

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RECURSOS HUMANOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONFLITOS NAS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS – REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES.

MÁRCIA MENEZES NETO QUATORZE

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

MÁRCIA MENEZES NETO QUATORZE

RECURSOS HUMANOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONFLITOS NAS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS – REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. José Maurício Carvalho  
Lemos.

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

MÁRCIA MENEZES NETO QUATORZE

RECURSOS HUMANOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONFLITOS NAS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS – REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Atenção  
Básica em Saúde da Família, Universidade  
Federal de Minas Gerais, para a obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. José Maurício Carvalho  
Lemos.

Banca Examinadora

Prof. José Maurício Carvalho Lemos (orientador)

Prof.<sup>a</sup> Fátima Ferreira Roquete.

Aprovado em Belo Horizonte, 04 de fevereiro de 2012.

Dedico este trabalho ao povo brasileiro e a todas as comunidades nas quais trabalhei como médica e onde sempre fui muito bem acolhida.

Aos meus amados pais Juracy e Ruth.

Às gestantes, crianças, adolescentes, mulheres adultas, homens adultos, idosos e a todos os portadores de patologias de risco que perfazem os nossos objetos de trabalho.

A todos que trabalham na Estratégia Saúde da Família com o amor que ela merece.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os profissionais do NESCON e do CEABSF que de qualquer maneira tenham colaborado com a construção deste modelo de ensino.

Às tutoras do curso no Pólo Formiga, Maria Isabel da Silva e Joseane Aparecida Messias Fernandes, que sempre serão por mim lembradas com muito carinho.

À UAB do Polo Formiga e seus funcionários. Nela eu relembrei meus tempos de alfabetização e o quanto é importante ser criança e aprender...

Especialmente ao meu esposo José Antonio, sempre companheiro, que foi tolerante e me fez não desistir.

Ao Deus em que confio. O CRIADOR que mostra em toda a sua criação as perguntas e respostas que me fazem ser o que sou e continuar.

“A Estratégia Saúde da Família possui a capacidade de transformação social,  
por ser um espaço de exercício da democracia e ;  
portanto de construção da  
cidadania.”

MÁRCIA MENEZES NETO QUATORZE.

## RESUMO

Este trabalho é o resultado de experiências profissionais e consequentes reflexões que originaram a busca de novas competências para o enfrentamento de situações conflituosas existentes no cotidiano das atividades das equipes da estratégia saúde da família e que são na grande maioria das vezes, deixadas sem solução. Trata-se de pesquisa bibliográfica que objetivou analisar as publicações relativas a recursos humanos em atenção primária à saúde e as relações interpessoais da equipe multiprofissional no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. A fonte de pesquisa foi originária de livros textos, publicações do Ministério da Saúde, OMS/OPS e módulos do CEABSF/NESCON, além de artigos do SciELO, com os descritores: *Equipe interdisciplinar de saúde; Gestão em saúde e Processos grupais*. As situações de conflitos interprofissionais são desencadeadoras de entraves nas atividades organizacionais, de planejamento e avaliativas em todo o processo de trabalho das equipes e tem-se em geral muita dificuldade em administrá-los. Através do encontro de novos saberes e da conquista do conhecimento, esperamos que a partir de nossas experiências e reflexões, possamos apresentar proposições que indiquem caminhos para uma nova realidade dentro do processo de trabalho e nas relações interpessoais das equipes, trazendo a gratificante sensação do trabalho que pode ser gerador de transformações sociais e melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos, sejam cidadãos profissionais ou usuários.

**Palavras chave:** Equipe interdisciplinar de saúde. Gestão em Saúde. Processos grupais.

## **ABSTRACT**

This work is the result of professional experiences and reflections that led to the search of new competences in order to deal with conflicting situations existing in the daily activities of the staff of the family health strategic team which are, in most cases, left unresolved. It is literature that aimed to analyze the publications related to human resources in primary health care and interpersonal relationships in the process of multidisciplinary team working in Family Health Strategy. The source of research was originally from textbooks, publications of the Ministry of Health, WHO/PAHO and CEABSF modules/NESCON, and SciELO articles with the following keywords: Patient care team, Health management and Group processes. Team conflicting situations, which are generally very difficult to manage, are triggered by barriers in the planning and evaluation of the organizational activities during the whole team work process. Through the gathering of new knowledge and the gain of knowledge, we hope that from our experiences and reflections, we can submit proposals indicating paths to a new reality in the working process and interpersonal relationships of the teams, bringing a rewarding feeling of a work that may generate social changes and improve the life quality of all people involved, whether they are citizens, professionals or users.

**Keywords:** Interprofessional Health Team, Health Management and Group Processes.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>5 RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1 O trabalho em equipe.....</b>	<b>23</b>
<b>5.2 Qualidade em Saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>5.3 Recursos Humanos em Saúde.....</b>	<b>35</b>
5.3.1 Gestão do Trabalho.....	41
5.3.2 Comunicação, Informação e Liderança.....	47
5.3.3 Gerenciando conflitos com desenvolvimento profissional, liderança, comunicação e trabalho em equipe.....	51
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>8 AVALIAÇÃO DE UMA TRAJETÓRIA: O CURSO.....</b>	<b>67</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>10 APÊNDICE A.....</b>	<b>73</b>
<b>11 APÊNDICE B.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em nosso caminhar de aprendizagem com o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), aprendemos a conhecer a importância de nosso processo de trabalho, como elemento primordial para a transformação de nossos objetos e alcance de nossas finalidades. Através da Unidade Didática I e em seu Módulo I, tivemos a seguinte leitura:

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja ele, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho em geral é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio de meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem um determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade. A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado for, mais difícil será refletir sobre ele. Essas são características muito presentes na ABS e no PSF. Por isso, é fundamental que os profissionais aí inseridos desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e a transformação do seu processo de trabalho. (FARIA, *et al.* 2008, p. 19)

Quando falamos em processo de trabalho, estamos falando, necessariamente, dos **objetivos** do trabalho, **dos sujeitos** que atuam, **do objeto** da ação e **dos meios** disponíveis e utilizados na execução da ação. Para entender e transformar o nosso processo de trabalho de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, devemos considerar esses elementos e suas especificidades (FARIA, *et al.* 2008, grifo do autor).

Temos de considerar três aspectos fundamentais quando nos remetemos ao processo de trabalho em saúde. Em primeiro lugar, que é um exemplo de processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns a outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia. Segundo, que **é um serviço – toda assistência à saúde é um serviço** – e temos de pensar, então, o que é um serviço. Terceiro, que **é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal** muito intensa. Há muitas outras formas de serviços que dependem de um laço interpessoal, mas no caso da saúde ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato. Essas três dimensões são intercomplementárias e interagentes (NOGUEIRA, 2000, p. 59, grifo nosso).

A complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais das equipes aumenta os limites e suas possibilidades de atuação, o que requer desses profissionais novas habilidades e atitudes. Consideramos como processo de trabalho não só os aspectos organizacionais, mas também os **relacionais, intersubjetivos e interativos** que se desenvolvem no ambiente laboral (CAMPOS, 2010, grifo nosso).

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem. Muitas pessoas acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas podemos dizer que é a produção do cuidado, através da qual poderá ser atingida a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção (MERHY, 1995 *apud* RODRIGUES e ARAÚJO, 2004).

Assim sendo, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (RODRIGUES e ARAÚJO, 2004).

Para a formação de profissionais com uma visão crítica e construtora e que sejam sensíveis ao fortalecimento do SUS, o texto de Merhy (2004), considerado por nós de muita significância, explicita que o conjunto de saberes que visam à ação de produção dos atos de saúde para a conformação do cuidado, quer seja em nível individual quer seja em equipes, possibilitará uma maior compreensão do problema de saúde enfrentado e a maior capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário quanto para a própria composição dos processos de trabalho. Entretanto, os modelos de atenção adotados até o momento mostram que nem sempre a produção do cuidado em saúde está efetivamente voltada para a cura e a promoção da saúde. Essa afirmativa advém do que se percebe, no dia a dia, das experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde em nosso país.

Assim, pode-se considerar a combinação da produção dos atos de cuidados de maneira eficaz e resultados de cura, promoção e proteção como um **nó crítico** fundamental que requer o trabalho conjunto de gestores e de trabalhadores (MERHY, 2004).

Ao adentrarmos nos saberes sobre o desenvolvimento do processo de trabalho em

saúde, temos o texto do módulo de ensino que nos faz refletir especialmente sobre a nossa maneira de agir ao desempenharmos nossas ações:

[...] considerando os **objetivos e metas**, constatamos que estes, via de regra, estão definidos de forma muito genérica ou suas metas são irreais, considerando-se os recursos existentes. É necessário que os objetivos e metas sejam **discutidos, pactuados e avaliados** de forma clara, objetiva e honesta, com todos os interessados – população, gestores e profissionais. Esse processo de pactuação e monitoramento “participativos” nos remete à questão dos mecanismos e fóruns de deliberação que estamos construindo no âmbito do SUS. E mais, que os objetivos e metas pactuados devem estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, os profissionais de saúde devem considerar, no seu processo de trabalho, a criação e **participação** em fóruns de discussão e a necessidade de **negociação**. A negação dessas duas condições (ou o seu tratamento inadequado) compromete a definição dos objetivos e das metas e, por consequência, das intervenções. [...] A busca por **resultados diferentes** no trabalho leva, necessariamente, à necessidade de uma **mudança na forma de trabalhar**. Essa mudança implica a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação e a construção de parcerias. [...] No desenvolvimento do seu trabalho e na busca do cumprimento de objetivos e metas, a Equipe de Saúde deve ter consciência da existência de conflitos, sejam eles internos ou externos à equipe. Essa constatação aponta a necessidade de uma visão estratégica por parte da equipe. Sem essa visão, todo seu esforço pode ser em vão, mesmo com as melhores intenções. A busca por resultados diferentes do nosso trabalho deve ser um esforço de todos os membros da equipe, pelo qual todos devem se responsabilizar solidariamente (FARIA, *et al.* 2008, p. 61, 62 e 63, grifo do autor).

Em relação aos sujeitos que executam as ações, devemos entender, antes de qualquer coisa, que eles têm história, cultura, vontades, poderes, conhecimentos e habilidades. Têm ainda conflitos e uma visão particular do mundo. E esses sujeitos interagem com outros sujeitos e com o seu meio, modificam-se e provocam modificações. Temos ainda de considerar que, na maioria das situações do nosso dia-a-dia, não existe apenas um sujeito trabalhando, e sim um **grupo de sujeitos a que nos acostumamos chamar de equipe**. [...] (FARIA, *et al.* 2008. p. 59, grifo do autor).

## 2 JUSTIFICATIVA

Ainda em 1978, dez anos antes da promulgação de nossa Constituição Federal, tivemos no dia 12 de setembro, durante a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, A Declaração de Alma-Ata que em seu sexto parágrafo definiu:

A assistência primária à saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologia práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando mais perto possível a atenção à saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (ALMA-ATA, DECLARAÇÃO *apud* PORTO, 1994, p. 7).

Cabe dizer que no Brasil em 1988, com a promulgação de nossa nova constituição, tivemos a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que deu origem a várias legislações, levando à construção de um modelo de atenção à saúde, baseado na integralidade da atenção, com o respeito especial à atenção primária. Podemos fazer esta revisão na forma de leitura do artigo constitucional de número 198:

**Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III - participação da comunidade. [...] (BRASIL, 1988, p 92).

Atualmente, a atenção primária é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população. Essa perspectiva está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como diretrizes, no Brasil, a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito amplo de saúde (TAKEDA, 2004, p. 79).

As seguintes características são amplamente aceitas para descrever a atenção primária: a) porta de entrada para o sistema de saúde; b) responsabilidade pelos indivíduos ao longo do tempo, independentemente da presença de doença; c) integralidade da atenção; e d) capacidade de coordenar os cuidados às necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades (TAKEDA, 2004).

Há ainda, elementos essenciais, mas não únicos da atenção primária: “o registro adequado, **a continuidade de pessoal**, a qualidade clínica e **a comunicação tanto dentro da equipe** quanto com os indivíduos e suas famílias” (TAKEDA, 2004, p.79, grifo nosso).

Enfim, podemos esclarecer mais amplamente o conceito de atenção primária à saúde com a seguinte citação:

A Atenção Primária é entendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de **exercício de práticas gerenciais** e sanitárias, democráticas e participativas, **sob a forma de trabalho em equipe** e dirigidas à população de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população sob sua responsabilidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2009, p. 11, grifo nosso).

Mesmo considerando que fatores sócio demográficos sem dúvida influenciam a saúde, sistemas de saúde orientados para a Atenção Primária (AP) constituem-se em diretriz estratégica de alta relevância, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no que diz respeito à prevenção da progressão de doenças e efeitos de lesões, especialmente entre os mais jovens (STARFIELD, 2008).

A atenção primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, **não tem a prioridade que deveria ter**. No Brasil, a introdução da atenção primária à saúde foi feita no início do século XX pelo Prof. Paula Souza, na USP, mas consolidou-se, no início dos anos 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (MENDES, 2009, p. 50, grifo nosso).

A atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, deve realizar serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando houver mais de um problema. Temos como modelo de organização dos

serviços de atenção primária a Estratégia Saúde da Família (ESF), peculiar do SUS brasileiro e baseada em equipes multiprofissionais.

A ESF, sendo historicamente muito recente, não se constitui em um modelo acabado. Pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova *práxis* entre os trabalhadores integrantes das equipes (ANDRADE, 2004).

Poderíamos lembrar com a leitura de parte do texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a seguir, que todos nós enquanto cidadãos devemos ter deveres para com a construção da atenção primária à saúde:

[...] Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. [...] (BRASIL, 1990, p 1).

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, constituem um dos eixos da reordenação da atenção à saúde no SUS (VASCONCELOS *et al.*, 2009. p.10).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) faz parte deste processo quando considerada também uma estratégia que envolva não só os profissionais diretamente da área da saúde, mas todos os outros e principalmente os nossos usuários.

Tentaremos aqui contextualizar a importância da formação de novos saberes e práticas com a EPS, inserindo a concepção extraída de nosso módulo de ensino de Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde:

Por muito tempo, a educação em serviço foi sinônimo de reciclagem, entendida como capacitação para o trabalho para responder às necessidades do mercado capitalista em expansão. Na área de saúde, porém, a educação em serviço começa a ser reconstruída – como conceito e como prática – a partir de um movimento em torno da proposta de EPS da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). [...] No Brasil, recentemente, a EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde com abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS, considera o **processo de trabalho como o locus gerador de aprendizado significativo**. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação

e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados.

A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de autoavaliação, de investigação, de **trabalho colaborativo em equipe**, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera, ainda, que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de **transformação do seu saber e do seu fazer**. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONCELOS, M. *et al.* 2009. p.21 e 22 , grifo do autor e nosso).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, p.10).

O nosso Ministério da Saúde em uma contínua formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde apresentou novos caminhos para esta proposta através da criação de pólos de educação em saúde, os quais fazem saber na forma da leitura do texto seguinte:

[...] A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
  - lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS. Os Pólos deverão funcionar como *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva - Rodas para a Educação Permanente em Saúde.
- Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:
- Gestores estaduais e municipais;
  - Universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
  - Escolas de Saúde Pública (ESP);
  - Centros Formadores (Cefor);
  - Núcleos de Saúde Coletiva (Nesc);
  - Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);



- Hospitais de ensino;
- Estudantes da área de saúde;
- Trabalhadores de saúde;
- Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- Movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, p. 11).

Diante deste compromisso, a Universidade Federal de Minas Gerais, apresenta-nos em um novo modelo de ensino, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), o qual poderemos apresentar na seguinte referência:

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), na modalidade à distância, é uma realização da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Cátedra da UNESCO de Ensino à Distância/Faculdade de Educação, Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem. Essa iniciativa é apoiada pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) –, Ministério da Educação – Sistema Universidade Aberta do Brasil/ Secretaria de Educação a Distância (UAB/SEED) – e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). [...]

