entre os níveis hierárquicos.

Durante a devolução dos resultados, a equipe se mostrou bastante participativa, discutindo e analisando os dados e fazendo relações com o cotidiano do trabalho, bem como demonstrando que estava preocupada com algumas respostas que fugiam de um funcionamento considerado ótimo. Na opinião dos participantes, a ação do projeto foi muito importante para auxiliá-los na percepção e análise das relações que são estabelecidas e em como podem melhorar os fluxos de trabalho. Esta preocupação com alguns resultados pôde ser compreendida como uma “visão romântica” que a equipe tem de si, que, muitas vezes, tenta esconder suas dificuldades através de uma falsa imagem de equipe ideal, que a leva a lidar melhor com os problemas encontrados diariamente. Em relação ao trabalho posterior oferecido pelos coordenadores, a equipe referiu que conversaria sobre a necessidade do mesmo, porém até o presente momento o contato não ocorreu.

Era proposta nas atividades do projeto a realização de uma avaliação do processo vivenciado, cerca de quarenta dias após a aplicação dos instrumentos. Tal avaliação abordou questões voltadas ao modo como estava se desenvolvendo o trabalho em equipe, trazendo resultados importantes referentes à constituição das mesmas e ao modo de executar o trabalho de ESF. Uma das equipes descreveu que as relações na equipe melhoraram, de maneira que o trabalho passou a ser desenvolvido mais satisfatoriamente, enquanto outra referiu a perda da quase totalidade dos profissionais inseridos na equipe, sobrecarregando os que ficaram. Já a terceira equipe, de modo geral, avaliou que as reuniões de equipe passaram a ocorrer com maior frequência, melhorando o relacionamento interpessoal entre os profissionais.

As demais equipes descreveram que algumas mudanças deveriam ser externas, pois referiam-se à gestão da ESF e à oferta de capacitações aos profissionais para esclarecimentos, estudo e aprofundamento sobre as funções de cada um. Além disso, referiram a necessidade da equipe de ESF possuir autonomia para desenvolver o seu trabalho, sem sofrer interferências da UBS (Unidade Básica de Saúde). Uma das equipes expôs a falta do profissional médico e relatou que aguardariam este para estabelecer mudanças. A enfermeira desta equipe referiu que necessitavam de mais aprimoramentos na área que atuavam para desenvolver um trabalho mais qualificado para com o usuário, além da necessidade de que o quadro de profissionais fosse aumentado, principalmente no que se referia aos ACS.

Estas avaliações demonstraram que algumas equipes, realmente, pensaram em si mesmas e em suas relações, porém outras ficaram na dependência da chegada do profissional médico para a ocorrência de mudanças. Outras, ainda, demonstraram que as mudanças perpassavam por fatores externos,

pois dependiam de uma melhor qualificação através de capacitações e um quadro de profissionais completo nas equipes.

Discussão

A integração dos resultados das equipes permite-nos inferir que o principal retorno do referido projeto de extensão para seus participantes foi a abertura de um espaço de reflexão da equipe sobre si mesma. As informações trazidas demonstram que, no seu fazer, existe uma adaptação às demandas dos usuários e da UBS, sendo que cada equipe constrói seu próprio modo de funcionar e relacionar-se.

Refletindo sobre as Políticas Públicas que perpassam o trabalho das equipes da ESF, evidencia-se que, apesar de a política que orienta as ações ser a mesma, a forma como cada grupo se organiza para executá-las difere, de acordo com as características dos profissionais e das equipes, bem como das demandas que surgem em cada área de cobertura. Dessa maneira, os resultados que cada equipe alcança em seu trabalho cotidiano e o próprio modo de fazer depende do modo particular de trabalhar e das relações estabelecidas entre os profissionais que compõe cada grupo, visto que a junção de diferentes saberes para atender às necessidades da população é um dos pressupostos formadores da ESF.

