

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Limites e Perspectivas do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da  
Família de Campina Grande – PB: as Representações Sociais dos  
Profissionais**

**ROSANA FARIAS BATISTA LEITE**

**Campina Grande – PB**

**2007**

**ROSANA FARIAS BATISTA LEITE**

**Limites e Perspectivas do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família de Campina Grande – PB: as Representações Sociais dos Profissionais**

Dissertação apresentada à Coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva – Área de Concentração: Promoção da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: **PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. THELMA MARIA GRISI VELÔSO**

Campina Grande – PB

2007

**ROSANA FARIAS BATISTA LEITE**

**Limites e Perspectivas do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família de Campina Grande – PB: as Representações Sociais dos Profissionais**

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Comissão Examinadora

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Thelma Maria Grisi Veloso – Orientadora**  
Universidade Estadual da Paraíba

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Mary Yale Rodrigues Neves – Membro Externo**  
Universidade Federal da Paraíba

---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria do Carmo Eulálio – Membro Interno**  
Universidade Estadual da Paraíba

Campina Grande – PB

2007

Dedico este trabalho a **Alexandre**, meu esposo, e aos meus filhos: **Debora**, **Rachel**, **Suzana**, **Izabel** e **Daniel**. Foram vocês, cada um ao seu modo, que me incentivaram a querer sempre aprender mais e que souberam compreender as muitas e prolongadas ausências que este trabalho exigiu.

## Agradecimentos

A **Deus**, que, com sua presença constante em minha vida, sempre ilumina meus caminhos.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Thelma Maria Grisi Veloso**, pela acolhida de minha proposta de trabalho e pela confiança depositada.

Aos **profissionais do PSF** das equipes estudadas, protagonistas deste trabalho, sem os quais, a construção deste estudo não teria sido possível.

De modo especial, à Direção da Escola Estadual de Auxiliar de Enfermagem: **Maria das Mercês e Iara Lacerda**, pelo apoio permanente na realização deste trabalho.

À **Secretaria de Educação, Cultura e Desportos da Prefeitura Municipal de Campina Grande**, especialmente na pessoa do Secretário de Educação, Prof. Dr. **Flávio Romero Guimarães**, que, acreditando no nosso trabalho, contribuiu com minha liberação para a concretização deste estudo.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande**, que acolheu a proposta, abrindo espaço para a realização do trabalho de campo.

Aos integrantes da banca examinadora, Dr<sup>a</sup> **Mary Yale** e Dr<sup>a</sup> **Maria do Carmo Eulálio**, pelas valiosas contribuições.

À **Teresa Cristina Péret**, amiga e grande colaboradora deste trabalho.

Às Dr<sup>as</sup>. **Aliana Fernandes e Suerde Miranda**, pelo apoio e incentivo em distintos momentos deste trabalho.

Com muito carinho, agradeço à amiga **Carmita Eulálio**, grande incentivadora desta caminhada.

À **minha mãe** em especial, que, no seu silêncio tão peculiar, compreendeu minha ausência.

Aos **colegas do mestrado**, pela amizade e companheirismo. Em especial às amigas **Adrianna Ribeiro, Claudia Martiniano e Eliane Nóbrega**, pelo apoio dado em momentos decisivos desta caminhada.

Aos **professores e funcionários** do mestrado.

A minha filha **Debora**, que colaborou na pesquisa bibliográfica.

A minha filha **Rachel**, companheira no processo de leitura e reescrita deste trabalho.

A **Ricardo Dantas** pela colaboração na digitação, diagramação e impressão deste trabalho.

A **todos** aqueles que, de maneira direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“É preciso adquirir o espírito de fênix – do morrer para renascer das cinzas. Ser fênix ou interdisciplinar é permitir-se a transmutação, é ver na história a possibilidade de recriação”.

(FAZENDA, 1998, p. 133)