[...] A perspectiva é que esse Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família cumpra seu importante papel na consolidação da estratégia da Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior grau de equidade (FARIA, H. *et al.*, 2008, p. 5).

Fomos buscar em nosso portfólio do curso, em uma de nossas atividades, a nossa compreensão sobre o conceito de EPS e aqui a reproduzimos: “Portanto, a EPS deverá ser considerada como um “processo permanente” de prática auto avaliativa, de troca de saberes, de busca de conhecimentos em cada necessidade, de identificação destas e da adequação democrática em abordagens que levarão ao desenvolvimento de cada profissional. Nosso processo de trabalho será nossa nova escola. Nele aprenderemos a nos transformar também, sempre que soubermos identificar nossas próprias necessidades, alterando assim o saber e o fazer”.

Apesar de mais de trinta anos em que objetiva-se uma atenção integral à saúde das comunidades, ainda há muitas etapas a serem conquistadas e muitos problemas a serem vencidos.

Ao escolhermos o tema para este trabalho de conclusão de curso (TCC), o buscamos no diagnóstico situacional quando conflitos interprofissionais dos membros atuantes na ESF foram por nós vivenciados e quando na análise de SWOT referimos como fraqueza da equipe o relacionamento interpessoal e o não comprometimento de alguns profissionais. A partir de então, priorizamos como o problema da prática, a **dificuldade de**

**administração dos conflitos interpessoais** dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família.

Poderíamos descrever este problema esclarecendo que no cotidiano de trabalho surgem muitas diferenças de atitudes, ações e conscientização de cada um dos diferentes personagens da equipe sobre seus reais papéis enquanto agentes de transformação no processo de trabalho, o que gera graves conflitos. As divergentes atitudes levam a um entrave na organização e no planejamento das ações.

Tentaremos favorecer a melhor compreensão das causas geradoras dos conflitos interprofissionais que assolam as equipes e são freqüentemente deixados sem solução, comprometendo a operacionalização de muitas ações. A partir de então, na busca de novos conhecimentos tentaremos encontrar respostas que possam levar às soluções determinantes e ações efetivamente transformadoras do cenário vivenciado por muitas equipes, para que se tenha uma atividade laborativa salutar a todos os envolvidos. Buscar soluções para um problema que transparece ser de grande complexidade.

A equipe de trabalho que consegue executar tarefas com objetivos comuns e em princípios morais semelhantes, traduz e transmite estes ideais para a comunidade, fazendo da união e da força do trabalho uma importante ferramenta para o enfrentamento das diversas situações-problema e conseqüentemente com maior chance de obtenção de êxito.

Faremos abaixo, uma tentativa de expor em forma de uma narração a nossa própria história na atenção primária à saúde:

- Ao desejo de nos tornarmos médicos, na tenra idade dos cinco anos e posteriormente quando adentramos em nossa fase universitária, sempre tivemos em nossos sonhos de profissão o estabelecimento de uma atividade de trabalho que viesse ao encontro do desejo de mudanças na realidade de tantas vidas inseridas em uma sociedade onde a injustiça social prevalece, trazendo sofrimentos e perdas desnecessárias às nossas comunidades.

Durante uma aula em que um professor recém-chegado de seu mestrado em Saúde Pública, chamado de Yehuda Benguigui, hoje por nós sabido, membro de trabalho da Organização Mundial de Saúde, por volta do ano de 1984, mostrou aos alunos certo texto apresentado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata no mês de setembro de 1978. Neste, expunha a experiência de um agente de saúde na África, que teria conseguido uma importante redução da mortalidade infantil e melhora da qualidade de vida de certa comunidade com as simples ações de ensinar destino adequado aos dejetos humanos, lavagem das mãos e cuidados com a higiene dos alimentos.

O professor havia então, naquele breve instante “plantado as sementes da atenção primária à saúde em um solo já fértil”. Enveredamos assim pelos caminhos da saúde pública. Em nossa trajetória profissional de mais de 20 anos não poderíamos esquecer de que nosso primeiro emprego deu-se no ambulatório de um convento. As freiras trabalhavam com a Pastoral da Criança e exigiam que o atendimento médico se fizesse em caráter de assistência a todos os membros da família e com a função da educação em saúde não esquecida, além da prática de realizar visitas domiciliares para aqueles que dela necessitavam. Também havia um consultório odontológico e nós trabalhávamos fazendo elos em nossas ações. Ficamos felizes, pois, era um encaixe em nossos conceitos de “fazer medicina”.

Mas, ainda faltava algo e nós mesmos sem sabermos que havíamos conhecido os primórdios de um trabalho que se assemelhava ao Programa de Saúde da Família (PSF) partimos na busca de nossos sonhos. Precisávamos de uma titularidade. A universidade não fornecia os conhecimentos necessários a um trabalho complexo e tão abrangente. Nos moldes sociais no qual vivemos não basta apenas ser um profissional, é preciso ter “títulos” e assim sempre estivemos em nossa busca.

As dificuldades para a sobrevivência e o viver em duas vidas, colocavam sempre este desejo em espera. Surgiram então, as primeiras equipes de PSF e quando soubemos de seu trabalho, ficamos ansiosos. Tínhamos que ir ao seu encontro. Nossos sonhos e conceitos estavam se delineando como palpáveis. Não conseguíamos esquecer a forma de trabalhar em nosso primeiro emprego.

Conseguimos ingressar em uma equipe de trabalho da ESF no ano de 2002, porém, vieram junto a este fazer as tantas decepções e sentimo-nos profundamente mais frustrados e sem esperança.

Um dia tomamos conhecimento do CEABSF da Universidade Federal de Minas Gerais e ao inscrevermo-nos pensamos que não conseguiríamos ser aprovados. Nossa paixão e sentimentos certamente não seriam considerados em uma avaliação curricular. De forma humilde nos inscrevemos, mas não acreditávamos que seríamos selecionados. A felicidade foi tanta ao ver nosso nome que pensamos estar sonhando. A emoção tomou conta de nós em um momento que sempre será lembrado. O CEABSF, então, conseguiu abrir caminhos que não conseguíamos encontrar e nos deu meios para reconstruirmos nossos conceitos e renovarmos objetivos que antes nos pareciam impossíveis. Através do CEABSF pudemos encontrar o ponto exato que encaixaria a busca de mais conhecimentos em uma EPS e que possibilitaria a nossa transformação profissional e a complementação de nossos saberes.

Nos anos de atividades na ESF, percebemos e sofremos com muitas situações que prejudicavam o fazer deste trabalho e que nos pareciam demasiadamente sérias. Sentíamos-nos impotentes para resolvê-las. Muitas vezes fomos à busca de auxílio nas nossas chefias e coordenações, que sempre se mostraram incompetentes e alheias às realidades do processo de trabalho das equipes.

A procura e o encontro do conhecimento são fatores que nos fazem **ser humanos**. Devido ao que nos foi ensinado pelo CEABSF, decidimos que iríamos à busca de novas competências desejando encontrar as respostas na forma de soluções que nos levem a ações efetivamente transformadoras do cenário vivenciado por muitas equipes.

Na procura da compreensão destes conflitos, tivemos que ir ao encontro de novos saberes nas áreas da psicologia, sociologia e administração. É a interdisciplinaridade favorecendo a efetividade de nossas ações.

### **3 OBJETIVO**

Analisar as publicações relativas aos recursos humanos em atenção primária à saúde e às relações interpessoais da equipe multiprofissional no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

#### **4 METODOLOGIA**

O método por nós utilizado para a elaboração deste TCC baseou-se em análise da produção científica sobre o tema proposto, quando a partir de então fomos buscar fontes em livros textos, biblioteca virtual em saúde, publicações do Ministério da Saúde, OMS/OPS e módulos do CEABSF/NESCON. A busca do material bibliográfico na BIREME usou os seguintes descritores: Equipe interdisciplinar em saúde; Gestão em saúde e Processos grupais.

Faz-se necessário esclarecer a nossa dificuldade em encontrar nas pesquisas o tema específico investigado, porém, temas relacionados ao processo de trabalho na ESF, com administração de recursos humanos, psicologia e outros, são abordados em várias publicações e puderam nos auxiliar nessa estruturação. Fizemos assim, a sustentação da conjugação de idéias e a construção de respostas ao nosso problema de pesquisa, que seria o de encontrar causas e soluções para os conflitos que assolam as equipes de trabalho na ESF e que são negligenciados, comprometendo as ações.

## 5 RESULTADOS E ANÁLISE

Constata-se que o trabalho em atenção primária é desgastante, sufocante e que as relações tendem a se cristalizar em padrões nem sempre saudáveis. Ajuda externa é extremamente recomendável para auxiliar as equipes a modificarem essas situações (TAVARES, 2004. p. 104).

Na implementação integral de um novo modelo assistencial baseado em todas as diretrizes do SUS, a questão dos recursos humanos desempenha um papel central. A atual política de recursos humanos apresenta um descompasso entre a teoria e a prática. As conferências e os planos de saúde do governo anunciam qual o perfil dos profissionais de saúde a serem formados para atender as necessidades do SUS, mas as instituições de ensino continuam formando profissionais alheios a essas novas demandas. O resultado dessa política são profissionais formados fora da realidade, inadequados tanto em qualidade como em quantidade. No Brasil, o problema dos recursos humanos não se restringe à formação. É na administração de tais recursos que se encontram os problemas mais sérios. Muitos recrutamentos ainda são feitos com critérios clientelísticos e influências políticas. Inexistem planos de cargos e salários unificados, as diferenças salariais são acentuadas tanto entre instituições como entre diferentes regiões do país e, em geral, o salário é muito baixo (PUSTAI, 2004. p. 74).

A efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS depende de esforços interdisciplinares e intersetoriais, uma vez que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são, conforme a Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal 8.080: alimentação; moradia; saneamento básico; meio ambiente; **trabalho**; renda; educação; transporte; lazer e acesso a bens; serviços essenciais; entre outros. Desta forma, as ações de promoção do bem-estar físico, mental e social dependem de intervenções nesses condicionantes para atender à **perspectiva biopsicossocial** preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANDRADE, *et al.* 2009, p. 67, grifo nosso).

Os membros atuantes de uma equipe da ESF precisam estar inseridos em um trabalho que atenda a esta perspectiva e traga o sentimento da felicidade.

Desejos concretos são satisfeitos à medida que os realizamos. Pontos de pequenas felicidades. Sentimo-nos felizes quando realizamos determinada meta proposta. [...] (LIBÂNIO, 2009).

As fontes da infelicidade são infinitas. A lista se ampliaria sem limites. Apontam-se, aqui, algumas a mais, simplesmente sem ulterior explicação: **difficuldade de relacionar-se com os outros**, entulhar o ser com o ter, alimentar expectativas irreais, **não conhecer nem respeitar os próprios limites e dos outros**, não ter compaixão consigo nem com os outros, entregar-se à revolta, o paradoxo do trabalho ao sentir-se frustrado porque não tem trabalho e infeliz porque tem de trabalhar, incapacidade de transcender e de desenvolver amizade, o peso da realidade social e da própria estrutura psíquica, o ceticismo e cinismo diante da felicidade, a competição na atual sociedade, o tédio e excitação, a fadiga, a inveja diante do sucesso dos outros, a mania de perseguição, o medo da opinião pública, etc. (RUSSEL, 1956 *apud* LIBÂNIO, J.B., 2009, p. 642, grifo nosso).

A felicidade aqui, na história, nunca será término, fim, mas só caminho que nunca descansa definitivamente numa meta. Quando a atinge, inicia-se outro. E são os caminhos para a felicidade que nos ocuparão a atenção. Como as fontes da infelicidade são intermináveis, assim, também, os caminhos para a felicidade são inumeráveis. “Nem todos propiciam o mesmo tipo de felicidade. O pressuposto básico é: a felicidade não é estado adquirido, mas um caminhar. A felicidade são momentos no caminho que construímos” (LIBÂNIO, J.B., 2009, p. 644).

Enfim, através deste trabalho, esperamos construir um caminho de felicidade para todos que integram o processo de trabalho da ESF, com a conseqüente transformação social almejada pela nossa constituição, dita “Constituição Cidadã”.

## 5.1 O Trabalho em Equipe

Em nossa busca de conceitos sobre o trabalho em equipe, nos pareceu importante a citação de que poderia o mesmo ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador (PIANCASTELLI, 2000).

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).



Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores tem destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual. Apesar deste reconhecimento, constatamos, na prática, muitas dificuldades em realizar o trabalho em equipe. Em parte, isto se deve às diferentes percepções do que seja uma equipe de trabalho (PIANCASTELLI, *et. al.*, 2000).

Diante do anteriormente exposto, poderíamos inserir aqui, o que mais nos reflete o verdadeiro sentido de trabalho em equipe, consoante com a ESF: - É um conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido (PIANCASTELLI, 2000).

Atualmente, tem-se agregado, ainda, a idéia de que, no desenvolvimento do processo de trabalho e na busca de seus objetivos, os componentes da equipe deverão criar as condições necessárias ao crescimento individual e do grupo (PIANCASTELLI, *et al.*, 2000. p. 46).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a **possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro**, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456, grifo nosso).

A equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/re-estruturação. Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso do PSF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos (FORTUNA, *et al.*, 2005, p. 268).

O trabalho em equipe na área da saúde apresenta-se de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento. A interdisciplinaridade no trabalho em equipe no PSF se apresenta como uma alternativa para provocar mudanças na formação dos profissionais envolvidos no programa e também para favorecer a efetivação de um espaço democrático na relação de trabalho. Entretanto, os profissionais da área da saúde não podem ser vistos como os únicos responsáveis pela desconstrução/construção de uma prática interdisciplinar. É necessário que se levem em conta as condições objetivas, históricas, materiais e subjetivas para a sua concretização (LEITE e VELOSO, 2008, p. 378).

O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde da população requer que as várias categorias profissionais trabalhem em conjunto, a partir da integração dos campos de conhecimento acumulados nas diversas profissões e também do saber da comunidade, este reconhecido como importante fonte de conhecimento (LEITE; VELOSO, 2008, p. 379).

Ao relatarmos a importância do **compromisso** poderemos fortalecer sua significação ao apresentarmos a leitura que esclarece a necessidade de que para a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, é considerado imprescindível que os trabalhadores envolvidos, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, fazendo-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, grifo nosso).

Na construção deste, relembramos através de nosso portfólio construído ao longo do curso, texto por nós escrito, não apenas como atividade de aprendizado, mas, como uma expressão de nossos sentimentos em forma de desabafo quando já apresentávamos a angústia de não conseguir edificar em nossa equipe o que desejávamos com as novas competências adquiridas no CEABSF:

- “Como poderia eu mudar esta inércia que advém de uma multiplicidade de fatores. Fatores inerentes às pessoas, com suas próprias personalidades e outros inerentes à própria instituição e seus gestores. Não há liderança na equipe e nem conscientização das obrigações de cada um, com suas responsabilizações. Busco através de bons exemplos e palavras fazer entender os objetivos e meios de nosso processo de trabalho, porém, percebo que os maus exemplos e os vícios de julgar as pessoas os fazem decidir por condenações às mesmas, em uma visão absolutamente equivocada da finalidade de nosso trabalho”.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 463).

Falar de trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso. É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são “negativos”, “ruins”, ou algo a ser evitado, mas são inerentes às relações, são possibilidades de crescimento, se forem trabalhados (FORTUNA, 2005, p. 267).

Fizemos a confirmação de nossas observações ao buscar saberes e na forma da compreensão do texto revelador de que na estruturação de serviços com base nas equipes de saúde contribui-se para a quebra da divisão do processo de trabalho, para a responsabilização pelos problemas apresentados e para a superação da inércia e indiferença burocrática dos serviços públicos de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Este relato pode ser ainda mais favorecido em nossa procura por respostas, quando inegavelmente temos a consideração de 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 (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A idealização do trabalho em equipe na ESF pode ainda ser bem esclarecida no texto abaixo exposto:

A atividade de trabalho de uma equipe se integra permanentemente com outros serviços e outras equipes. Existe uma rede relacional mais ou menos informal que se constrói no trabalho coletivo. As principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho. Os trabalhadores de saúde são sujeitos de processos de trabalho que os aproximam e os afastam da crença de que é possível um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade da atenção. E para um novo projeto, é preciso tornar-se um agente de mudanças (SCHERER *et al.*, 2009, p. 724 e 725).