Pensando na proposta da ESF, nos processos de gestão da promoção e prevenção da saúde, almeja-se que os envolvidos pensem em estratégias de forma integral, com a participação e envolvimento de todos os atores. Vale salientar a importância do diálogo e da convivência para a definição dos papéis e funções desempenhados por estes pois, às vezes, ficam restritos e confusos pelo próprio funcionamento instituído da equipe e da UBS. Uma vez que todos tenham conhecimento do

trabalho do outro, tais papéis e funções ficam mais claros para os profissionais inseridos nas equipes. O ideal no trabalho em equipe é que todos estejam envolvidos no processo de produção, tendo uma visão interdisciplinar e um objetivo comum, bem como que todos compartilhem as decisões e as metas a atingir (MONTEIRO, 2006 apud GIROTI; NUNES E RAMOS, 2008).

A existência de papéis ainda tradicionais dos profissionais se mostrou evidente de alguma maneira nas equipes, uma vez que estes desempenhavam suas funções de ESF, porém tendiam a desenvolvê-las de maneira naturalizada, em que as práticas de cada profissional e da equipe como um todo eram desenvolvidas em um modelo preconizado pelas antigas Políticas Públicas em saúde coletiva. Interligado a isso está o fato das equipes se constituírem como multiprofissionais, porém desarticuladas, em decorrência da falta de troca de experiências entre os profissionais de cada equipe.

Entender como os processos de promoção e prevenção estão pensados na saúde pública é uma forma de refletir sobre que reflexos sua falta pode acarretar para a comunidade. Para Horta et al. (2009), as ações voltadas para a promoção da saúde tornam-se essenciais para a concretude da proposta da ESF como uma estratégia de reforma do modelo assistencial vigente. Desenvolvendo trabalhos de promoção, fica mais acessível construir ações que respondam às necessidades sociais de saúde, sendo a promoção da saúde um campo essencial da saúde coletiva e como estratégia para atender aos princípios do SUS.

Percebe-se pelas falas dos profissionais de algumas equipes, durante a devolução dos resultados, que o trabalho estava mais voltado para o modelo curativo que foi justificado pela demanda que chegava até a UBS, de modo que os profissionais não estavam conseguindo abarcar todos os pressupostos da ESF, como por exemplo, sair nas ruas

para fazer o trabalho de promoção e prevenção de saúde. Horta (2009) corrobora este achado, quando considera que o conceito de promoção da saúde dominante na ESF ainda é o modelo curativo, associado a um modelo médico-centrado, individual e fragmentado, que tem como principal objetivo prolongar a vida dos sujeitos e evitar seu adoecimento, mesmo que isso não represente melhoria da qualidade de vida e da saúde da população (HORTA et.al., 2009). Esta realidade pode estar vinculada ao fato de que as equipes de ESF ainda estão inseridas em UBS, o que exige das mesmas uma articulação para dar conta das ações de promoção e prevenção, mas também de atender a demanda que chega até o serviço de saúde.

A cultura das comunidades em que as equipes de ESF estavam inseridas foi outro aspecto citado pelos participantes como um reforçador das práticas curativistas. A ESF traz propostas inovadoras na compreensão do processo saúde-doença, enfocando práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Porém, no cotidiano das equipes, a implementação dessas ações fica limitada pelo atendimento à excessiva demanda espontânea nas Unidades e pela frequente falta de recursos humanos nesses serviços. Dessa maneira, como indica Horta et Al (2009), a promoção de saúde e a clínica não estão ainda interligadas, no sentido de propiciar uma melhor qualidade de vida para a população usuária dos serviços de saúde pública.

Um outro aspecto importante é o da rotatividade de profissionais que prejudica a consolidação das equipes de trabalho. A enfermeira, por exemplo, que é a coordenadora das equipes, é uma das profissionais de maior rotatividade. Tal fato consiste em um atravessamento das políticas de saúde praticadas pelo município, nas equipes de ESF, e não parece ser um fato novo ou próprio da realidade investigada. Campos e Malik (2008), já discutiram este fato, focando a rotatividade do médico generalista na ESF.