## RESUMO

No Brasil, a partir de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), sendo o município de Campina Grande-PB, juntamente com mais 13 municípios no país, pioneiro na implantação desta proposta. O PSF se propõe ser uma estratégia para reorganização da atenção básica, com vistas à mudança no modelo assistencial de saúde. O programa enfatiza, entre outros aspectos, ações interdisciplinares no sentido de assegurar a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Desse modo o presente estudo tem como objetivo principal analisar as representações sociais dos profissionais sobre o trabalho em equipe no PSF de Campina Grande – PB. Os objetivos específicos são analisar os limites e perspectivas deste trabalho, verificando se há intercâmbio de saberes voltados para construção de um trabalho interdisciplinar ou se prevalece o trabalho cotidiano fragmentado. A pesquisa desenvolveu-se à luz da Teoria das Representações Sociais, através das contribuições de Serge Moscovici, para quem as representações sociais são entendidas como conhecimento prático e do senso comum elaborados por grupos sociais e veiculados pela comunicação social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação participante, com registro em Diário de Campo. Foram entrevistados 24 profissionais, dos quais três são médicos, três são enfermeiros, quatro são auxiliares de enfermagem, dois são cirurgiões dentistas, dois são assistentes sociais, nove são agentes comunitários de saúde (ACS's), e um é auxiliar de consultório dentário. A análise das entrevistas foi feita a partir da proposta de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin (1977). Trabalhou-se com quatro agrupamentos temáticos: *Representação do PSF*, *Representação do Trabalho no PSF*, *Representação do Trabalho em Equipe* e *Representação do Trabalho Interdisciplinar*. Para todos os profissionais entrevistados o PSF foi representado como um programa que trouxe contribuições positivas. O trabalho no PSF é representado como “planejado”, “organizado”, e “gratificante”. Por outro lado, vários discursos expressam insatisfações. O trabalho em equipe por sua vez foi representado como “trabalho complementar”, como trabalho entre iguais, “respeitar o espaço do colega” e “como estar em família”, sendo esta última representação enfatizada por parte dos profissionais de nível médio, numa visão utópica e romântica. No que diz respeito ao trabalho interdisciplinar destacaram-se representações como “troca de saberes”, “diálogo” e “conjunto de profissionais”. A pesquisa aponta que o trabalho em equipe no PSF é representado como uma convivência compartilhada no mesmo espaço físico, indicando uma abordagem multiprofissional sem que haja de fato a interdisciplinaridade. O desafio que se apresenta para os profissionais permanece, já que não se observa o rompimento com o paradigma tradicional da saúde, calcado, entre outros componentes, na fragmentação e superposição do conhecimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Representações Sociais; Programa Saúde da Família; Trabalho em Equipe; Trabalho Interdisciplinar.

## ABSTRACT

In Brazil, from 1994, the Health Department created the Health Family Program (HFP), being Campina Grande and other thirteen cities in Brazil the pioneer in the implantation of this proposal. The HFP is presented as a strategy for reorganization of the basic attention, aiming to change the assistant model of health. The program emphasizes, among others aspects, interdisciplinary actions with the objective to assure the accomplishment of the principles of the Unique System of Health. The present study has as main objective to analyze the social representations of the professionals about the work in the HFP of Campina Grande, Paraíba. The specific objectives are to analyze the limits and perspectives of this work verifying if there is interchange of knowledge pointed at the construction of a interdisciplinary work or if the fragmented daily work prevails. The research was development with bases on the Social Representations Theory, through the contributions of Serge Moscovici, for whom the social representations are understood as the common sense and practical knowledge elaborated by social group and transmitted by the social communication. It is a qualitative research that had as instruments to collect the data the half-structured interview and the participant comment, registered in the diary. 24 professionals were interviewed, of which 03 are doctors, 03 nurses, 04 aid nurses, 02 dentists surgeons, 02 social assistants, 09 health agents, and 01 assist of dental doctor's office. The analysis of the interviews was made based on the proposal of analysis of Thematic Content suggested by Bardin 1977. This research had three thematic groups: *Representation of the HFP*, *Representation of the Work in HFP*, *Representation of the Work in Team and Interdisciplinary Work*. For all people interviewed the HFP was represented as a program that brought positive contributions. The work in HFP is represented as a "planned", "organized", and "rewarding" work. On the other hand, several speeches express non-satisfactions. The team work was represented as "complemented work", as work between equals, "respect the colleague's space" and "as being with a family", being this last representation emphasized by the professionals of middle level, in a utopian and romantic vision. According to the interdisciplinary work it was highlighted the representations as "changes of knowledge", "dialogue" and "team of professional". The research points that the work in the HFP is represented as an acquaintance shared in the same physical space, indicating a boarding of different professionals without there is in fact the interdisciplinarity. The challenge that is present for the professionals remains, because there is no observation on the disruption with the traditional paradigm of the health, based, among others component, on the fragmentation and overlapping of the knowledge.

**Keywords:** Social Representations; Health of Family Program; Work in Team; Interdisciplinary Work

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

### Quadros

|   |    |
|---|----|
| 2.1 – Níveis de inter-relação entre as disciplinas..... | 48 |
|---|----|

### Figuras

|  |     |
|--|-----|
| 2.1 Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “Casinhas Paralelas”.....     | 53  |
| 2.2 A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família.....        | 54  |
| 2.3 Distritos Sanitários de Campina Grande, março de 2003.....                       | 56  |
| 2.4 Cobertura do PSF em Campina Grande, março de 2003.....                           | 60  |
| 4.1 Representações Sociais do novo Modelo de Atenção Básica à Saúde.....             | 72  |
| 4.2 Representações Sociais sobre o Trabalho no PSF.....                              | 83  |
| 5.1 Representações Sociais do Trabalho em Equipe e do Trabalho Interdisciplinar..... | 95  |
| 5.2 Representações Sociais do Trabalho Interdisciplinar.....                         | 115 |

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APSF - Associação dos Profissionais de Saúde do PSF de Campina Grande

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CS - Centros de Saúde

EP – Educação Permanente

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NRS - Núcleo Regional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB - Paraíba

PMCG - Prefeitura Municipal de Campina Grande

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSF - Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

RS - Representações Sociais

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TNC – Teoria do Núcleo Central

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

UC – Universo Consensual

UR – Universo Reificado

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**INTRODUÇÃO ..... 16**

**CAPÍTULO I - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ..... 20**

- 1.1 Compreendendo o significado de Representações Sociais nas concepções sociológicas..... 21
- 1.2 Representações Sociais: perspectiva psicossociológica ..... 26
- 1.3 O processo de formação das Representações Sociais..... 30
- 1.4 Funções das Representações Sociais ..... 32
- 1.5 O campo de pesquisa em Representações Sociais..... 32