Para finalizar nossa contextualização sobre o trabalho em equipe, gostaríamos de incluir parte do texto estudado por nós durante a Unidade Didática I e no módulo de ensino que aborda Modelo Assistencial em Saúde e Gestão do Trabalho na Equipe de Saúde da Família:

[...] Historicamente, o que vemos nas instituições de saúde é uma cultura onde as Equipes locais têm pouca clareza de sua missão, têm pouca autonomia e, conseqüentemente, pouco compromisso com sua missão e com o projeto político proposto. Como consequência disso, todo o processo de gestão local é de baixa qualidade. Não há planejamento das ações, há pouco uso da informação para tomada de decisão, não se avaliam os resultados alcançados, e assim por diante (FARIA *et al.* 2008, p.55).

Quando pensamos em trabalho em equipe devemos sempre ter a atenção de que o saber e o fazer no trabalho das equipes que atuam na ESF devem produzir uma convergência para o **cuidado em saúde** e, portanto para esta meta vir a ser atingida deveremos estar comprometidos no fazer com qualidade.

## 5.2 Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde é um conceito construído com base em determinados parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais de determinada sociedade em dado momento histórico. Nesse sentido, trata-se de um conceito subjetivo que se modifica conforme se transformam os parâmetros que o constituem (BRASIL, 2010, p.14).

Qualidade é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis dado o presente estado da arte. Pode-se afirmar que toda prestação de serviço em saúde tem dois componentes de qualidade: o **operacional**, que é o processo propriamente dito, e o outro de **percepção**, ou como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido, e os prestadores se sentem na oferta que fazem (BITTAR, 1999, p. 357, grifo nosso).

O trabalho em equipe no contexto do PSF ganha uma nova dimensão no sentido da **divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe**, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a **qualidade da prestação das ações de saúde**. Nesse sentido, concordamos com Paim *et.al.* ao afirmarem que um profissional de saúde, e em especial de saúde pública, necessita das seguintes características: capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde; exercício de um agir comunicativo ao lado do pensamento estratégico; *advocacy* ou habilidade para proceder à denúncia de situações e convencimento de interlocutores; **tolerância e diálogo em situações de conflitos**; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas e finalmente permanente questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.460, grifo nosso).

Na busca de uma melhor definição de qualidade na prestação do cuidado em saúde, consideramos importante apresentar o pensamento que expõe:

O termo “cuidado em saúde” tem interpretação pouco precisa, tal como ocorre com o conceito de qualidade. Assim sendo, tratar da qualidade do cuidado em saúde constitui-se num grande desafio, na medida em que a compreensão de seu significado depende de um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada apenas em termos técnicos pelos profissionais de saúde. É preciso reconhecer as preferências individuais e sociais, buscando equacioná-las na garantia da equidade. A qualidade do cuidado é um conceito que agrega muitos componentes, dentre os quais destacam-se: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade (FEKETE, 2000, p. 51).

Em nosso processo de aprendizagem, tivemos entre tantos outros compartilhamentos de competências o que nos ensinou especialmente que a qualidade de um objeto pode ser avaliada pela presença/ausência de atributos no objeto, uma vez que este julgamento está sempre vinculado a expectativas, individuais ou coletivas, que construímos em relação a eles. A identificação dos critérios/atributos que vão orientar o nosso trabalho é importante para o encontro da qualidade do cuidado prestado aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Os diversos agentes que atuarão na prestação do cuidado terão diferentes expectativas na definição desses atributos. O entendimento dessas expectativas e o atendimento a elas deverão estar sempre presentes nas ações das equipes de saúde, para o planejamento, execução e suas avaliações. Alguns atributos relacionados à qualidade da prestação do cuidado podem ser enumerados para uma melhor compreensão:

1. Eficácia: diz respeito à possibilidade de a ação desenvolvida resultar na solução do problema para o qual a ação está dirigida.
2. Eficiência: diz respeito à relação custo/benefício, da nossa capacidade de utilizarmos bem os recursos disponíveis e produzirmos a maior quantidade possível de ações.
3. Efetividade: diz respeito à combinação dos dois atributos anteriores, ou seja, a eficiência e a eficácia.
4. Equidade: diz respeito à forma como distribuímos as ações que oferecemos. Aqui, devemos considerar que os problemas e necessidades de saúde têm uma distribuição desigual na sociedade, fruto da distribuição e da ação também desigual dos seus determinantes e condicionantes. Buscar a equidade implica conhecer as situações de risco e de vulnerabilidade e distribuir as ações em função desse diagnóstico.
5. Oportunidade: diz respeito ao momento em que oferecemos o cuidado, ou seja, se ele acontece no momento em que é necessário.

6. Continuidade: diz respeito à forma como o cuidado iniciado em um nível assistencial se articula e continua em outros níveis assistenciais em função das necessidades do usuário.

7. Acessibilidade: diz respeito à dificuldade ou facilidade de se ter acesso a uma ação de saúde.

8. Aceitabilidade: está relacionado com a aceitação de uma determinada ação pela população. Informa sobre a adaptação da ação às expectativas e valores individuais e coletivos.

9. Otimidade: diz respeito ao custo/benefício de uma ação.

10. Legitimidade: este atributo diz respeito à representação social de uma ação.

11. Ética: na busca da qualidade do cuidado, além dos atributos anteriormente considerados temos que avaliar também se o cuidado prestado pela Equipe é eticamente adequado.

Analisando todos esses atributos nos permitiremos avaliar até que ponto as ações que desenvolvemos e o cuidado que proporcionamos satisfazem às expectativas dos diferentes atores envolvidos na prestação de serviços de saúde, até que ponto estamos conseguindo resolver os problemas e até que ponto estamos utilizando adequadamente os recursos e preciosos recursos disponíveis (FARIA, *et al.* 2008).

Em virtude da expansão em grande velocidade da ESF e com o objetivo de organizar a Atenção Primária à Saúde, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde desenvolveu a Avaliação para a Melhoria Contínua da Qualidade (AMQ), cujas metodologias deverão impulsionar esses processos de melhorias e garantir que as ações em saúde estejam de acordo com os seus princípios e diretrizes.

Apresentamos a seguir a carta de princípios que garante os direitos dos usuários do SUS e que também fez parte da construção da AMQ:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.

3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Gostaríamos de introduzir nesta parte de nosso trabalho, elementos do material de treinamento para o controle de qualidade nos serviços básicos de saúde, na forma dos próximos onze parágrafos, estruturado pelo Ministério da Saúde do Brasil e os quais julgamos de extrema relevância para o alcance de nossos objetivos:

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais para as necessidades de saúde da população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS/SF) apresenta uma série de características que a tornam um cenário particular de práticas, exigindo de todos os atores envolvidos mobilização e compromisso. Elegem a APS/SF como eixo norteador e como tal, deve “promover a organização de redes de atenção à saúde que possibilitem a consolidação de um sistema de saúde pública universal, integral e de qualidade” (BRASIL, 2010, p. 18).

Entretanto é importante entender que o conceito de qualidade é relativo e complexo. O significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados (BRASIL, 2010).

As definições de qualidade que abordam pontos de vistas mais comuns, de modo geral, incluem “aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos, adequação para uso, que, de certa forma, definem características das ações e/ou serviços de saúde” (BRASIL, 2010, p. 18).

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação (BRASIL, 2010).

Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988; 1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no **modelo sistêmico**, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em **dimensões ou atributos que definem a qualidade**, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (BRASIL, SAS, 2010, grifo nosso).

A abordagem baseada no modelo sistêmico é observada nos aspectos de estrutura, processo e resultado. Esses podem ser assim definidos:

- Estrutura: representa características relativamente estáveis no sistema (recursos humanos, físicos, materiais, insumos e normatização do serviço);
- Processo: determina como o sistema realmente funciona (atividades realizadas pelos serviços de saúde); (BRASIL, SAS, 2010, p. 19).
- Resultado: mudanças observadas no estado de saúde, comportamentos da população-alvo etc. (BRASIL, 2010, p. 20).

A atribuição de valor de uma intervenção poderá variar de acordo com o padrão de qualidade utilizado, portanto, é importante utilizar padrões validados, o que legitima o julgamento (BRASIL, 2010).

Para julgar o valor ou qualidade de uma intervenção, temos que comparar os aspectos encontrados com alguma “coisa”, para tanto utilizamos normas, critérios e padrões. No nosso caso, utilizamos “padrões de qualidade, que são referências consensuadas com base em parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais. O padrão é a declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal” (BRASIL, 2010, p. 20).

Em que pesem as limitações do modelo sistêmico, este ainda é o referencial teórico mais utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, por causa de sua utilidade e simplicidade (BRASIL, 2010).

A seleção dos atributos da qualidade deverá ser especificada em cada contexto, a depender do objeto a ser avaliado, e deve apresentar coerência e interdependência entre si. Em síntese, os principais atributos da qualidade podem ser definidos da seguinte forma:

- Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isto é, ele pode funcionar?
- Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro” é a relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?
- Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar dado os recursos empregados?
- Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.
- Acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis.
- Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.
- Adequação/cobertura: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.
- Aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares.
- Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo dos serviços ofertados.



- Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.
- Qualidade técnico-científica: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível (BRASIL, 2010, p. 20).

É importante ressaltar que a seleção de um único atributo não vai conseguir dar conta de toda a complexidade que são os programas e serviços de saúde. Para caracterizá-los como de boa ou má qualidade, é necessário escolha de uma gama desses atributos. Um serviço pode ser efetivo, mas não ser eficiente, tornando a implantação inviável. Da mesma forma, um serviço pode ser eficiente, mas ter baixa aceitabilidade da população (BRASIL, 2010).

A melhoria da qualidade requer o envolvimento de todos os interessados (gestores, usuários, profissionais). Para tanto, torna-se necessário dar mais ênfase ao processo de trabalho, dinâmica, vínculos e estímulo aos compromissos pactuados. Além disso, é fundamental proporcionar maiores investimentos em capacitação e processos de educação continuada. Em um mundo cada vez mais complexo, o caminho para promover as mudanças necessárias deve considerar, cada vez mais, o envolvimento dos sujeitos.

Assim, será sempre um desafio buscar aproximação do conceito de qualidade. “No campo das práticas em saúde, podemos dizer que avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas. **Para conhecer a qualidade ou para melhorá-la, é necessário avaliar**” (BRASIL, 2010, p. 22, grifo nosso).

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação (BRASIL, 2010).

Nos últimos anos, a avaliação de programas e serviços de saúde tem crescido no Brasil não apenas no campo acadêmico, mas nas diversas tentativas de trazê-la para o cotidiano dos serviços. A exigência cada vez maior de se promover um aperfeiçoamento contínuo dos programas e serviços ofertados coloca o modelo teórico da avaliação da qualidade como importante instrumento para a gestão do sistema e dos serviços de saúde (BRASIL, SAS, 2010, p.40).

É necessário valorizar mais os laços, vínculos, respeito e responsabilização para promover o cuidado. É esse potencial de mobilização que o projeto AMQ vem proporcionando quando promove a reflexão dos atores em relação ao papel de cada um, suas motivações, responsabilidades (individuais e coletivas), e o que é possível transformar a partir da análise da governabilidade e da valorização das relações interpessoais (tecnologias leves) como diretriz de cooperação para atingir a melhoria da qualidade (BRASIL, 2010, p.41).

Alguns princípios da MCQ:

- Considerar obrigatoriamente o ponto de vista do usuário
- Contar com a participação ativa dos integrantes
- Ser uma atividade desenvolvida no âmbito interno do serviço e fazer parte da rotina de trabalho
- Prevenir os erros por meio de correções com foco prioritário nos processos de trabalho
- Crer que o que está bom pode ser indefinidamente melhorado
- Não permitir limitações ou entraves externos à atuação da equipe
- Ter o apoio e o compromisso das chefias ou dos níveis hierárquicos superiores da gerência (BRASIL, 2010, p.47).

As ferramentas da qualidade são técnicas que utilizamos com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. O uso não é difícil, porém devemos escolher a ferramenta mais adequada para cada etapa do ciclo. Os conhecimentos necessários são os básicos. Também podemos utilizar programas de computador, como editores de planilha, para processar os dados (MALIK; SCHIESARI, 1998, *apud* BRASIL, 2010).

Na AMQ, dispomos de dezenove ferramentas que correspondem a várias etapas do ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade. Na etapa de Planejar as mudanças, dispomos entre outras da Análise SWOT, sobre a qual teceremos comentários para sua explicação, uma vez que foi através desta, no diagnóstico situacional da equipe na qual desenvolvemos nossas atividades, que decidimos finalmente pela escolha do tema deste TCC.

Discorrendo acerca da SWOT, é um acrônimo das palavras inglesas *strengths* (fortalezas), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). É uma ferramenta muito simples e útil para a realização de análise de cenário ou ambiente interno e externo na qual uma equipe ou serviço de saúde está inserido. A análise SWOT seria então uma maneira da organização identificar de forma integrada sua posição estratégica em determinado tempo e espaço, tanto no cenário interno quanto externo. Essa ferramenta será muito útil no contexto da Saúde da Família. A proximidade das equipes de saúde com a comunidade torna essencial a análise do contexto de inserção do serviço (BRASIL, 2010).

Uma parte da análise SWOT diagnostica o ambiente interno da equipe ou serviço, identificando os pontos fortes e fracos, que serão responsáveis por facilitar ou dificultar o alcance das metas propostas para o corpo de profissionais ou organização. Os pontos fortes deverão ser fortemente realçados no conjunto da equipe e os pontos fracos deverão ser corrigidos ou terem, minimamente, os efeitos reduzidos. É importante destacar que essas forças internas positivas e negativas estão sob maior controle dos profissionais, já que

correspondem a características do serviço ou dos processos de trabalho que se formaram pela própria ação dos profissionais ou gestores. Dessa forma, devem ser considerados como potencialmente modificáveis pela própria intervenção dos atores relacionados ao serviço.

A análise SWOT também avalia o ambiente externo da equipe ou serviço, onde se busca identificar as oportunidades e as ameaças que se colocam para a organização em determinado tempo e espaço. Geralmente, esses fatores estarão fora do controle dos profissionais, mas deverão ser trazidos à tona para que estratégias possam ser estudadas, levando-se em consideração o potencial para se aproveitar caminhos oportunos de ação junto à comunidade, famílias, usuários ou, mesmo, gestores (BRASIL, 2010).

Os principais objetivos da análise SWOT: Obter uma fotografia do cenário interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) do serviço de saúde; identificar pontos-chave para a gestão do serviço de saúde e identificar as melhores estratégias para a inserção do serviço de saúde na comunidade (BRASIL, 2010).

A análise SWOT deve sempre ser feita em grupo, agregando as contribuições dos diversos profissionais do serviço, incluindo a gestão. O tempo deve ser minimamente controlado e estima-se que uma hora é o tempo adequado para que a equipe alcance resultados significativos com a aplicação da técnica. Deve-se disponibilizar uma superfície grande (quadro, cenário etc.) e canetas. A matriz SWOT deve ser desenhada e a participação de todos estimulada. Os presentes devem indicar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças no cenário da equipe e/ou serviço. Após a realização da matriz SWOT, a equipe deve fazer uma análise dos pontos levantados em cada célula, buscando compreender o cenário interno e externo em que está inserida, bem como tentando estabelecer estratégias de intervenção nesse cenário. Essas estratégias devem conduzir à maximização das oportunidades e à minimização das ameaças do ambiente e ser construídas com base nos pontos fortes da equipe e serviço, buscando a redução dos efeitos das fraquezas. Assim, a análise dos pontos levantados na matriz SWOT deve levar em consideração o cruzamento dos fatores relacionados ao ambiente externo e interno da organização (BRASIL, 2010).