Considerações finais

A proposta pensada pela Saúde da Família está pautada pelo trabalho em equipe, para que as ações englobem de forma cooperativa os envolvidos nesse processo, sejam eles a comunidade ou o próprio grupo de trabalho. Além disso, a ESF direciona sua proposta para que o trabalho seja pensado com olhares diferentes, contribuindo na qualidade dos serviços prestados. É imprescindível que a equipe compartilhe objetivos para ser considerada como tal, e não apenas um agrupamento de profissionais, pois as intervenções pensadas em conjunto propõem uma descentralização do modelo médico-centrado para um modelo

mais integrado de atendimento aos indivíduos inseridos em cada comunidade.

Além disso, a necessidade do trabalho conjunto com a comunidade em que as equipes estão inseridas se constitui como fator determinante para que as práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos se efetivem, de maneira a trazer respaldos positivos tanto para a equipe como para o usuário do serviço. Parece haver a necessidade de um investimento maior por parte das equipes de ESF em si mesmas, pois os olhares destas estão voltados para as práticas de cada profissional para com a população atendida e não para si enquanto grupo de trabalho, os quais também necessitam de cuidado para que tais ações possam ser desenvolvidas de maneira saudável.

AUTORES

Luciane Fátima Cervinski - Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim, RS, Brasil. Bolsista do Projeto de Extensão, intitulado “A Equipe da Estratégia de Saúde da Família”. luci.cer@hotmail.com.

Angélica Paula Neumann - Acadêmica do décimo semestre do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim, RS, Brasil. Bolsista do Projeto de Extensão, intitulado “A equipe da Estratégia de Saúde da Família”. angelicaneumann@gmail.com.

Cassandra Cardoso - Professora Mestre em Psicologia - Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Erechim, RS, Brasil. Coordenadora do Projeto de Extensão – “A Equipe da Estratégia de Saúde da Família”. cassandcardoso@yahoo.com.

Felipe Biasus - Professor Mestre em Psicologia - Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Erechim, RS, Brasil. Co-coordenador do Projeto de Extensão – “A Equipe da Estratégia de Saúde da Família”. febiasus@yahoo.com.br.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B.; ROCHA, P. **Trabalho em equipe**: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12 no.2 p. 455-464 Mar./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso: em 09 mar. 2011.

BOTTI, L. M.; SCOCHI, J. M. **O aprender organizacional**: relato de experiência em uma Unidade

Básica de Saúde. *Saúde & Sociedade*, v. 15 n. 1 São Paulo, Jan./Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 09 set. 2011.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 16 set. 2012.

FORTUNA, C.; MISHIMA, M. S.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, B. J. M.. **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. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13 n.2. p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2011.

GIROTI, S.; NUNES, E.; RAMOS, M. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. *Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php>. Acesso em: 02 maio 2011.

HORTA, C. N.; SENA, R. R.; SILVA, O. E. M.; OLIVEIRA, R. S.; REZENDE, A. V. **A prática das equipes de saúde da família:** desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília vol.62, n.4, p. 524-529 Jul./Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 23 fev. 2011.

KRAUSZ, R. R. Diagnóstico organizacional: forma I e forma II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, B. H.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, A. M. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica:** implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.14 supl.1, Set./Out. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 11 abr. 2011.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUI, T. B. A.; DARIELLI, J. C. A.; RESTA, G. COLOMÉ, S. C. I.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 4, p.956-961, dez. 2010. Disponível em: <http://homolog.scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2011.

NEUMANN, A.P.; CARDOSO, C.; OLIVEIRA, S. Projeto Bolsa de extensão: A equipe de saúde na comunidade. Resumo simples. In: **Anais do XV Seminário Institucional de Iniciação Científica, VII Seminário de Extensão e XIII Seminário de Integração de Pesquisa e Pós-Graduação**, 2009a, Erechim – RS.

NEUMANN, A.P.; CARDOSO, C.; OLIVEIRA, S. Ser agente de saúde: uma construção coletiva. Trabalho Completo. In: **II Fórum Nacional em Saúde – I Salão Científico das Ciências da Saúde – “Caminhos da Interdisciplinaridade”**, 2009b, Erechim – RS.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.62 n.2 p. 23-34, Mar./Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 abr. 2011.

RONZANI, M. T.; SILVA, M de C. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários.** *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 23-34, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22 out. 2011.

SEVERO, B. S.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/080.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011. Od rei inves caela quemusum trum,