**CAPÍTULO II - O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS BASES DO NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990 E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO EM SAÚDE ..... 34**

- 2.1 Da construção do novo modelo de atenção ao Programa Saúde da Família ..... 35
- 2.2 Ressignificando o trabalho em saúde e o trabalho em equipe a partir do Programa Saúde da Família ..... 40
  - 2.2.1 O trabalho interdisciplinar na Saúde: desafio para as equipes do PSF ..... 46

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 2.3 | Considerações gerais sobre o PSF de Campina Grande – PB –<br>o contexto da pesquisa..... | 55 |
|-----|--|----|

**CAPÍTULO III - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ..... 63**

|     |                                      |    |
|-----|--------------------------------------|----|
| 3.1 | Tipo de Abordagem.....               | 64 |
| 3.2 | Universo e Sujeitos da Pesquisa..... | 64 |
| 3.3 | Técnicas de Coleta de Dados.....     | 65 |
| 3.4 | Tratamento e Análise dos Dados.....  | 68 |
| 3.5 | Considerações Éticas.....            | 70 |

**CAPÍTULO IV - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE  
O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O TRABALHO NO PSF ..... 71**

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 4.1    | Representações Sociais sobre o PSF - reconhecendo<br>possibilidades e limites..... | 72 |
| 4.1.1. | Perspectivas do Novo Modelo de Atenção -<br>O PSF é positivo.....                  | 73 |
| 4.1.2. | Limites na Efetivação do Programa.....   | 76 |
| 4.2    | O trabalho no PSF na representação de seus profissionais.....                      | 82 |
| 4.2.1  | O trabalho no PSF é Prazeroso.....   | 82 |
| 4.2.2  | Trabalhar no PSF não é tão bom assim.....  | 85 |

**CAPÍTULO V - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS SOBRE  
O TRABALHO EM EQUIPE E O TRABALHO INTERDISCIPLINAR.....93**

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.1   | O trabalho em equipe na fala dos profissionais.....      | 95 |
| 5.1.1 | Trabalhar em equipe “é como estar em família”.....       | 95 |
| 5.1.2 | “No trabalho em equipe todos são iguais”.....            | 96 |
| 5.1.3 | Trabalhar em equipe “é respeitar o espaço e a opinião do |    |

|  |            |
|--|------------|
| colega” .....  | 98         |
| 5.1.4 Trabalhar em equipe é “complementar o trabalho do outro”.....      | 99         |
| 5.2 Representando Facilidades e Dificuldades no trabalho em equipe ..... | 101        |
| 5.2.1 Facilidades no Trabalho em Equipe .....                            | 101        |
| 5.2.1.1 Inserção de Outros Profissionais na Equipe ..                    | 101        |
| 5.2.1.2 Capacitação dos Profissionais .....                              | 104        |
| 5.2.2 Dificuldades no Trabalho em Equipe .....                           | 109        |
| 5.2.2.1 Relacionamento Interpessoal.....                                 | 109        |
| 5.2.2.2 Incipiência na Formação Acadêmica.....                           | 111        |
| 5.3 Desafios da construção da interdisciplinaridade no PSF.....          | 113        |
| 5.3.1 Trabalho Interdisciplinar como conjunto de profissionais ....      | 114        |
| 5.3.2 Trabalho Interdisciplinar como troca/diálogo de saberes.....       | 116        |
| 5.3.3 Trabalho Interdisciplinar é “trabalho multiprofissional” .....     | 117        |
| 5.3.4 Trabalho Interdisciplinar como construção .....                    | 119        |
| 5.3.5 Trabalho Interdisciplinar como integralidade.....                  | 119        |
| 5.3.6 Desconhecimento do que seja trabalho interdisciplinar .....        | 121        |
| <br>   |            |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>124</b> |
| <br>   |            |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>130</b> |
| <br>   |            |
| <b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>   | <b>138</b> |



# INTRODUÇÃO

No Brasil, historicamente, o trabalho realizado pelas diversas categorias profissionais de saúde tem se caracterizado pela falta de discussão ou intercâmbio, fato que resulta em práticas isoladas e fragmentadas. Este modelo tradicional de atenção vem se revelando incompatível com a complexidade dos problemas de saúde de nossa população. O paradigma prevalente na formação em saúde encontra-se tradicionalmente calcado no corporativismo, na estrutura verticalizada e na fragmentação do conhecimento (RIBEIRO et al, 2004).

Nos últimos anos, o perfil dos profissionais para atuação no Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo referido pelo Ministério da Saúde como um dos determinantes para a reestruturação da atenção básica, capaz de alavancar mudanças no modelo assistencial. O trabalho em equipe é apresentado como um dos pilares que deve sustentar a totalidade de uma prática complexa, já que pode vir a ser o instrumento por excelência do trabalho educativo, pela possibilidade de proporcionar trocas teóricas que contribuirão para o conhecimento de demandas e necessidades dos usuários.