Consideramos oportuno ressaltar, que não tivemos participação na construção do diagnóstico situacional da equipe na qual estamos inseridos, visto que, nossa estada é recente. Quando tomamos conhecimento da análise de SWOT, na qual dentro dos **pontos fracos**, estavam: - Integração da Equipe; - Dificuldades no relacionamento interpessoal; - Não comprometimento de alguns profissionais; - Desigualdade na valorização profissional; e nas **ameaças**: - Falta de ética por parte de alguns profissionais e - Desmotivação da equipe; ficamos estimulados para trabalhar este tema, já que nossas avaliações apenas

observacionais eram muito intensas quanto à gravidade do assunto para o processo de trabalho da ESF.

Com as indagações advindas de nossas observações sobre tal problemática e através das novas competências adquiridas com o CEABSF, partimos para a busca de respostas na área de recursos humanos em saúde.

A análise dos referenciais teóricos apresentados até aqui relativos à abordagem sobre processo de trabalho em saúde nos desvela que as nossas ações dependerão da nossa compreensão e do nosso grau de comprometimento com o fazer em saúde. Deveremos ter o conhecimento do projeto político e social que fundamenta a atenção primária à saúde e do todo em um processo de trabalho que será construído com bases solidificadas pelo saber planejar e avaliar continuamente em equipe. Esta equipe deverá estar coesa pela missão comum pautada na qualidade dos serviços em saúde, pelo respeito aos seus atributos e na oferta do cuidar aos que dele necessitam e que são a razão do nosso trabalho, os usuários dos serviços de saúde.

### **5.3 Recursos Humanos em Saúde**

Tanto na esfera acadêmica quanto nos fóruns políticos e técnicos do SUS, a questão dos recursos humanos em saúde há muito deixou de ser tema de especialistas e passou a integrar, como ponto crítico, a agenda de mudanças na gestão e operação dos sistemas e serviços de saúde. No ambiente da Reforma Sanitária Brasileira, os esforços de mudança nos paradigmas e inovação nas práticas deparam-se sistematicamente com déficits de adequação, de competência e de motivação dos profissionais de saúde. Reféns de graduações distanciadas das necessidades e da dinâmica do trabalho em saúde, e vítimas da ausência crônica de políticas qualificadoras de seu trabalho cotidiano, esses profissionais muitas vezes são relegados pela sociedade a vilões ou cúmplices dos descaminhos da saúde (BRASIL, 2006).

Em nosso primeiro parágrafo sobre este tema, já nos foi possível adentrar nas dificuldades e complexidade que o envolvem, portanto não poderíamos deixar de buscar elementos que nos conduzam a melhores esclarecimentos e podemos dizer que na forma do texto seguinte foi esclarecedor a diversidade que as alberga:

A formação de recursos humanos para a saúde é um importante tema e uma crucial questão em busca de equacionamento que, há longo tempo, vem preocupando educadores, pesquisadores, planejadores e formuladores

de políticas públicas para a área da saúde. As dificuldades a serem enfrentadas nesse terreno podem ser melhor compreendidas quando se pensa que, no momento contemporâneo, a formação desses profissionais, consideradas as diferentes categorias que o campo da saúde abarca, deve envolver um conjunto de variáveis que permitam aliar o domínio da técnica com a capacidade de agir politicamente, com o sentido de garantir que os princípios e as diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde sejam preservados e fortalecidos, de maneira que sua implementação aconteça sob os marcos dos direitos sociais e da atenção integral à saúde com equidade e universalidade (BRASIL, 2006, p. 17).

As mudanças no modelo de atenção têm início durante o processo de formação e dependem da adesão e da qualidade do trabalho desenvolvido pelo profissional que, por sua vez, tem direito a condições de trabalho dignas, remuneração justa e possibilidade de manter-se atualizado em relação aos avanços científicos e tecnológicos que ocorrem no âmbito de sua profissão (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, formar recursos humanos para a saúde representa firmar uma estreita e articulada parceria entre as políticas das áreas da educação e da saúde, às quais deve estar aliadas a de ciência, tecnologia e inovação em saúde, para atender aos requerimentos do sistema de saúde, dando corpo a um movimento que demonstre ser necessário romper com prática de políticas setoriais isoladas (BRASIL, 2006).

As alterações na formação dos profissionais da saúde são complexas e envolvem mudanças conceituais, de postura e de relações institucionais, assim como obriga o enfrentamento de conhecimentos e valores hegemônicos cristalizados nas estruturas da Universidade (FEUERWERKER, 2002). Tais processos implicam potenciais conflitos, pressões e confrontações constantes e, por essa razão, estão sempre em situação de risco de não se concretizarem. Além do que, a formação dos profissionais da saúde está estreitamente relacionada às tendências econômicas e políticas que caracterizam o mundo atual (BRASIL, 2006).

O Brasil tem investido na construção de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs) para contribuir na superação dos desafios da consolidação e do fortalecimento do SUS, no que se refere ao trabalho em saúde e à formação dos trabalhadores desse setor. Poderemos deste modo, aqui apresentar elementos da publicação que trata do assunto, nos trazendo informações e análises de interesse.

No caso do setor saúde, a despeito da participação do pagamento de pessoal nos custos dos sistemas de saúde, causa perplexidade a histórica negligência e mesmo ausência de políticas para RH. Tal fato pode ocorrer em razão de:

- abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem

- contemporânea, em nível micro, que se concentra na motivação e no desempenho;
- políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
- não valorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com autonomia e regulação profissional próprias, mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 52 e 53).

Tivemos no ano de 2005, mais precisamente no período de 4 a 7 de outubro, em Toronto no Canadá, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, cujos participantes no reconhecimento de sua importância criaram o documento dito **Chamado à Ação**, cujo objetivo é a promoção de esforços conjuntos para uma **Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas** (2006-2015). Esta pressupõe a necessidade de realização de esforços de longo prazo, intencionais e coordenados para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as regiões das Américas.

Estes esforços devem basear-se nos seguintes princípios:

- **Os recursos humanos são a base do sistema de saúde:** O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde conforma a base social e técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento. A contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.
- **O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social:** O trabalho em saúde é um serviço público e um bem social de grande importância para o desenvolvimento humano. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.
- **Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde:** O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, através de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Este processo social tem os trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas (BRASIL, 2006, p. 3 e 4).

A Organização das Nações Unidas (ONU) preocupa-se com o número crescente de pobreza no mundo. Muitas agências bilaterais e multilaterais tentam reduzir esta pobreza e alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento. Há consenso das relações entre pobreza, baixo crescimento econômico e péssimas condições de saúde (MARTINEZ e MARTINEAU, 2002 *apud* PIERANTONI, *et al.*, 2004, p. 54).

Desta forma, consideramos importante relatar que países pobres que possuem baixa capacidade institucional, particularmente para a implementação da política no setor saúde, têm demonstrado recorrentes fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor e também têm o **planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde como pontos nodais** para o equacionamento dos profundos problemas relacionados a essa baixa capacidade (PIERANTONI *et al.*, 2004, grifo nosso).

Diante desta importante citação, coloca-se:

[...] as abordagens conceituais do termo **recursos humanos** sofrem uma evolução, sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho - emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho - e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como "ser social" e a sociedade (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 54, grifo do autor).

Assim, na agenda internacional, diversificados atores confluem esforços para a superação dos desafios de RH na área da saúde, resumidos em quatro grandes objetivos:

- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- **garantir competências e habilidades chave** para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;
- fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de Rh no setor saúde (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 55, grifo nosso).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, a médio e a longo prazo que incluem:

- **curto:** fortalecimento de práticas gerenciais; advocacy; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação das novas práticas;
- **médio:** estudos da implementação e do impacto das políticas (custos da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de RHs;
- **longo:** fortalecimento da capacidade de formuladores de política regional e nacional; construção de infra-estrutura (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 55).

Visto que as condições de trabalho estão alocadas entre as estratégias de médio prazo a serem implementadas consideramos conveniente traçar também as relações existentes entre trabalho, trabalhador e saúde, que foram extraídas de nosso material de aprendizado oriundo do CEABSF.

O trabalho constitui a atividade pela qual o homem transforma a natureza e, neste processo, se transforma. Na nossa sociedade, o trabalho é importante não apenas como fonte de renda que permite aos trabalhadores e suas famílias acesso ao consumo de bens e serviços, mas, também, como fonte de reconhecimento e de honra. Portanto, o trabalho constitui fonte de realizações, gratificações pessoais e reconhecimento pela coletividade. **No trabalho ou por meio dele os indivíduos interagem, estabelecem relações de camaradagem, amizade, cooperação, responsabilidade.** Não ter trabalho comumente é fonte de sofrimento, não apenas pelo fato de excluir os indivíduos do universo do consumo, mas por afastá-los de uma fonte de dignidade e respeito valorizada em nossa sociedade. Isso por si só justifica várias situações de adoecimento, relacionadas, ou não, ao trabalho – o estresse, a depressão, a insônia, o suicídio, entre outros. O entendimento de como a saúde e a doença das pessoas podem ser influenciadas pelas atividades que elas exercem para o sustento próprio e de seus dependentes passa pela compreensão do que seja o trabalho e sua importância na constituição da nossa sociedade e da identidade dos indivíduos. Para tal, é preciso ter clareza de qual atividade estamos tratando quando falamos de trabalho, quem são os trabalhadores e qual é o panorama do mundo do trabalho vigente no Brasil (SILVEIRA, 2009, p. 14 e 15, grifo nosso).

As questões relativas ao trabalho e aos trabalhadores, em especial da área da saúde, seguramente estão na agenda mundial em aspectos tão diversos quanto os relativos ao próprio trabalhador (como exclusão, desemprego prolongado, insegurança, **falta de qualificação para o trabalho**). A saúde encontra-se relacionada com condições de vida e de desenvolvimento de uma sociedade, e, mais ainda, esses “males” atemorizam e aproximam-se de países centrais, que veem suas condições de vida e trabalho a caminho do bloco dos excluídos (PIERANTONI *et al.*, 2004, grifo nosso).

A partir dessa configuração, traremos mais alguns aspectos por nós considerados importantes e que também apontam para a complexidade que envolve a área de recursos humanos e o trabalho em saúde:

[...] A valorização da Ciência e da Tecnologia modifica o trabalho alterando produtos, processos ou a gestão, e, para além da incorporação de tecnologia armada, dos trabalhadores exigem-se novos perfis adaptativos. Estes demandam nova conformação da capacidade laboral de diversos setores da economia, ditada por tendências, às vezes contraditórias, relacionadas com a polivalência, a ausência de especialização, a capacidade de inovar, a ênfase do trabalho em equipe, a qualificação, a autonomia, a responsabilização e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de novas competências. A velocidade com que esses novos perfis são demandados, aliada a proposições inovadoras aplicadas em



estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver hoje formas híbridas de organização do trabalho. Assim, persistem processos de trabalho com ausência de participação efetiva dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamento ou especializações que visam a mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada, entre outras (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 68).

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são postas em prática, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que **esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais** (SANTANA, 2001, grifo nosso).

Ao iniciarmos a abordagem sobre o tema das práticas gerenciais, e visto que como integrantes das equipes de ESF, somos representantes da porta de entrada para o SUS, gostaríamos de incluir a citação de publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde que trata do tema:

Restringindo-nos ao âmbito do SUS, cabe destacar, no que diz respeito aos recursos humanos, a existência de uma **relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores** no processo de produção e consumo de cuidados de saúde. Metodologicamente, pode-se delimitar dois campos de atuação para as ações do sistema que implicam na relação entre trabalhadores e sistema de saúde: o campo da Gestão e o campo do Desenvolvimento. Tradicionalmente, temos o hábito de compartimentalizá-los, tomando o primeiro como o que cuida do recrutamento e seleção, cadastro e remuneração, lotação e movimentação e direitos e deveres, e o segundo com responsável pelas ações de formação, estágios, qualificação, treinamentos e outras modalidades de preparação de recursos humanos. Esta racionalidade sempre foi encontrada no campo de RH em Saúde, na lógica da administração pública burocrática, implantada a partir da segunda metade do século XIX. Ainda presidem as estruturas organizacionais, estando colocadas como um dos inúmeros desafios a serem enfrentados para a reestruturação do sistema. Convém mencionar que muitos dos problemas de recursos humanos, só possuem solução a partir de mudanças no Estado brasileiro e na sociedade como um todo. Entendendo o SUS como dinâmico e em permanente processo de construção, essas mudanças estão no campo das possibilidades. Não é possível reestruturar o sistema de saúde mantendo os agentes vivos do processo em uma lógica de gestão cuja rigidez é obstáculo à mudança (BRASIL, 2003, p.112 e 113, grifo nosso).

Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde. Para isso, é indispensável elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, buscando sempre a inovação e o aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde (SANTANA, 2001, p. 219).

Assim, é prudente o estabelecimento de modelos de gestão que possam assegurar efetividade aos serviços de saúde que conforme já relatado apresentam-se como uma organização constituída por diversos elementos relacionados entre si.

### 5.3.1 Gestão do Trabalho

Na elaboração de nosso TCC, teremos que estruturar soluções que possam vir a ser base para o processo de transformação necessário à consolidação de uma verdadeira equipe, portanto, compreender a gestão do trabalho é um elemento de fundamental importância neste processo.

O “novo” campo de atuação da gestão do trabalho em saúde e do gestor de RH pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces/intermediações com as corporações profissionais, o mercado educativo e a sociedade (PIERANTONI *et al.*, 2004, p. 68).

Em nossa construção de novas competências e na continuidade deste TCC que vai se consolidando com muitas respostas às questões que a ele deram origem, encontramos nas publicações de nosso Ministério da Saúde, um importante texto que a nós foi esclarecedor e o qual julgamos relevante acrescentar neste, parte que fundamenta nossos objetivos:

[...] Quais são os objetivos da gerência de recursos humanos nos serviços de saúde? Em vez de apresentar um elenco de afirmações, talvez seja mais prudente, exercitando o método da problematização, abordar este tema por meio de outras perguntas mais específicas:

- quais as formas de intervenção para enfrentar as consequências prejudiciais da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em

desumanização e risco no atendimento, alienação do trabalhador e prejuízo ou desperdício para os serviços?

• **como buscar solução para os conflitos ocorrentes na produção dos serviços de saúde** resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e dirigentes/chefias nesses serviços?

• como contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços, quando as estratégias de defesa de seus interesses interferem com o atendimento dos que necessitam de tais serviços?

• como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, sobretudo no caso do setor público?

• que medidas promover para estimular os trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando à melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde?

Esse exercício de problematização nos permite chegar a uma síntese do que seriam os objetivos e, com isso, reconhecer a importância da gestão do trabalho em saúde como o processo destinado a:

• evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais;

• mediar os conflitos de interesse que, muitas vezes, surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários;

• contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento (SANTANA, 2001, p. 224 e 225, grifo nosso).

São hoje certamente indispensáveis mudanças radicais no modo de compreender e gerenciar o trabalho em saúde. O Sistema Único de Saúde, para honrar seus princípios e cumprir suas diretrizes, exige a implementação de ambientes de formação e regulação do trabalho em saúde que levem os profissionais a superar o papel de operadores limitados a quase passivos de rotinas gerenciais e assistenciais anacrônicas às necessidades de saúde, e possam se erigir em sujeitos instituintes de mudanças nas práticas dos serviços de saúde, fundadas na atenção integral, humanizada e com qualidade, prestada universalmente e com equidade. Isso impõe, entre muitas outras coisas, a identificação de problemas e a busca de correções nos conteúdos, composição e qualidade da formação inicial dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, cabe destacar também a situação em que estes são oferecidos pelo poder público, quando, ainda no dizer de Dussault (1992, p. 13), tais organizações “dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político”. Seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização, além de estarem expostas à “contaminação burocrática, isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal”. Esses aspectos relativos à interferência de objetivos estranhos às organizações de saúde oriundos do próprio poder público, seja das direções políticas, seja da burocracia governamental, merecem ser ressaltados, pois ajudam

a entender as limitações ou dificuldades no desempenho gerencial nos estabelecimentos públicos (SANTANA, 2001, p. 222).