O nosso interesse pela temática surgiu da preocupação advinda da nossa prática profissional atuando como docente há mais de vinte anos em uma instituição formadora de recursos humanos para a saúde. Ao longo desta trajetória, foram se concretizando algumas inquietações frente aos questionamentos dos alunos a partir de observações empíricas sobre o trabalho das equipes de saúde no PSF em Campina Grande/PB.

Além disso, recentes publicações na área da saúde apontam para as limitações na estratégia Saúde da Família no país, conduzindo mais uma vez nosso olhar para a realidade do trabalho em equipe no PSF.

O PSF, embora iniciado como um programa, é considerado atualmente pelo Ministério da Saúde (MS) uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde que visa a reorientar o modelo de atenção e a conferir uma nova dinâmica na organização dos serviços. Objetiva substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde.

A estratégia foi implantada em Campina Grande, no ano de 1994, compondo com mais treze municípios do país as experiências pioneiras institucionalizadas pelo Ministério da Saúde. Procura reafirmar e incorporar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual as equipes trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. Sendo

assim, as unidades de saúde da família são consideradas porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção, devendo estar integradas em rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos usuários.

Interessou-nos entender como este trabalho vem se efetivando em Campina Grande. Para tanto, elegemos como objeto de nossa pesquisa, as Representações Sociais dos profissionais sobre o trabalho em equipe no PSF. Objetivamos analisar os limites e perspectivas do trabalho em equipe a partir das Representações Sociais de seus profissionais. Buscamos ainda verificar se há intercâmbio de saberes voltados para a construção do trabalho interdisciplinar, como preconiza a filosofia do programa, ou se prevalece o trabalho fragmentado. Acreditamos que os avanços deste projeto sanitário (PSF) estão condicionados, dentre outros determinantes, por estas representações, podendo conduzir intervenções mais ou menos críticas e propositivas capazes de responder o que preconiza o SUS.

Pressupomos que o desafio de trabalhar em equipe requer o aprofundamento das diferenças no saber/poder da cada profissão: a compreensão teórica das transformações globais na sociedade e das forças sociais no interior das instituições; a percepção das necessidades e demandas dos usuários dos serviços; a construção coletiva, que no cotidiano da vida social, vai se conformando na prática social e profissional (TEIXEIRA, 2004).

A motivação para a realização desta pesquisa vincula-se, portanto, à necessidade de conhecer como o trabalho em equipe vem se efetivando, o lugar reservado à interdisciplinaridade nas equipes do Programa Saúde da Família e como esta é entendida e trabalhada pelos profissionais.

Dentro desta perspectiva, a presente pesquisa se justifica pela importância de entendermos o “novo” fazer, referente ao trabalho em equipe no PSF, enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva especialmente no que se refere à aquisição de novas habilidades e conhecimentos interdisciplinares.

Em razão do exposto, as questões que se apresentam em nossa pesquisa podem assim ser expressas: no PSF de Campina Grande, os profissionais, ao representarem o trabalho em equipe, reproduzem o conhecimento formal, adquirido ainda de forma isolada, com a comunicação restrita entre os pares, acentuando o fortalecimento entre as

profissões que dividem o mesmo espaço de trabalho? Ou estas representações vêm avançando em direção ao trabalho na perspectiva interdisciplinar?

No sentido de facilitar a compreensão do assunto, o trabalho foi dividido em cinco capítulos. No primeiro, abordaremos a Teoria das Representações Sociais, destacando a origem do conceito, os processos pelos quais as representações sociais se formam e suas funções no campo social. A partir de diversas leituras, foi se configurando a possibilidade de trabalharmos com as representações sociais tendo como referência as contribuições de Serge Moscovici, pois estas permitem abordar, de forma articulada, os aspectos de natureza psico - sociológica que contribuem para formar, nos sujeitos, certa visão de mundo. Assim, entendemos que as Representações Sociais constituem o conhecimento prático e do senso comum elaborados por grupos sociais e veiculados pela comunicação social.

No segundo capítulo, teceremos algumas considerações gerais sobre o processo de construção das bases do novo modelo de atenção à saúde no Brasil. O resgate histórico de fatos marcantes que se configuraram na política de saúde no final da década de 1980 e início de 1990 permitiu compreendermos como este modelo vem se estruturando. Apresentaremos, ainda, uma discussão teórica sobre o trabalho em saúde/trabalho em equipe, com ênfase no trabalho interdisciplinar no PSF, e enfatizaremos a conformação da estratégia Saúde da Família no Brasil e, particularmente, no município de Campina Grande, *locus* de nossa pesquisa.

No terceiro capítulo, trataremos dos procedimentos metodológicos adotados no percurso da pesquisa que foram determinantes para alcançarmos nossos objetivos. Nesse sentido, realizamos uma pesquisa qualitativa, utilizando como instrumentos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação participante com registro em Diário de Campo. Foram entrevistados 24 profissionais, sendo três médicos, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões dentistas, dois assistentes sociais, nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), e um auxiliar de consultório dentário. A análise das entrevistas foi feita a partir da proposta de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin (1977).

No quarto capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa de campo referente à análise das Representações Sociais dos profissionais sobre o PSF e sobre o Trabalho no referido Programa. Estas análises se justificam para uma melhor

compreensão das Representações Sociais dos profissionais sobre o Trabalho em Equipe e o Trabalho Interdisciplinar, tratados no quinto capítulo.

Para finalizar, esperamos que os resultados desta pesquisa reflitam na elaboração de matrizes para a política municipal de saúde, particularmente na gestão do trabalho, contribuindo também para reflexões acadêmicas na formação profissional. Registramos, ainda, nosso desejo de, através das idéias aqui apresentadas, estimular novas pesquisas, possibilitando outras inferências sobre o desafiante tema.



# CAPÍTULO 1

## A Teoria das Representações Sociais

Ao longo da história, inúmeras abordagens acerca das Representações Sociais (RS) se desenvolveram, em diferentes contextos que estudam o social, revelando a complexidade do tema. As RS apresentam-se como importante suporte teórico nas pesquisas qualitativas, possibilitando uma abordagem articulada de diferentes aspectos, contribuindo para a apreensão da visão de mundo dos sujeitos pesquisados. Desta forma, possibilitam entender os significados subjetivos, assim como o contexto que lhe deram sustentação (MINAYO, 1996).

*Representar*, de acordo com o dicionário Aurélio, quer dizer “1) ser a imagem ou a reprodução; 3) significar, denotar; 7) Reproduzir, descrever”. *Social* é definido como “1) da sociedade, ou relativo a ela” (FERREIRA, 2000, p. 598-9, 642). De modo geral, poderíamos afirmar que representações sociais são imagens, significados, compartilhados pelos indivíduos de um grupo.

O presente capítulo será apresentado em cinco tópicos. O primeiro volta-se para a compreensão dos significados do conceito de RS tomando por base os estudos de Minayo (1996, 2000) que enfatizam as concepções sociológicas do termo. Nos quatro tópicos seguintes, apresentaremos uma revisão bibliográfica sobre a Teoria das Representações Sociais, suporte teórico adotado por nós para subsidiar nosso estudo.

### **1.1 Compreendendo o significado de Representações Sociais nas concepções sociológicas**

O conceito de Representações Sociais é extremamente complexo. Nos últimos anos, tem sido discutido com frequência em estudos de diversas áreas das ciências humanas e sociais. Essas múltiplas abordagens não só destacam a relevância das Representações Sociais, como também revelam o seu caráter interdisciplinar.

Reiterando o caráter interdisciplinar das Representações Sociais, Yazbek (1993) afirma que a temática das Representações trata-se de uma concepção produzida no entrecruzamento de diferentes ciências sociais e a relação existente entre o individual e o social.

Emile Durkheim (1858-1917), segundo Minayo (1996), foi o primeiro autor a trabalhar com a concepção de Representações, propondo o conceito de Representações Coletivas.

Assim se expressa o autor:

As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e seu saber (DURKHEIM, 1978 apud NÓBREGA, 1997, p. 3).

Em Kant (1724-1804), admitia-se a existência de categorias de entendimentos universais e inatas no homem, como tempo e espaço, por exemplo. Durkheim, por sua vez, critica Kant e define Representações Coletivas como o produto de uma cooperação acumulada ao longo do tempo e do espaço pelos indivíduos. Em suas reflexões, ele busca as raízes sociais dessas categorias (NÓBREGA, 1997).

Minayo (2000) ressalta que, ao utilizar a expressão “Representação Coletiva”, Durkheim está referindo-se às Representações Sociais, sendo estas as categorias de pensamento por meio das quais as sociedades elaboram e expressam sua realidade. O autor avança em sua concepção, em relação às idéias de Kant, quando destaca que tais categorias não são dadas *a priori* e nem seriam universais na consciência, mas surgiriam vinculadas aos fatos sociais possíveis de observação e interpretação.

Apesar da relevância atribuída à sociedade, Durkheim refere-se mais ao aspecto moral do que à superioridade natural e intelectual. Em sua abordagem, somente a sociedade possui força moral suficiente para construir categorias hierarquicamente superiores às outras noções que possibilitam a existência de uma base de comunicação e consenso. Nela, é o indivíduo quem confere esse caráter superior (MINAYO, 1996).

Em Durkheim, como adverte Minayo (1996), a idéia de Representações evidencia a existência de um modo de pensar a sociedade, que é coercitivo em relação à conduta individual, pois o autor dicotomiza indivíduo-sociedade. Em sua formulação teórica, as “Representações Coletivas” provêm do exterior e não do indivíduo. As representações seriam aceitas por todos, mas os indivíduos não teriam um papel ativo na sua criação. Encontramos aí a explicação para o uso da expressão Representação Coletiva.

Entende Durkheim que caberia à sociologia o estudo das “Representações Coletivas” e à Psicologia o estudo das “Representações Individuais”. Para ele, as leis que explicam os fenômenos individuais são distintas das que explicam os fenômenos coletivos. Como salienta Minayo (1996, p. 160), “no seu afã de afirmar a objetividade da sociologia, Durkheim tenta

eximir a análise de qualquer fato social e portanto das representações sociais, do envolvimento do pesquisador e dissecar esse fato de qualquer comprometimento ideológico”.