Neste desenvolvimento de novos saberes, ainda podemos consolidar como aprendizado a significativa assertiva de que no enfrentamento dos desafios situados no campo da gestão do trabalho nos serviços de saúde requer-se ousadia, não se restringindo à abordagem analítica do tema ou à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos. É com essa perspectiva que se apresenta uma proposta cuja originalidade se encontra no uso integrado de três estratégias de gestão:

- responsabilização no trabalho; (implica a assunção, pelo trabalhador, no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos ou com a missão institucional).
- incentivos à produtividade; (define-se como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam a ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos estabelecimentos de saúde, que é admiravelmente complexo e deve subordinar-se com exclusividade aos interesses dos usuários)
- processo permanente de negociação coletiva do trabalho. (como instrumento jurídico, a negociação coletiva do trabalho no serviço público está prevista na Lei Federal no 8.112/90, que institui o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. O argumento essencial para a adoção do processo permanente de negociação coletiva do trabalho nos serviços de saúde é o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa não como um fim em si mesma, mas como estratégia de melhor servir ao povo) (SANTANA, 2001).

No caso da Estratégia de Saúde da Família, na maior parte das situações, é a própria Equipe que tem a responsabilidade de gerir seu processo de trabalho. Nesse modelo de organização é exigido que a Equipe tenha competência, não somente técnica e política, mas também gerencial. Dessa forma, é da maior importância a discussão de um modelo de gestão que dê a essas Equipes instrumentos potentes para gerenciarem seu dia-a-dia (FARIA, *et al*, 2008, p. 53).

A partir deste pensamento, trouxemos informação advinda da realização do CEABSF, quando no aprendizado de nosso segundo módulo de ensino, que tratou de Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde e que é baseado na excelente teoria das macro-organizações de Carlos Matus e a qual, pela relevada importância iremos expor em sua totalidade nos próximos parágrafos:

Segundo o modelo proposto por Matus, podemos compreender a gestão em três níveis: das regras, dos sistemas, e o dos fatos.

No **nível dos fatos**, o que vemos, de uma maneira geral, são equipes sobrecarregadas no seu dia-a-dia, com grande dificuldade para atender à demanda

espontânea e organizar sua agenda. Raramente as ações são planejadas ou baseadas em informações sistematizadas. Também não se observa uma avaliação sistemática daquilo que está sendo feito e de seus resultados. A sensação que se tem é de que as ações são fragmentadas e pouco resolutivas. Com o tempo, isso pode levar a Equipe ao desânimo, ao descompromisso com seu trabalho ou, até mesmo, à desistência em trabalhar na Atenção Básica.

Para entendermos melhor tal situação, precisamos aprofundar nosso olhar para os outros dois níveis: o do sistema e o das regras.

No **nível dos sistemas**, podemos considerar alguns instrumentos como fundamentais. Para início de conversa, a Equipe de Saúde da Família tem que entender sua responsabilidade gestora e se preparar para isso. É preciso que ela desenvolva capacidades para tal. Essas competências envolvem três dimensões: cognitiva, analítica e comportamental.

A dimensão cognitiva diz respeito ao conhecimento de gestão e capacidade para lidar com os instrumentos gerenciais. A dimensão analítica considera a capacidade da Equipe de analisar as situações e os problemas com o objetivo de propor intervenções efetivas. A dimensão comportamental é relativa à capacidade de desenvolver o comportamento exigido nas diferentes situações apresentadas. Muitas vezes é necessário que a Equipe tome atitudes estratégicas e tenha capacidade de negociação para interagir com a população e com outros níveis da instituição de saúde.

Nesse sentido, é preciso que a Equipe desenvolva todas essas competências. É importante, também, que todos os que a compõem participem da gestão. Todos devem se envolver na organização e no planejamento das ações **sem** uma relação de hierarquia entre os seus membros. As decisões devem ser tomadas num processo de ampla discussão e devem ser preferencialmente, consensuais. Dessa forma, o modelo de gestão mais adequado é a gestão colegiada.

O nível que determina a qualidade da gestão e, portanto, da organização, é o **nível das regras** ou dos pressupostos. Podemos falar, nesse nível, de uma cultura institucional. Para ele, existem três regras que são fundamentais e que determinam a qualidade da gestão. São elas: a regra da direcionabilidade, da governabilidade e da responsabilidade.

A regra da direcionabilidade diz respeito à clareza que a organização tem de sua missão, ou seja, de seu papel social. É fundamental que a organização, e no nosso caso a Equipe de Saúde da Família tenha o máximo de clareza da sua missão, de suas atribuições, de suas responsabilidades para com sua clientela adstrita. A regra da governabilidade corresponde ao grau de descentralização ou de autonomia que a Equipe tem para decidir e controlar os recursos necessários ao cumprimento de sua missão. Recursos devem ser aqui

entendidos como recursos organizacionais (materiais, humanos etc.), recursos políticos, de tomada de decisão e capacidade de mobilização da população. A regra da responsabilidade, como o próprio nome diz, corresponde ao nível de compromisso da Equipe com a sua missão e com a instituição, com o projeto político e a implantação do modelo assistencial proposto. Para Matus, esta é a regra mais importante das três.

Como foi dito anteriormente, essas regras estão relacionadas com a cultura institucional (FARIA *et al.*, 2008, p. 53 a 55, grifo nosso).

O desafio que temos é promover uma mudança de cultura, o que demora certo tempo. Se fosse possível uma mudança no nível das regras, isso determinaria uma mudança no processo de gestão local. A Estratégia da Saúde da Família, ao definir uma área de abrangência e vincular a Equipe a uma dada população, aumenta o grau de responsabilidade da Equipe com sua clientela. Isso, aliado à clareza da missão e ao aumento da autonomia da Equipe, pode propiciar um aprimoramento do processo de gestão local e a obtenção de melhores resultados e satisfação com o trabalho (FARIA, *et al.*, 2008).

Sendo nosso objetivo, conseguir estabelecer mudanças em nosso processo de trabalho, que levem à construção de uma equipe com as relações interpessoais voltadas para as três regras básicas determinantes de qualidade na gestão, conforme anteriormente exposto, isto é, as de direcionabilidade, de governabilidade e de responsabilidade, consideramos também importante a inclusão de parágrafo que se atem ao tema de gestão pública para resultados (GpR), o qual alcançamos em nossa meta de busca a novos saberes:

Nestes últimos tempos, a Gestão Pública – como disciplina – tem abordado estes desafios novos com o auxílio da lógica gerencial, isto é, pela racionalidade econômica que procura conseguir **eficácia** e **eficiência**. Esta lógica compartilha, mais ou menos explicitamente, três propósitos fundamentais:

- Assegurar a constante **otimização do uso dos recursos** públicos na produção e distribuição de bens públicos como resposta às exigências de mais serviços e menos impostos, mais eficácia e mais eficiência, mais equidade e mais qualidade.
- Assegurar que o processo de produção de bens e serviços públicos (incluindo a concessão, a distribuição e a melhoria da produtividade) seja **transparente, equitativo e controlável**.
- Promover e desenvolver mecanismos internos que **melhorem o desempenho** dos dirigentes e servidores públicos, e, com isso, fomentar a efetividade dos organismos governamentais, visando a concretização dos objetivos anteriores. Estes objetivos, presentes nas atuais demandas cidadãos e aos quais se orienta a GpR, são, conjuntamente com a democracia, o principal pilar de legitimidade do Estado atual. Desta forma, a **Nova Gestão Pública** fornece os elementos necessários à melhoria da capacidade de gerenciamento da administração pública bem como à elevação do grau de governabilidade do sistema político (SERRA, 2008, p. 18 e 19, grifo do autor).

Retornando ao último parágrafo de nossa segunda seção, poderíamos lembrar que os serviços de saúde são apresentados como uma organização, sendo, portanto, pertinente abordar o que seriam organizações:

[...] "uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível perseguir e alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Uma grande empresa ou uma pequena oficina, um laboratório ou o corpo de bombeiros, um hospital ou uma escola são todos exemplos de organizações" (MAXIMIANO, 1992, *apud*, HILÁRIO, 2009, p. 16 e 17).

Adquirimos mais conhecimentos com relação às organizações, quando aprendemos que uma organização é formada pela soma de pessoas, máquinas, equipamentos, recursos financeiros e outros. A organização seria o resultado da combinação de todos estes elementos orientados a um objetivo comum. A qualidade então deveria ser o resultado do trabalho de uma organização. Sendo assim, podemos ter a ideia do por quê, é importante para uma organização, a implantação do processo TQM - Gerenciamento Total da Qualidade (*Total Quality Management*), compreendendo ser este um dos primeiros passos para uma empresa. Esse primeiro passo tem início no uso dos conhecidos **cinco S**, que significam, a partir das palavras japonesas: **SEIRI** que corresponde a eliminar o desnecessário separando-o do necessário. **SEITON** que significa colocar em ordem, guardando de forma ordenada tudo que é necessário. **SEISO** que significa limpeza, eliminação da sujeira, acabando com as fontes dos problemas. **SEIKETSU** que significa asseio, padronização, higiene, e também o estágio onde se evita que as etapas anteriores retrocedam. **SHITSUKE** que significa disciplina, com o cumprimento rigoroso de tudo que foi estabelecido pelo grupo (HILÁRIO, 2009).

Os **cinco S** somente terão sucesso se forem praticados de forma sistemática e contínua, bem como sejam resultado do consenso do grupo envolvido neste processo. (HILÁRIO, 2009)

Ainda em nossa abordagem sobre organizações, queremos lembrar que sem uma missão ou objetivo comum não podemos constituir uma organização. A regra da direcionalidade deve ser cumprida e aqui estaremos fazendo um importante esclarecimento sobre o significado da missão:

O início da gestão para resultados é esclarecer o propósito da organização e a definição clara do que a organização quer ser. Essa definição gera a **declaração da missão**, que deve ser sintética, clara, de fácil compreensão e que identifique as características únicas da organização. Da elaboração da missão deve participar o maior número possível de colaboradores e

interessados na organização e sua declaração deve ser feita com a participação direta do conselho administrativo, do principal executivo e das pessoas chaves da organização. Todos os envolvidos na declaração da missão deverão efetivamente estar compromissados com o futuro da organização e serão formalizados como parte integrante do comitê de gestão para resultados. Todos os membros do comitê deverão estar relacionados no documento "Comitê de Gestão para Resultados". A função da declaração da missão é fazer que todos os diferentes grupos de interesse na organização foquem uma direção estratégica. A organização precisa ter uma só finalidade, caso contrário seus membros ficarão desorientados. Eles atuarão segundo sua vocação e não necessariamente atendendo às reais necessidades da organização. Sem uma missão cada um irá definir resultados em termos de sua visão, impondo seus próprios valores à organização. Somente uma missão clara, concentrada e comum pode manter unida a organização e capacitá-la a produzir resultados. A declaração da missão orienta a organização quando for do conhecimento de todos os envolvidos. Para isso **deve ser divulgada correta e formalmente e estar afixada em todos os departamentos para que possa ser sempre lembrada**. Estar presente em documentos impressos é um modo de torná-la conhecida também da comunidade sendo um meio de comunicar o propósito e os valores da organização. A declaração de missão serve também para que a organização rejeite assumir responsabilidades que não lhe diga respeito. É comum ocorrerem pressões sobre uma organização do terceiro setor bem sucedida para que execute tarefas fora de seu escopo. Se ceder, suas operações perderão o foco, provavelmente não serão eficazes e, possivelmente abalarão o prestígio anteriormente conquistado. Quando julgar necessário, a organização deve programar uma revisão de sua missão para reafirmá-la ou revisá-la (HILÁRIO, 2009, p. 36 e 37, grifo nosso).

O Estado Brasileiro sabidamente deve ser responsável pelo setor saúde, porém, a gestão do trabalho no SUS vem sendo realizada de forma burocratizada, com muito envolvimento e interesses político-partidários e sem a participação efetiva que deveria ter de todos os profissionais incluídos no processo de trabalho e principalmente dos membros atuantes nas equipes de saúde da família. Somando-se isto à carga de morosidade em sua estrutura, mesmo diante dos esforços implementados, tem-se o surgimento e o aumento de conflitos favorecendo o não conhecimento claro da sua missão e o não cumprimento desta pelas equipes de saúde, que por sua vez, são ampliados pela ausência de comunicação.

### 5.3.2 Comunicação, Informação e Liderança

A pesquisa por soluções para a problemática dos conflitos interprofissionais nas equipes da ESF, levou-nos ao encontro do importante papel da comunicação na execução de nossas tarefas e em todo o processo do trabalho. Visto isto, iremos abordar nesta parte,



elementos encontrados por nós e que o traduzem, iniciando com o conceito de comunicação.

A **comunicação** pode ser entendida sob um duplo sentido. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, quer dizer comunhão, estar com, partilhar de alguma coisa. O segundo, embora também seja derivado desta mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de dar conhecimento às pessoas de alguma coisa, informar. Os dois entendimentos não são, necessariamente divergentes. Entretanto na prática eles costumam revelar diferenças fundamentais e servir para diferentes propósitos dos agentes da comunicação. Por exemplo, na perspectiva da comunhão e do compartilhamento (primeiro entendimento), a comunicação é entendida como um processo horizontal no qual o diálogo é sua principal característica. Em consequência os diferentes interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e reinterpretá-las na construção de um significado. Tanto o emissor pode ser receptor quanto o receptor pode ser emissor no processo comunicacional (OLIVEIRA, 2000).

Mas, para entendermos melhor o que seja comunicação e como ela funciona, é também importante analisá-la sobre o prisma do conflito, pois nenhum processo comunicacional é destituído de um maior ou menor grau de tensão entre os interlocutores, pois cada um tem uma história diferente, ocupa um lugar diferente na hierarquia social e têm diferentes competências comunicativas (domínio técnico e autoridade para falar e ser escutado) (OLIVEIRA, 2000).

Consideramos importante descrever **elementos sobre o processo de comunicação**, observados dentro, ou seja, no interior de uma equipe de trabalho e que são traduzidos em variáveis que dificultam ou facilitam a comunicação:

- Verticalidade e horizontalidade no contexto da comunicação grupal: quanto mais estivermos em um contexto vertical de comunicação, maiores serão os conflitos e os desentendimentos entre as pessoas, comprometendo e dificultando os trabalhos e a integração das pessoas. Neste contexto é comum a presença de formas de interdição das falas, de silêncios e de passividade das pessoas. Podemos ter então algumas dessas formas: a) o poder de falar, de decidir ou de agir é tão concentrado que as pessoas não participam ativamente das decisões e cumprem apenas as ordens; b) a opinião dissonante tem um custo emocional e político, fazendo com que seja mais vantajoso, para o indivíduo, calar a sua opinião e restringir a sua participação; c) o poder é concentrado em pessoas detentoras de cargos ou de alguma forma de saber, inibindo os outros membros de se manifestarem, por insegurança ou intuição de que sua opinião possa ter pouco valor; e d) a ausência de condições reais de participação (instrução, dificuldades de acesso e

entendimento da informação), inibe as pessoas e determina uma integração pouco produtiva entre os membros da equipe.

- Comunicação e poder: é comum o surgimento de variadas formas de disputa pelo poder que sempre interferem direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais, influenciando a codificação e interpretação das mensagens. Pode haver aqui a restrição da circulação de algumas mensagens e a promoção da circulação de outras de acordo com os interesses. Quando há a permanência prolongada de pessoas ou grupos no poder, pode instaurar-se um processo aclamativo em que a participação se resume a atos de apoio e concordância com as decisões dos mandatários.