Neste sentido, o autor cai no “reducionismo”, reforçando sob vários aspectos a visão positivista, ao afirmar que o componente filosófico não deve estar presente na análise, sendo o pesquisador objetivo (tratando os fatos como coisa). Acrescentou ainda serem os fatos sociais exclusivamente sociológicos, advogando que somente uma cultura especificamente sociológica poderá compreendê-los (MINAYO, 1996). Esta postura positivista é alvo de inúmeras críticas no interior das Ciências Sociais, assim como no campo da Psicologia Social.

Para os adeptos da “Sociologia Compreensiva” e da “Fenomenologia”, que constituem uma outra corrente de pensamento dentro das ciências sociais, o grande problema desta teoria, da qual Durkheim carrega traços expressivos, se refere ao “poder de coerção” que atribui à sociedade sobre os indivíduos quase de forma absoluta (*Ibid.*).

Max Weber (1864-1920), adepto da chamada “Sociologia Compreensiva”, apresenta uma forma característica de tratar as Representações Sociais, identificando-as como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, termos usados muitas vezes como sinônimos. Para ele, as “idéias” e os interesses materiais governam diretamente a conduta do homem. De acordo com Minayo (1996, p. 161), o autor trabalha de forma particular a noção de “visão de mundo”, pois essas “idéias” (Representações Sociais) se expressam sob a forma de “[...] juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem”. Percebe-se, então, uma participação do indivíduo na formação das representações.

Na corrente Fenomenológica, Alfred Schutz (1899-1959) recorre ao “senso comum” para explicar as “Representações Sociais”. Para ele, a existência cotidiana possui significados relevantes para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Esses significados são relacionados através de construções mentais, de representações do senso comum. Eles podem, segundo Schutz, ser objeto de estudo dos cientistas sociais (MINAYO, 1996).

Uma outra ótica com relação às Representações Sociais surge na dialética marxista. A crítica, dirigida às concepções de Durkheim, explicita que esta visão elimina o pluralismo fundamental da realidade social (particularmente as lutas e antagonismos de classe). Minayo (1996, p. 167) afirma que, nos estudos marxianos, as “Representações (bem como as idéias e pensamentos) são o conteúdo da consciência que, por sua vez, é determinada pela base material, ou existência”.

Minayo (2000) assinala que o texto de Marx (1818-1883), *A Ideologia Alemã*, ressalta que os filósofos consideravam as quimeras, as idéias, os dogmas, as ilusões produzidos e

reproduzidos pela consciência. Portanto, segundo esses filósofos, as mudanças da sociedade viriam da substituição das “falsas representações” por pensamentos que estariam na essência do homem.

Para Marx (apud MINAYO, 2000), a consciência é o ponto central para tratar do campo das idéias. As representações, as idéias e os pensamentos são o conteúdo da consciência, que é determinada pela base material. Segundo Minayo (2000, p. 98), “apesar de defender, em todos os seus escritos, a anterioridade da vida material sobre as idéias, ele vê esses dois elementos numa relação dialética”. Neste sentido, como ressalta a autora “ele relativiza o determinismo mecânico da base material sobre a consciência e chama a atenção para as contradições existentes entre as forças de produção, o estado social e as idéias”.

Haveria, para Marx, as “falsas representações”, que sustentariam os dogmas, as ilusões, mas, por outro lado, a consciência seria capaz de gerar as transformações da sociedade. Daí o caráter dialético das representações, na sua concepção.

Ainda dentro da corrente marxista, temos Gramsci (1891-1938) e Lukács (1885-1971). Gramsci (1981, apud MINAYO, 1996) aborda o tema das Representações Sociais, apontando para as expressões “senso comum” e “bom senso”. Para ele, o senso comum tem o papel relevante na formulação de novos conceitos, pois retrata a realidade de vida da população.

Em Gramsci (apud MINAYO, 1996), o “senso comum”, mesmo como pensamento fragmentário e contraditório, deve ser recuperado criticamente, uma vez que corresponde espontaneamente às condições reais de vida da população. Sendo assim, em grande parte de sua obra, o autor critica o preconceito racionalista contra o senso comum.

Segundo Minayo, alguns aspectos se destacam na contribuição de Gramsci, quais sejam: ele chama a atenção para o caráter de conformismo de que as representações sociais são reveladoras, e para o caráter de abrangência desse conformismo, de acordo com os diferentes grupos sociais. Isto é, retira a idéia de que o “senso comum” seja inerente à ignorância das massas, mostrando como cada grupo social tem seu próprio conformismo e ilusão. Gramsci (1981, p. 32 apud MINAYO, 1996, p. 169) salienta que a concepção de mundo de uma época

não é a filosofia deste ou daquele filósofo, deste ou daquele grupo de intelectuais, desta ou daquela grande parcela das massas populares: é uma combinação de todos estes elementos culminando em uma determinada direção, na qual sua culminação torna-se norma de ação coletiva, isto é, torna-se história completa e concreta.

Minayo (1996) adverte que a contribuição gramsciana amplia o entendimento marxista, na medida em que supera o determinismo econômico (que restringe a existência à base material) sobre as representações, as idéias e os pensamentos. A concepção gramsciana parte da noção de senso comum e de bom senso, visto que sua preocupação teórica efetiva-se no privilégio da esfera política, no processo de construção da hegemonia.