- Comunicação, informação e experiência cultural: embora não sejam separadas didaticamente, pode-se dizer que são diferentes. A informação é o conteúdo de uma mensagem, enquanto a comunicação seria o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão desta informação. A informação é algo novo que pode ser incorporado ao nosso conhecimento e comportamento. Esta terá um sentido diferente para cada um, pois, os membros da equipe são portadores de diversas histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos. Podemos então concluir que estas variáveis envolvem todos os sentidos e ações das pessoas (falar, ouvir, sentir, avaliar, decidir, julgar, opinar, agir, compartilhar) e um determinado contexto de poder que pode vir a facilitar ou dificultar a integração de uma equipe de trabalho (OLIVEIRA, 2000).

Gostaríamos de complementar nossos novos saberes no que tange a comunicação esclarecendo outros fatores deste processo:

- O processo de comunicação é a base de todas as tarefas que envolvem a gestão da equipe como as negociações, as vendas de ideias e de produtos, a liderança, a motivação, a organização, a delegação, a orientação de funcionários e as avaliações. Este compreende a transmissão de informação e de significados. Se não há transmissão de informação ou de significado, não há comunicação. As competências associadas ao processo de comunicação são fundamentais para as tarefas interpessoais. Um elemento importante no processo de comunicação é o feedback. Feedback significa realimentação – o retorno da informação para o emissor e garante a eficácia do processo de comunicação (MAXIMIANO, 2006).

Um gestor deve aprender a lidar com diferentes meios de comunicação, que podem ser: a comunicação oral, que se traduz no primeiro e mais importante canal de comunicação; a comunicação escrita, da qual dependem todas as formas de tecnologia da informação, principalmente o e-mail. Pode-se dizer que quando se tiver competência na comunicação oral, não significará, automaticamente, na escrita; as imagens e símbolos, que carregam um significado sintético, facilitando a comunicação e cujo valor de sua produção e

interpretação, tornou-se uma competência vital para o gestor contemporâneo (estamos vivendo em uma era que valoriza justamente a imagem e na qual um gestor pode eventualmente desempenhar um papel de comunicador e os recursos gráficos serão uma ferramenta tão importante quanto a comunicação oral e escrita) e a linguagem corporal, na qual querendo ou não os movimentos do comunicador transmitem significado. A energia que o comunicador transmite, “contamina” seu público (MAXIMIANO, 2006).

É interessante e vale ressaltar que em nossa busca para a execução deste TCC, encontramos a abordagem de autores que esclarecem as nossas dúvidas e reforçam as respostas que objetivamos:

As dificuldades de comunicação e o relacionamento interpessoal quase nunca encontram espaços e tempo adequados e suficientes para serem identificados e elaborados, gerando-se e perpetuando-se conflitos e suas consequências, como agressividade, resistência velada ou explícita, desânimo, desmotivação, descrença, descuido e descaso. Deixam de prevalecer sentimentos de cuidado, afetuosidade, acolhimento, coesão e sustentação entre os membros da equipe. Observa-se, sobretudo nos relatos e no contato pessoal com as equipes, um significativo nível de estresse e de exaustão diante do trabalho, só sustentado pela necessidade de manter o emprego e pela satisfação interna de poder trabalhar na profissão escolhida que é a de oferecer cuidado e ajuda às pessoas que deles necessitem. **A possibilidade de falar, de ser ouvido, propicia sensação de acolhimento e de valorização pessoal contribuindo para um olhar mais “positivo” em relação aos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho** (CAMPOS, 2010. p. 52 e 53, grifo nosso).

A partir deste parágrafo faremos a abordagem sobre a liderança, elemento que consideramos de elevada importância na administração de situações conflituosas no processo de trabalho das equipes de saúde.

A **liderança** é de conhecimento universal, mas, no entanto, é de difícil conceituação. Segundo Dias, “é o fator humano que ajuda um grupo a identificar para onde ele está indo e assim motivar-se aos objetivos”. Simões e Fávero entendem como um fenômeno grupal a influência de um indivíduo sobre os demais ou mesmo um processo coletivo e compartilhado entre os membros de um grupo. A liderança envolve relação interpessoal (RIBEIRO, *et al*, 2006, p. 110).

A liderança é um dos papéis que os gestores devem desempenhar. Também é um processo social, interligado com a motivação. Lida com as emoções e comportamentos subjetivos. Só há liderança quando há liderados que seguem o líder por algum motivo. Os estudos sobre a liderança focalizam dois temas: - o estilo de liderança, que se relaciona com a forma de usar a autoridade e; - as bases motivacionais da liderança em cada um dos modelos de liderança identificados (MAXIMIANO, 2006).

Caracteriza-se por **estilo de liderança** a forma como os líderes conseguem influenciar as pessoas para que desempenhem suas atividades para a consecução de um objetivo comum. Vai desde o controle total à permissividade completa. Portanto, torna-se necessária uma análise sobre as abordagens da liderança em estudos de momentos históricos distintos (RIBEIRO, *et al*, 2006, grifo nosso).

A partir desta construção e aquisição de competências, vamos continuar nossa busca por elementos e por que não dizer, ferramentas que possam vir a ser importantes em nosso processo de trabalho, para solucionar problemas e conflitos que constituem importante entrave na consolidação deste projeto de reordenação do sistema de saúde pública do Brasil e que pode apresentar grandes prejuízos pela nossa falta de organização e gerenciamento.

### **5.3.3 Gerenciando conflitos com desenvolvimento profissional, liderança, comunicação e trabalho em equipe**

Afinal estamos chegando ao grande objetivo da elaboração deste trabalho e o findaremos com a abordagem que julgamos ser relevante para encontrar as soluções na forma de respostas que levem a ações efetivamente transformadoras do cenário vivenciado por muitas equipes e em especial a na qual estamos inseridos.

Apesar das dificuldades apresentadas, acreditamos que o trabalho compartilhado no PSF pode ser formador, concorrendo para novas práticas em saúde devido ao processo de relações interpessoais nas quais os profissionais podem compartilhar e construir um conhecimento contínuo sobre o seu fazer de forma mais solidária e democrática (LEITE e VELOSO, 2008).

Nossa proposta de encontro de soluções para um problema que nos pareceu relevante está sendo construída com a busca de conhecimento e em bases de padrões éticos que nos levam ao evento motivacional.

Nesta linha de raciocínio pudemos encontrar muitos elementos que julgamos tenham sido formadores de respostas aos nossos anseios, como o citado em Pimentel (2007), abordando o trabalho de David Kolb sobre a Teoria da Aprendizagem Experiencial, relatando que se preconiza que a formação profissional não cesse nunca, implicando em uma contínua aquisição de conhecimentos, atitudes e competências ao longo da carreira e quando se pressupõe que o desenvolvimento profissional decorre do engajamento pleno do profissional em seu próprio processo de aprendizagem. Em decorrência, compreender mais

profundamente o desenvolvimento do profissional seria fundamental para a formulação de programas de formação e propostas de análise da atuação profissional. O conceito de desenvolvimento da profissionalidade refletiria a qualificação quanto a competências, conhecimentos, sentimentos e postura ética relativos à profissão.

A teoria formulada por David Kolb (1984) atribui grande valor aos conhecimentos de caráter experiencial, cuja utilidade para engendrar desenvolvimento só existiria na medida em que podem ser confrontados, comparados, ampliados, revisados, enfim, refletidos junto a conhecimentos de caráter teórico. A aprendizagem experiencial partiria da seguinte premissa: todo desenvolvimento profissional prospectivo decorre da aprendizagem atual, assim como o desenvolvimento já constituído é imprescindível para o aprendizado. Aprender pela experiência não significa que qualquer vivência redunde em aprendizagem. Esta aprendizagem é, sobretudo, mental. Assim sendo, apropriar-se de saberes procedentes da experiência demanda processos contínuos de ação e reflexão. De acordo com a sua perspectiva o homem é um ser integrado ao meio natural e cultural, capaz de aprender a partir de sua experiência; mais precisamente, da reflexão consciente sobre a mesma. Uma pessoa aprende motivada por seus próprios propósitos, isto é, empenha-se deliberadamente na obtenção de aprendizado que lhe faça sentido (PIMENTEL, 2007).

Desta relação entre aprender, conhecer e desenvolver formulou o **ciclo de aprendizagem experiencial** integrando quatro modelos adaptativos de aprendizagem, pelos quais apreensão e transformação se conjugam:

Experiência concreta = refere-se a experiências de contato direto com situações que propõem dilemas a resolver. As ações são referenciadas em conhecimentos e processos mentais já existentes, aprendidos anteriormente.

Observação reflexiva = constitui-se num movimento voltado para o interior, de reflexão. Caracteriza-se por atitudes, sobretudo, de pesquisa sobre a realidade.

Conceituação abstrata = caracteriza-se pela formação de conceitos abstratos e generalizáveis sobre elementos e características da experiência. Constitui-se de ações de comparação com realidades semelhantes, bem como generalização de regras e princípios, cujo intuito é estabelecer sínteses a partir da troca de opiniões, estabelecendo-se um tronco comum de ideias compartilhadas; e

Experiência ativa = é a repercussão das aprendizagens em experiências inéditas, num movimento voltado para o externo, de ação. Caracteriza-se por aplicação prática dos conhecimentos e processos de pensamento ornados refletidos, explicados e generalizados. A ação está centrada em relações interpessoais, com destaque à colaboração e ao trabalho em equipe (PIMENTEL, 2007).

Visto que nosso desenvolvimento profissional partiu de **motivação e postura ética**, gostaríamos de forma sucinta abordar estes dois elementos, pois, acreditamos que deles também dependerão as transformações almejadas nas equipes de trabalho da ESF:

Em se tratando da **ética dos profissionais da saúde**, é sabido que esta é fundamentada através do seu ensino nas universidades, tendo como objetivo instituir no futuro profissional princípios e valores a fim de direcioná-los diante de situações propiciadoras de conflitos. Observou-se que definir a ética é algo muito subjetivo e complexo visto que a mesma vem sofrendo alterações ao longo do tempo, estando cada vez mais presente no ser social a fim de nortear as melhores decisões a serem tomadas diante de determinadas situações. Atualmente, esta definição é associada ao modo de ser, à moral, ao caráter e aos bons costumes de um indivíduo, agregada a característica de idoneidade e bom senso, de modo a integrar atributos positivos da pessoa humana. A ética entende o homem como um ser histórico e social, que se relaciona com o mundo e o transforma. Nessa perspectiva de análise, esta ciência apresenta um caráter dinâmico, sofrendo constantes modificações e se adequando a preocupações específicas de cada época, sempre mantendo o respeito para com o ser humano e os princípios de liberdade e autonomia frente a escolhas difíceis, que põe em dúvida a moralidade da sociedade (CRUZ, *et al*, 2007, grifo nosso).

Quanto à motivação, indicando as causas ou motivos que produziram determinado comportamento, consideramos importantíssimo para a consolidação de um trabalho em equipe que as pessoas nele envolvidas possam ser agentes de transformação não só dos outros, mas delas próprias, sendo assim caberia no processo de trabalho da ESF a mudança comportamental, que abaixo é mais bem explicitada e cujo texto nos foi apropriado do trabalho desenvolvido por Dias, acessado na BIREME, tendo como referência Jungerman e Laranjeira (1999):

- A **mudança comportamental** é um processo, e as pessoas têm diversos níveis de motivação. A **motivação** pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança. Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra. O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes:

Pré-contemplação ("I won't") = Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão; é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento problema. De um modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado 'resistente' ou 'em negação'. O objetivo da ação é a conscientização

e a estratégia de apoio é o desenvolvimento de pensamentos sobre mudança, riscos e benefícios.

Contemplação (“I might”) = Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente; se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto apresenta dificuldades para a ação da mudança. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. O objetivo da ação é o encorajamento e as estratégias de apoio são informação, educação em saúde, diminuição de barreiras, levantamento de questões e reflexões sobre as mesmas.

Preparação (“I will”) = Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas; a pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio, aumentar a responsabilidade pela mudança, avaliar recursos disponíveis e elaborar um plano específico de ação. O objetivo da ação é a negociação e as estratégias de apoio são: criar autoimagem, compromisso, facilitar envolvimento de participação social.

Ação (“I am”) = Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança; se dá quando o sujeito escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido, usando o apoio como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança. O objetivo da ação é o compromisso e as estratégias de apoio são: reforços, mobilizar suporte social e introdução de alternativas. É preciso salientar que nem sempre um cliente que busca recurso encontra-se no estágio de Ação.

Manutenção (“I have”) = Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída; é o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, é a estabilidade neste novo estado por anos. No processo de mudança, tradicionalmente, Manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer. O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida. Aqui o foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento evitando a recaída do comportamento anterior. As estratégias de apoio são: resistir à tentação, integração num grupo, recompensas.

Recaída = Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores. É um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito. Muitas pessoas acabam recaído e tendo que recomeçar o processo novamente. Nem sempre o recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas

passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Em termos médicos, recaída seria a recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora. Adaptando este conceito, a recaída seria então um retomo a níveis anteriores do comportamento, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir o mesmo, ou apenas “o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo”. É importante encarar a recaída não como um fato isolado, mas sim como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Da mesma forma, a recaída não pode ser encarada como um fracasso do indivíduo ou do profissional, e sim como parte do processo da mudança.

Na continuidade da busca de soluções para nossos problemas adentramos na abordagem sobre a liderança. Já tentamos conceituá-la anteriormente e agora faremos uma exposição das características próprias de cada estilo de liderança, de acordo com o que foi por nós pesquisado no material destinado à elaboração deste trabalho, citado por Ribeiro, *et al* (2006) e que são relevantes ao nosso objetivo:

Muitas **teorias sobre liderança** foram criadas, entre elas podemos citar segundo Kurcgant (1991), a situacional, a democrática, a permissiva e a autocrática, cada uma com suas características próprias podendo funcionar bem com um grupo e não com outro.

a) liderança situacional = é aquela em que o papel que um elemento assume no grupo é determinado pelas necessidades do próprio grupo, pelas características próprias de cada um dos elementos desse grupo e pela forma como essas características são percebidas pelos demais elementos;

b) liderança democrática = é centrada na pessoa que executa o trabalho, em que esta recebe maior controle e participação nas discussões, agindo, conseqüentemente, com maior liberdade e satisfação;

c) liderança permissiva = nesta há um significativo abandono dos líderes que detêm o controle completo do sistema recebendo pouca ou nenhuma orientação do líder, também conhecida como *laissez-faire*: caracteriza-se pela permissividade absoluta, na qual o líder transfere para o grupo o processo de tomada de decisão, cedendo o controle por completo ou optando por evitar encargos; e a

d) liderança autocrática = que se constitui num processo em que o líder detém todo o poder, agindo de forma autoritária, sendo a execução da tarefa o seu foco principal.

De acordo com Potter (2004), temos dois tipos de liderança: a transacional e a transformacional.

a) liderança transacional = baseia-se na troca de recompensas por serviços. Envolve dois padrões de comportamento: recompensa contingente e gerenciamento por exceção. O líder que emprega o primeiro, elogia, reconhece o esforço ou até aumenta o salário diante



da tarefa proposta cumprida e alcançados os objetivos. Já no segundo padrão, o líder adota uma conduta punitiva só interferindo junto ao liderados quando algo está errado. Esse tipo de liderança dá estabilidade à instituição mantendo seu funcionamento ao invés de modificá-lo. Mudanças ocorrem, mas não conseguem mudar o sistema.

b) liderança transformacional = pode mudar a instituição, pois motiva os funcionários a fazerem mais do que se esperava que fizessem. Esse tipo de líder modifica a cultura do trabalho utilizando padrões de comportamento como carisma (popularidade), estimulação intelectual (criar nos outros uma consciência dos problemas e de suas soluções) e consideração individualizada (desenvolvimento e fortalecimento da equipe, de modo que as pessoas e a organização se beneficiem no final).

Segundo a visão de Rowe (2002), há três tipos de liderança: estratégica, gerencial e visionária.

a) liderança estratégica = é a capacidade de influenciar as outras pessoas a tomar decisões de modo que possibilitem a continuidade da instituição a longo prazo e a estabilidade financeira da organização a curto prazo;

b) liderança gerencial = é baseada na organização, estabilidade e ordem. Nesse tipo de liderança, as metas, que surgem das necessidades, possibilitam o crescimento e a viabilidade da empresa a curto prazo;

c) liderança visionária = os líderes ocupam cargos de alto risco, possuem ideias inovadoras, buscam negócios arriscados e as metas desse tipo de liderança são caracterizadas para garantir a viabilidade da empresa a longo prazo.

As dificuldades de comunicação e o relacionamento interpessoal quase nunca encontram espaços e tempo adequados e suficientes para serem identificados e elaborados, gerando-se e perpetuando-se conflitos e suas consequências, como agressividade, resistência velada ou explícita, desânimo, desmotivação, descrença, descuido e descaso. Deixam de prevalecer sentimentos de cuidado, afetuosidade, acolhimento, coesão e sustentação entre os membros da equipe. Deveremos deste modo, criar espaços de diálogo e reflexão para que todos possam falar, escutar e discutir. Seremos acolhedores de nós mesmos, nos valorizando e auxiliando no enfrentamento dos problemas cotidianos. Não deveremos camuflar os problemas e sim compartilhar nos tornando cuidadores uns dos outros (CAMPOS, *et al*, 2010).

Aprendemos que o contexto verticalizado de comunicação pode transformar-se em um terreno propício para a geração de cochichos, mal entendidos, fofocas e conflitos que minam a coesão e comprometem o trabalho da equipe. Assim, seria o contraponto a este, a forma de comunicação horizontal, onde todos têm a possibilidade de falar, intervir e participar, não significando quebra de hierarquias na equipe e sim o reconhecimento de que

os seus membros cumprem diferentes funções em torno de objetivos comuns a todos. Para isto, deve haver disponibilidade de informações, diferentes formas de capacitação e ampla possibilidade de manifestação e expressão por parte de cada integrante da equipe. Este processo é bem mais difícil de ser desenvolvido do que o verticalizado (OLIVEIRA, 2000).

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. A Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários. A **comunicação em busca de consenso entre os profissionais** traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela. A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe. **O trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação** (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 459 e 460, grifo nosso).

Desta forma e dando continuidade às nossas pesquisas, nos foi possível encontrar um tema de muita importância no que se refere ao relacionamento interprofissional na área da saúde. Trata-se da polêmica relação social entre médicos e enfermeiros. O artigo assinado por Florentino e o qual acessamos pela internet, tenta esclarecer através de uma reflexão com base nas ciências sociais esta relação. Nós mais uma vez consideramos oportuno explicitar este tema em nosso trabalho:

[...] Entendemos que a relação entre profissões e profissionais vai muito além das suas práticas específicas do dia-a-dia. As profissões são construções sociais que se situam no tempo e no espaço daquilo que chamamos “sociedade” e, portanto, fazem parte de uma base existencial, do fenômeno social. É justamente na interface disciplinar entre o campo das ciências sociais e o campo da saúde que julgamos importante destacar alguns aspectos da história, da relação de poder, saber e subordinação existentes nas práticas de enfermagem e de medicina. É importante, contudo, salientarmos que tais práticas não estão – tampouco devem estar – circunscritas ao campo médico, às ciências biomédicas, como acreditam alguns. A relação entre profissões e profissionais não envolve apenas as suas práticas técnicas cotidianas. Ela, sem dúvida, faz parte de uma base existencial, de uma posição social historicamente construída. Isto significa que a relação entre profissões e profissionais implica muito mais que saberes técnicos. Essa relação está envolta por normas, crenças (no sentido lato), instituições, hierarquias de mando, tradições etc., que fazem parte do estudo e do conhecimento das ciências sociais. [...] Destacamos, também, dois aspectos de suma relevância social: primeiro, em um país em que o modelo de atenção à saúde valoriza o acolhimento do usuário pelos profissionais, o pressuposto deveria ser que as relações entre os membros da equipe também se caracterizassem pela acolhida, pelo reconhecimento do outro como igual em direitos; segundo, também é valioso por dar voz às

duas partes envolvidas no conflito, abrindo a possibilidade de transformá-lo positivamente, de aproveitar o seu potencial para promover o crescimento de enfermeiros e médicos e, conseqüentemente, da qualidade da atenção à saúde (FLORENTINO e FLORENTINO).

O complexo trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família, advindo das relações entre seus trabalhadores, é um desafio. Muitos textos e vários autores dissertam sobre a importância e a complexidade deste tema. Fortuna, *et al* (2005), esclarece que para os trabalhadores o desafio do trabalho em equipe para fazerem que eles desconhecem e precisam desbravar, construir, inventar, pode complexificar ainda mais as relações e trabalhar em equipe equivale a se relacionar. Considera que: a) nos grupos e nas equipes que começam a trabalhar juntos, existem os objetivos ou tarefas visíveis ou explícitas e tarefas invisíveis ou implícitas; b) numa equipe, também estão colocados objetivos individuais que podem ser diferentes e desconhecidos pela equipe; c) tanto os objetivos individuais como aqueles que são do grupo vão se modificando e, por isso, as equipes precisam estar conversando a respeito deles; d) quando duas pessoas se encontram, tem-se, então, pelo menos três: eu, o outro, e a imagem que fazemos um do outro; e) para o trabalho de equipe, faz-se necessário a atualização, dentro de nós, desse outro e da imagem que dele fazemos (a tendência é a de cristalizarmos essas imagens e assim nos relacionamos de uma forma superficial, rotulando nosso próximo); e f) são as pessoas que, com o seu fazer, seu modo de agir e pensar vão construindo o jeito de trabalhar em saúde. O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar. Portanto iremos abaixo incluir elementos que serão importantes no gerenciamento das relações nas equipes, com a apresentação dos **vetores dos grupos** que serão utilizados para analisar os grupos que passam por determinados períodos, momentos e movimentos, podendo assim nortear as equipes na análise de sua dinâmica, quando crescerão constituindo-se como equipes, alcançando os seus objetivos:

Afiliação = Refere-se, principalmente, aos primeiros contatos entre os trabalhadores quando se conheceram e souberam que iriam trabalhar juntos. É importante assinalar que fazemos escolhas e, no caso do PSF, os trabalhadores fizeram a opção de se afiliarem a uma dada equipe.

Pertença = À medida que os trabalhadores vão convivendo uns com os outros, vão desenvolvendo o sentimento de que fazem parte da equipe, de que pertencem a ela. O sentimento de pertença não se dá por si só, ele vai sendo constituído. Você já se pegou perguntando-se: será que vou me adaptar a esse novo trabalho? Será que essas pessoas

vão aceitar meu jeito de fazer as coisas? Antes era difícil, mas, agora, sou da equipe do PSF...

Comunicação = Esse é um indicador importante dos vários momentos possíveis de se viver num grupo e numa equipe. A comunicação pode estar se produzindo em meio a ruídos, gerando mal-entendidos e situações paralisantes. Também pode ser um instrumento para crescimento e troca. A comunicação envolve ainda mais que um emissor, uma mensagem e um receptor, envolve esse caminho todo, o contexto, os gestos, os lugares de quem fala (posição na equipe), etc. Podemos dizer que, nos grupos (também nas equipes), muitas coisas podem estar sendo faladas e compartilhadas sem estarem sendo ditas explicitamente. Essas coisas ditas assim, de modo implícito, precisam ser esclarecidas, colocadas na mesa, checadas.

Aprendizagem = A aprendizagem caminha como que em um trilho de trem, isto é, ao lado da comunicação. Aprender está sendo tomado, aqui, como algo que ultrapassa a transferência de saber de uma pessoa a outra. Estamos falando de um aprender **com** o outro e não **do** outro. Num grupo ou em uma equipe em que a comunicação está se fazendo com ruídos, com interferências, a aprendizagem fica paralisada, pois as trocas estão comprometidas.

Cooperação = A cooperação diz respeito à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe. O par “oposto” da cooperação é a competição. Nos momentos de muita competição, a cooperação tende a ser quase ausente e vice-versa.

Pertinência = Tem a ver com o compromisso da equipe, com as tarefas a que se propôs. Uma equipe do PSF, que estabelece como tarefa tomar por objeto a família em seu contexto, e passa a atender somente indivíduos na perspectiva de medicar suas queixas, está sem pertinência com uma de suas tarefas explícitas.

Tele = Esse aspecto do grupo diz respeito ao “clima” que sentimos nas reuniões e encontros. O “clima” pode estar tenso, pode estar de satisfação e amabilidade, enfim varia conforme o momento vivido. “Climas” muito permanentes, que ficam muito tempo da mesma forma, podem indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralisações desse grupo.

Para o gerenciamento de nossos problemas, além da importância do processo de comunicação, far-se-á necessário estarmos em contínuo exercício do fazer em equipe e no texto abaixo, este elemento apresenta-se de forma bem esclarecedora para a compreensão das dificuldades desta construção:

Todos nós compartilhamos a ideia, de certa forma, de que as equipes e os grupos são espaços onde acontecemos, existimos, criamos e satisfazemos necessidades. No entanto, quando estamos num grupo, vivemos um

conflito, uma dúvida entre ser indivíduo e ser grupo, ou estar indivíduo e estar grupo, fazer ou não parte da equipe. Na medida em que os integrantes da equipe se vinculam, se conhecem, se aceitam, vão compreendendo suas diferenças e semelhanças de um modo mais “inteiro”. Percebem-se tendo dificuldades e facilidades em diferentes intensidades e as manifestam em distintos momentos. Os integrantes da equipe vão, assim, rodiziando papéis, trocando saberes, construindo-se como equipe. Vão vivenciando papéis análogos aos vividos por integrantes de um grupo. Dentre os diferentes papéis possíveis, vamos nos ater aos de liderança. Basicamente dizem respeito a lideranças para a mudança, para a superação dos conflitos, ou para a elaboração das tarefas visíveis e invisíveis. Podem surgir, ainda, lideranças para a resistência à mudança, quando algum ou alguns integrantes ajudam o grupo a não realizar sua tarefa. Sabotam, seduzem, obstaculizam. Esses são papéis complementares no grupo, o grupo permite a situação. Precisamos identificar quais lideranças podem estar surgindo na equipe e em que direção se faz o liderar; se para a tarefa ou para a não tarefa. Nos grupos, o rodízio de liderança e de papéis é um fator de saúde, quanto maior a possibilidade de que, em diversas situações, líderes diferentes assumam os papéis, ainda que de resistência à mudança, maiores as chances de descristalizações e de não rotulações dos integrantes. Ainda é importante pensar se estão surgindo subgrupos, divisões e como a equipe enfrenta suas dificuldades (FORTUNA, *et al*, 2005)

Ao findarmos o desenvolvimento de nosso trabalho, gostaríamos de expor mais uma aquisição de conhecimento sobre as relações interprofissionais com seus diferentes saberes e poderes, ressaltando trechos do texto lido por nós:

[...] A circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam as práticas em Saúde um espaço social de intensa efervescência, onde estão presentes conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites. Determinados conflitos e mobilizações interprofissões expressam enunciados, presentes na sociedade, que também se mostram no cenário de formação dos profissionais, a exemplo de saberes de gênero que ditam profissões e práticas masculinas e profissões e práticas femininas, as quais se mesclam a outros campos de forças ou disputas que não as de gênero. Perpetuam-se saberes e práticas individualizadas em cada profissão, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizadas que fragmentam as ações em saúde. [...] Reinventar caminhos e práticas em um universo tão complexo, desprendendo-se de caminhos teóricos e de dualismos que compõem o viver humano, incluindo nesse as práticas em Saúde, parece ser um desafio a ser enfrentado a cada dia, por todos: profissionais de Saúde e sociedade bem como tecer novos matizes que transformem subjetividades, dotando-as de autonomia e liberdade. Na organização das práticas em Saúde, múltiplas relações de poder atravessam e conformam o corpo social; essas relações de poder produzem e acumulam saberes que circulam e constituem discursos de verdades. O sujeito é submetido, pelo poder à produção da verdade e só pode exercê-lo, produzindo verdades. Constituir-se profissional de Saúde significa tornar-se a partir das práticas e de determinada formação social que organiza sua relação consigo mesmo e com os outros, legitimando-o, como lugar de um saber e produtor de verdades (OJEDA e STREY, 2008, p. 3 e 4).

Relembramos na justificativa deste trabalho, os motivos que nos levaram ainda em tenra idade e durante nossa formação profissional, ao desejo de trabalharmos com a saúde pública. Agora, trouxemos aos nossos pensamentos um momento quando ainda éramos adolescentes e no qual nosso pai relatou uma experiência de determinada empresa que com o objetivo de reduzir os índices de acidentes de trabalho, criou uma ferramenta para a avaliação diária das condições psíquicas de seus trabalhadores, protegendo-os deste modo de consequentes eventos indesejáveis. Fizemos então, a construção de uma ferramenta, se é que assim poderemos considerar, na qual avaliaremos as condições emocionais diárias de todos os membros da equipe, de uma forma bem humorada e quando cada um fará o seu próprio diagnóstico, podendo a partir de então, haver o compartilhamento e ajuda de uns aos outros, exercitando o cuidar. Esta estará apresentada na forma do apêndice A.

Gostaríamos ainda de contextualizar nosso trabalho com a elaboração de um modelo por nós proposto, que exemplificaria o conteúdo deste TCC e o qual apresentaremos na forma do apêndice B.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações interprofissionais conflituosas, que por muitas vezes nos fizeram apresentar sentimentos de desesperança e desânimo para com o nosso trabalho como agentes da equipe de saúde da família e que também nos levaram a pensar em desistir dissolveram-se quando ao participarmos do CEABSF deram origem a este TCC.

Apesar de estarmos diante de assunto de extrema complexidade, acreditamos que conseguimos refazer nossos próprios conceitos e modificar algumas práticas em nossas atividades profissionais diárias, quando aprendemos a repensar a importância da tolerância como fator nas relações humanas.

Caberá agora, com esta construção, levar até nossa equipe informações na forma de novos saberes, que possam vir a modificar as práticas de cada um. Sabemos que algumas práticas muitas vezes se constituem em ações danosas e prejudiciais ao processo de trabalho exercido pelas equipes da ESF.

A caminhada na busca de conhecimentos, advinda como objetivo deste TCC, foi gratificante quando nos fez acreditar que nossa maneira de agir frente aos tantos conflitos vivenciados por nós, poderia ser modificada em uma tentativa que baseada em novas competências, geraria outra postura dentro do que já sabíamos ser ético em nosso exercício profissional.

Os conflitos nas relações interprofissionais dentro das equipes de trabalho em saúde são graves, verdadeiros, danosos a todos os envolvidos e se refletem nos usuários, sendo infelizmente muitas vezes encobertos como se fosse mais elegante fingir que não existem.

As gestões municipais em seus diferentes setores não conseguem administrá-los, agravando-os ainda mais, talvez por estarem também despreparados para esta prática de gerenciamento.

Acreditamos que formar equipes de trabalho em saúde da família vai muito além do cumprimento de normas, referências e diretrizes do nosso Ministério da Saúde. É urgente que as gestões municipais cumpram o papel de selecionar profissionais com a qualidade que merece a ESF e não apenas para apresentar números a serem cadastrados com o objetivo de efetivar pactuações.

É de nosso pensamento a necessidade de algumas modificações na portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. A equipe precisa ser redefinida. Faz-se necessário a melhor conceituação de chefia dentro da ESF. As figuras da recepcionista e da auxiliar de serviços gerais não podem permanecer como apêndices das equipes. Elas precisam ser

legalmente incluídas, fazendo assim justiça e dando fim a esta situação que também é geradora de situações conflituosas. O acolhimento necessário à humanização também é feito por estes profissionais. Eles também são agentes em nossos objetos de trabalho. Talvez a inclusão de mais um profissional da enfermagem, que poderia auxiliar nos tantos eventos administrativos e burocráticos essenciais ao trabalho, fosse bem interessante, desfazendo o sobrecarrego que acomete esta classe profissional, gerando insatisfação e desencanto com a sua profissão.