Outro autor que aprofunda o tema em Marx é Lukacs. Para ele, as “Representações Sociais” possuem um sentido de “visão de mundo”, entendido como um conjunto de aspirações, sentimentos e idéias que reúne os membros de um grupo (mais freqüentemente, de uma classe social) e os opõe aos outros grupos. Dessa forma, tal conjunto de aspirações, sentimentos e idéias seria a consciência, não do indivíduo, mas de sua classe. Em Lukács, a base material, enquanto elemento determinante, é retomada de Marx, entretanto, ele elabora um novo entendimento: o da “consciência coletiva” (ou de classe).

Ainda na perspectiva marxista, mais recentemente contamos com a rica contribuição do trabalho de Lefebvre (1901-1991). O autor, segundo Lufti et al (1996), aborda as Representações como um momento do conhecimento, como mediação entre o sensível e a abstração verdadeira. Lefebvre deposita toda ênfase na realidade e na linguagem, por onde, segundo ele, toda representação transita. Para o referido autor, as palavras, os signos representam presenças na ausência.

É na forma de superar as representações ideológicas que Marx e Lefebvre tomam caminhos diferentes. Para Marx a mentira ideológica ou falsidade de uma representação pode ser descoberta e destruída, em primeiro lugar pela teoria e depois pela prática revolucionária. Lefebvre, considerando a sociedade contemporânea, leva adiante a teoria. Parte da ideologia, mas para ele a noção de representação é mais esclarecedora. Ele diz; Marx não sabe que o deslocamento que ocorre com a substituição do representado pela representação se perpetua. [...] Para Lefebvre, a representação não é aparência reificada, como era para Marx, mas substituindo coisas, produtos, obras, relações, acaba se tornando socialmente concreta (LUFTI et al 1996, p. 92).

## 1.2 Representações Sociais: perspectiva psicossociológica

Na área da Psicologia Social, o termo “Representação Social” foi proposto por Serge Moscovici, no livro *La Psychanalyse son Image et son Public* (1961), que versa acerca da Representação Social da psicanálise na sociedade parisiense dos anos cinqüenta.

Nesta obra, o autor redefine os problemas e conceitos da Psicologia Social, partindo das Representações Sociais, e, segundo Jovchelovitch (2000), tenta entender como uma forma de saber é transformada em outra, na medida em que ela passa por diferentes processos de comunicação e se move no contexto social. De acordo com esta autora, uma das grandes descobertas de Moscovici foi a de que a transformação dos saberes se dá à medida que se deslocam, sendo esta mudança uma expressão das modificações ocorridas na vida de uma comunidade.

Lembramos que o conceito proposto por Moscovici causou impacto nos meios acadêmicos, vindo a receber mais atenção e respeitabilidade da comunidade científica na década de 1980. A partir de então, o conceito expandiu-se e pôde dar forma a um novo momento heurístico em psicologia social (VALA, 1993).

A referida obra de Moscovici foi produzida no momento em que a Psicologia Social americana buscava insistentemente conhecer a relação indivíduo-sociedade. Nessa época, o mundo passava por inúmeros problemas decorrentes da II Guerra Mundial. Foi nesse contexto, que Moscovici fez uma releitura do conceito de “Representações Sociais”, rompendo com a dicotomia indivíduo-sociedade (base fundante do conceito durkheimiano). Negou, assim, o fato de que as “Representações Sociais” seriam construídas a partir de elementos externos ao indivíduo e apontou para a legitimidade do senso comum enquanto conhecimento impulsionador das transformações sociais.

Dentre os diversos estudiosos que exerceram influência na construção de seu pensamento, Moscovici atribui destaque ao sociólogo francês Émile Durkheim. Ele foi o responsável pela elaboração do conceito de Representação Coletiva (já explicitado), a partir do qual Moscovici construiu a concepção de um espaço psicossociológico, ou uma teoria psicossociológica do conhecimento (SÁ, 1996).

De acordo com Nóbrega (2001), o conceito de Representações Coletivas é uma espécie de guarda-chuva que reúne uma larga gama de diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciências, religião, opiniões).

É importante ressaltar que o conceito de Representação Coletiva elaborado por Durkheim evidencia a existência de um modo de pensar na sociedade. Nessa abordagem, as

representações são produzidas a partir de uma cooperação de indivíduos, por meio da combinação de suas idéias e sentimentos e são repassadas a outras gerações, tornando-se universais.

O conceito de Representação Coletiva utilizado por Durkheim era mais apropriado para fenômenos que apresentavam uma certa estabilidade. Conforme Farr (2000), tendo em vista a complexidade das sociedades modernas, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das idéias coletivas nestas sociedades, considerando mais adequado a utilização do termo Representações Sociais.

Ao conceituar Representações Sociais, Moscovici parte da superação do conceito de “Representações Coletivas”, argumentando que “as sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas” (FARR, 2000, p. 44-45), devido à dinamicidade da transmissão de informações e aos meios de comunicação de massa da nossa sociedade atual.