As equipes de saúde bucal também precisariam estar sempre incluídas para a autorização de novas equipes. Não é mais concebível que neste trabalho de relevada importância social como a ESF, ainda estejam sendo aceitas a formação de equipes de saúde da família sem a equipe de saúde bucal. Consideramos este fato lamentável.

Necessário também que o trabalho de agente comunitário de saúde (ACS), seja profissionalizado pela formação em cursos técnicos para ACS, aos moldes do que ocorre para os técnicos em enfermagem. Eles precisam sentir-se realmente como profissionais da área da saúde, ter em mãos diplomas de formação e não apenas certificados de treinamentos. Acreditamos que este evento geraria uma maior satisfação e responsabilização dos mesmos com o seu fazer, elevando as suas autoestimas enquanto profissionais da área da saúde e aumentaria a sua permanência nas equipes, reduzindo a rotatividade deste relevante e imprescindível profissional, cujo vínculo com a comunidade constitui-se em um elo fundamental em todo o nosso processo de trabalho.

Aprendemos que o desenvolvimento profissional é mais um elemento de importância no trabalho e controle de conflitos interprofissionais da ESF. Porém, em geral o que temos é um excesso na jornada de trabalho, advindo não só da complexidade do fazer saúde da família, mas, do número elevado de famílias cadastradas em muitas equipes. Estas, muitas vezes possuem uma área de abrangência incompatível com as condições de trabalho e necessidades da comunidade adstrita, o que leva os profissionais à exaustão e impossibilidade de organização de grupos de estudo e de reciclagem, levando-os ao sentimento de frustração.

Vale ainda ser considerado que as unidades físicas definidas por muitos municípios para albergar as equipes da ESF, são verdadeiros acintes aos trabalhadores e usuários. Possuem infraestrutura incompatível. Por que a vigilância sanitária as autoriza? Esses erros gerenciais são graves e interferem no relacionamento diário dos profissionais de diversas maneiras, causando muitos danos ao desenvolvimento de suas atividades, além de desvalorizar o que também poderia ser considerado acolhimento humanizado aos usuários.

Não podemos aceitar que em uma nação com tantos recursos sofrendo desvios, a população e o funcionalismo público sejam tratados sem o respeito humanizado e com as



velhas desculpas dos gestores de que não há recursos financeiros. Sabemos existirem “funcionários fantasmas”, porém, desvios de “recursos fantasmas”, não! Costumo perguntar-me: - Por que tudo o que é feito para os pobres é sempre da pior qualidade? Seres humanos sem poder aquisitivo não são seres humanos merecedores de respeito iguais a todos?

Estas desigualdades e injustiças podem ser consideradas também geradoras de conflitos nas equipes de trabalho da ESF, visto que, somos partes de um todo em um processo de trabalho onde os usuários são sujeitos e objetos, portanto, também sofremos os reflexos dos seus efeitos danosos às comunidades por nós assistidas.

Seria muito importante a redefinição das reuniões entre gestores municipais para a efetivação de pactuações. Acreditamos que seria necessária a presença de representantes de todas as equipes de ESF nas reuniões intergestores municipais, para que pudessem ser ouvidos e também participar das pactuações. Desta forma teríamos a construção de um exercício democrático salutar.

As reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) deveriam ter a **obrigatoriedade** da presença de pelo menos 51% dos integrantes de cada equipe da ESF, que as representariam nestes eventos para que realmente fossem considerados representativos dos anseios das comunidades e legais. Os membros das equipes precisam estar atuantes nas discussões e destinações de verbas. Como se pode falar em evento democrático da forma como é feito? As equipes são em geral excluídas destas reuniões pela ausência de convite e mesmo negligência de seus integrantes que não acreditam em sua importância. É real que a ausência de informações verdadeiras gera comentários muitas vezes maldosos dentro do ambiente de trabalho e na própria comunidade, podendo desencadear outros conflitos dentro das equipes. Se a APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde pública ela deveria estar conseqüentemente atuando diretamente na destinação das verbas para a saúde. Conceituamos esta forma atual de fazer democracia com os CMS como uma forma inacabada, ou seja, *imperfecta*.

Enfim, a portaria acima referida precisa ser concretizada em atos, para que possam seus parágrafos ter a garantia de sua efetivação.

O plano de carreiras, cargos e salários para o SUS também precisa estar vigente nos municípios. É necessário que as diferenças existentes entre os salários dos profissionais médicos, dentistas e enfermeiros seja corrigida. Consideramos causa geradora de grandes conflitos essas diferenças de remuneração. Como dentro do trabalho da ESF o saber de um pode ser considerado muito mais importante que o de outro e conseqüentemente melhor remunerado? Esta revisão precisa ser feita antes que danos maiores à Estratégia Saúde da Família ocorram.

Esperamos que através deste TCC, seja possível abrir-se o tema para o diálogo, discussões e desocultá-lo, fazendo-se deste modo a busca de um trabalho verdadeiramente dito em equipe. Ele não pode mais ser colocado como uma questão à parte da realidade diária de nossas atividades profissionais.

Deveremos a partir de agora, dar visibilidade às tensões, levando-as às reflexões sobre suas origens e aprender a cuidar destes conflitos dentro do planejamento de nossas gestões.

Se alguns conseguiram sonhar e realizar o sonho de transformação do fazer em saúde através da mudança de um modelo assistencial, agora outros precisam agir para que este lindo sonho não pareça jamais ter sido apenas utopia.

Aprendemos a importância da *advocacy* quando buscamos novos saberes e gostaríamos de dizer que talvez mais importante ainda para o novo projeto político e social de nosso modelo assistencial seria a introdução da palavra *honesty*, que significaria o fazer com honestidade, honradez, probidade ou integridade. Sem o exercício diário de seu significado em todos os setores de um sistema, nada de melhor será conseguido para nossas comunidades e por que não dizer em maior abrangência para a civilização humana.

Não podemos continuar permitindo que os objetivos e metas do novo modelo assistencial, baseado na atenção primária à saúde e desenvolvido pelo trabalho da ESF, deixem de ser atingidos devido aos conflitos interprofissionais existentes.

Acreditamos que a missão desta atividade, transcendentalmente possui uma capacidade de transformação social que deveria ser consciente em cada membro envolvido na equipe de trabalho.

Deveremos redefinir os valores pessoais e a ética em cada um de nós, refazendo nossos conceitos da palavra compromisso? Reintroduzir o valor das vocações pessoais na formação profissional?

Teremos que conceituar e relacionar o nosso grau de responsabilização com a clareza de nossos objetivos visíveis e invisíveis?

Vamos caminhar juntos em uma “Ágora” na busca da construção e conquista de novos saberes e competências, através de uma prática dialógica. Esta Ágora estará dentro de nossas próprias unidades físicas de trabalho. Pensaremos e caminharemos juntos para construirmos o mundo que queremos e que merecemos, atingindo assim o tão esperado sentimento de felicidade.

## 7 CONCLUSÃO

Após uma longa jornada na busca de competências para o enfrentamento da problemática dos conflitos interprofissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família, nos foi possível acrescentar muitos novos saberes em nossa formação, refletir sobre nossa realidade profissional e formular propostas que possam vir a modificar as relações existentes entre todos os envolvidos no processo de trabalho em saúde. Descobrimos que o fazer saúde neste modelo é muito mais difícil do que se poderia esperar. Trabalhar em uma equipe com diferentes conhecimentos, objetivos que podem ser diversos e elementos da formação profissional e de caráter de cada um, é um desafio.

Aprender a fazer a administração e efetivá-la nos tantos conflitos exige o importante elemento do querer a transformação. Este deverá estar incluído na vontade de cada um. O caráter e formação profissionais com as vocações pessoais são fundamentais neste processo.

As responsabilidades perfazem o todo do processo de trabalho que é constituído visivelmente pela abrangência de que saúde da família também deverá ser uma responsabilização socioambiental.

Chefiar e liderar equipes não podem ser sem uma especial formação que consiga encontrar estes líderes ou captá-los com a busca no processo educacional.

A formação profissional para profissões atuantes na Estratégia Saúde da Família deve ser revista quanto ao importante papel da enfermagem que hoje conduz a administração dos recursos humanos dentro das equipes.

Viu-se aqui neste trabalho que a interdisciplinaridade precisa existir em harmonia e que a administração está sendo negligenciada quanto ao seu conhecimento. Este fato é revelado quando sua ausência conduz a tantos entraves no nosso processo de trabalho. Exemplifica-se mais ainda este elemento, quando se pode confirmar a sua ausência na formação do próprio curso que hoje nos elevou ao título de especialistas.

A complexidade da atenção primária à saúde em nosso país, modelo do sistema único é geradora de muitos conflitos quando se entende que sua origem e proposta política estão muito à frente da realidade social, econômica e educacional de nossa nação.

## 8 AVALIAÇÃO DE UMA TRAJETÓRIA: O CURSO

Pensamos que realizar o CEABSF constituiu-se em um fato ímpar e especial em nossa vida profissional. Consideramos o curso um modelo de educação permanente em saúde.

Não poderíamos deixar de mais uma vez dizer que devido a conflitos e desajustes em nossa equipe de trabalho, não nos foi possível construir e transformar o tanto que queríamos, com os ensinamentos conquistados e com as novas competências adquiridas.

Jamais esqueceremos o poder revelador do aprendizado feito na leitura de cada página dos módulos de ensino.

Consideramos que alguns ajustes precisam ser feitos nas provas que por vezes pareceram estar incongruentes com os objetivos do curso.

Manter o planejamento em contínua avaliação foi por nós aprendido ser fundamental.

Gostaríamos que o tempo fosse maior para uma leitura mais abrangente em cada módulo. Após um cansativo dia de trabalho era muito difícil dedicar-se à leitura.

Fizemos uma transformação em nossas vidas com a realização deste curso, mas, devido ao tempo que precisou ser dedicado ao mesmo acreditamos que infelizmente, não aceitaríamos fazer outro de mesmo modelo e magnitude.

Pensamos que o CEABSF teria maior poder gerador de mudanças nos processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, se houvesse uma pactuação das gestões municipais com a UFMG para a participação efetiva de todos os membros da equipe e disponibilização de horário para os estudos diários.

Não acreditamos nos modelos de Educação à Distância, em que o trabalhador após jornadas de oito a mais horas de trabalho, tenha condições físicas e mentais de ler, estudar e aprender. Pensamos que deste modo, a Educação à Distância ficará e já está muito comprometida em algumas instituições, principalmente quando públicas.

Para finalizar, queremos expor que durante a construção de nosso TCC, sentimos a necessidade de ter em mãos um módulo de ensino que abordasse a administração. Seria bem interessante e útil. Também acreditamos na necessidade do desenvolvimento de um módulo específico para a profissão dos agentes comunitários de saúde, com a abordagem da ética, de suas atribuições e condutas. Poder-se-ia desta forma talvez, dar um início à construção de um curso profissionalizante para esta categoria profissional.

Parabéns aos idealizadores e construtores do curso!

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. *et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3 ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.

ANDRADE, P. M. O. *et al.* A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (LIF) e o Trabalho Interdisciplinar no Sistema Único de Saúde (SUS). In: HAASE, V. G. *et al. Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: COOPMED, 2009. 659 p.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n. 2, p: 455-464, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 6023. *Informação e documentação – referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev. Ass. Méd.*, Brasil, 1999: 45(4): 357-63.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.: il. – (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. *Carta dos direitos dos usuários da saúde/Ministério da Saúde*. -2 ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 / organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. – 10. ed. atual. e ampl. - São Paulo: Saraiva, 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 20 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*./Ministério da Saúde, Fund. Oswaldo Cruz.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 409 p.- (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de Educação Permanente em Saúde*/Ministério da Saúde, SGTES, Depto. G. E. S.- Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. *Para entender a gestão do SUS./Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

CAMPOS, E. P. *et al.* Equipes do Programa Saúde da Família: Estresse profissional e dinâmica do trabalho. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 1: p. 46-54, jan./mar. 2010.

CORRÊA, E. J. *et al.* *Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.*- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96 p. il.

CRUZ, P. V. D. *et al.* Formação de profissionais da saúde: revisão da literatura sobre o ensino da ética e suas repercussões na prática profissional. *Scientia plena*, v. 5, n.11, 2009.

DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A Entrevista Motivacional. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>

FARIA, H. *et al.* *Modelo Assistencial e atenção básica à saúde.* Unidade Didática I. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. 64 p.: il. – (Educação à Distância).

FARIA, H. *et al.* Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Unidade Didática I. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. 66 p.: il. – (Educação à Distância) Mód. 1. *Processo de trabalho em saúde.*

FEKETE, M. C. A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família.* José Paranaguá de Santana (org.); UFMG: NESCON. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

FLORENTINO, F. R. A.; FLORENTINO, J. A. *As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde.* Disponível em:< <http://www.bireme.br>>

FORTUNA, C. M. *et al.* 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*; v.13, n. 2, p: 262-8, março-abril, 2005.

HILÁRIO, M. A. S. *Gestão por resultados na administração pública.* Trabalho de Conclusão de Curso. UFAM – Manaus, 2009.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Representações Sociais de Profissionais do PSF. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v.28, n.2, p: 374-389, 2008.

LIBÂNIO, J. B. Condição humana e felicidade. In: HAASE, V. G. *et al. Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: COOPMED, 2009. 659 p.

MAXIMIANO, A. C. A. *Fundamentos e Práticas da Gestão Contemporânea*. Caderno 4. – Universidade Corporativa Banco do Brasil. Outubro de 2006.

MENDES, E. V. “Agora Mais que Nunca” – Uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados: Caderno de Apresentação*. 1 ed. Brasília: CONASS, 2009. 76 p.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: A Alma dos Serviços de Saúde. *SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPS. Reunião Regional dos Observatórios e Recursos Humanos em Saúde (2005. Brasília, DF). *Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015: Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*./ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 12 p.- (Série D. Reuniões e Conferências).

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em Serviços de Saúde. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família*. José Paranaguá de Santana (org.); UFMG: NESCON. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

OJEDA, B. S.; STREY, M. N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v.1, n.1, p. 2-8, jan./mar., 2008.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Ação Social. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família*. José Paranaguá de Santana (org.); UFMG: NESCON. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

PIANCASTELLI, C. H. *et al.* O trabalho em equipe. In: *Organização do cuidado a partir de problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família*. José Paranaguá de Santana (org.); UFMG: NESCON. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. 80 p.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análise*/ André

Falcão do Rêgo Barros (org.) *et al.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 500 p.: il.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) Vol. 2.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, v.12, n.2, p: 159-168, 2007.

PORTO, C.C. Princípios e bases para a prática médica. In: PORTO, C.C. *et al.* *Semiologia Médica*. 2 ed., Ed. Guanabara Koogan S.A. 1994.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. *et al.* *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3 ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.

RIBEIRO. M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Esc. Anna Nery R Enferm.* v.10, n.1, p: 109-15, 2006.

RODRIGUES, M. P. e ARAÚJO, M. S. *O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família*. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/UFRN.

SANTANA, J. P. Política Municipal de Recursos Humanos em Saúde. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde – elementos para uma proposta – In: *Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 344 p., tab., graf.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*. v.43, n.4, p: 721-25, 2009.

SERRA, A. *Modelo aberto de gestão para resultados no setor público*; tradução de Ernesto Montes-Bradley y Estayes. - Natal-RN: SEARH/RN, 2008. 140 p.

SILVEIRA, A. M. *Saúde do Trabalhador*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96 p.: il., 22 x 27 cm.

STARFIELD, B. S. Efetividade e Equidade em Serviços de Saúde pela atenção Primária em Saúde. In: *IIIº Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades*: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da saúde, 2008. 208 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. *et al.* *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3 ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.



TAVARES, M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. *et al.* *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3 ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.

VASCONCELOS, M. *et al.* *Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte. Ed. UFMG-Nescon UFMG. 2009. 70 p.