Desta forma, observa-se que, embora o estudo das Representações Coletivas realizado por Durkheim tenha servido como referência, Moscovici questiona-o e procura atualizá-lo, trazendo-o para as condições atuais das sociedades contemporâneas.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais (TRS) elaborada por Moscovici é uma teoria dinâmica e explicativa, não só da realidade social, como também do contexto físico e cultural. Ela possui uma dimensão histórica e transformadora, agregando os aspectos culturais, cognitivos e valorativos, isto é, ideológicos (GUARESCHI, 2000).

Segundo Jovchelovitch (2000), os estudos sobre Representações Sociais contribuíram para uma reavaliação crítica das formas dominantes de Psicologia Social. Desde então, o desenvolvimento do estudo da psicologia se efetuou dentro de uma perspectiva construtivista e interacionista de natureza social (ANADÓN; MACHADO, 2003). A noção de Representação Social proposta por Moscovici significa um avanço teórico considerável da Psicologia Social, que até então encontrava-se sob a orientação do modelo behaviorista, um paradigma positivista que despreza todo o contexto sócio-psico-cultural do indivíduo.

Para o autor:

por representações sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981, p. 181 apud SÁ, 1996, p. 31).

Segundo Moscovici (2004), coexistem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os Universos Consensuais (UC) e os Universos Reificados (UR). Nestes, circulam as ciências, a objetividade, o rigor lógico e metodológico. Aos Universos Consensuais correspondem as atividades do senso comum e as práticas interativas do dia-a-dia. Apesar de ambos terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As Representações Sociais constroem-se mais freqüentemente na esfera consensual (ARRUDA, 2002). Moscovici (2004, p. 52) salienta que

o contraste entre os dois universos possui um impacto psicológico. É facilmente constatado que as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as Representações Sociais tratam com o universo consensual. A finalidade do primeiro é estabelecer um mapa das forças, dos objetos e acontecimentos que são independentes de nossos desejos e aos quais nós devemos reagir de modo imparcial e submisso [...] as representações, por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos.

O referido autor afirma ainda que a principal função das representações sociais é transformar o não-familiar em familiar, ou seja, tornar um fenômeno desconhecido em algo compreensível. Neste sentido, Para Jovchelovitch (2000), as representações são uma estratégia desenvolvida pelos indivíduos a fim de enfrentarem a mobilidade e diversidade do mundo em que vivem.

Além de Moscovici, outros estudiosos têm contribuído para o avanço e aperfeiçoamento da teoria das Representações Sociais, a exemplo de Jodelet (2001, p. 22), que sistematizou uma definição de representação social em torno da qual parece existir hoje um amplo consenso dentro da comunidade científica. Para ela, Representação Social é “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum ao conjunto social”.

Ainda de acordo com Jodelet (2001), as “Representações Sociais” dizem respeito, em princípio, à maneira pela qual os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida cotidiana, os dados do ambiente, as informações que nele circulam, as pessoas tanto do círculo próximo quanto longínquo.

Segundo Vala (1993), Jodelet é uma fiel colaboradora de Moscovici, destacando-se pela sistematização das noções teóricas, sobretudo do conceito, conferindo-lhe uma feição mais objetiva e explícita.

Além da contribuição de Jodelet, encontramos mais duas correntes complementares originadas da “grande teoria”<sup>1</sup>: uma numa perspectiva mais sociológica, liderada por Doise, em Genebra, e outra que enfatiza a dimensão cognitiva-estrutural das representações, proposta por Jean Claude Abric, em Aix-en-Provence.

Na perspectiva de Doise, há uma preocupação com as condições através das quais as RS são construídas e como circulam no meio social. O referido autor sugere que a posição social dos indivíduos tem um papel importante na elaboração de suas representações (SÁ, 1998).

A perspectiva inaugurada por Jean Claude Abric – a Teoria do Núcleo Central – TNC, ainda que complementar à grande teoria, é a única que pode ser considerada uma abordagem autônoma. A proposição básica da TNC é a de que as Representações Sociais são organizadas internamente a partir de uma hierarquia de elementos, cujo centro, o núcleo, tem a função principal de dar sentido à própria representação, diferenciando-a de outras representações. O sistema periférico seria constituído por elementos em estreita relação com o núcleo, e, por outro lado, em contato mais direto com a realidade social imediata, sendo portanto, mais vulneráveis às influências circunstanciais (SÁ, 1996).

Arruda (2002) afirma que a TNC trouxe, além da sua contribuição teórica, uma resposta às críticas relativas à metodologia, ao sugerir estratégias metodológicas específicas, como as técnicas de associação livre de palavras para o estudo do núcleo central.

Vale salientar que as correntes acima descritas não são consideradas incompatíveis, uma vez que provêm todas da “grande teoria” de Moscovici (SÁ, 1998). Doise (1986 apud ARRUDA, 2002) afirma que as correntes complementares são diferentes tentativas de aplicação e aprofundamento da T.R.S., cujas peculiaridades as tornam mais adequadas ou mais pertinentes segundo o objeto e o objetivo que se propõe a pesquisar. Assim sendo, uma não se contrapõe às demais. Portanto, esse diálogo entre as diferentes correntes teóricas aponta para a riqueza da abordagem das Representações Sociais na Psicologia Social e para o fato de que a realidade social é analisada a partir de diversos olhares.

---

<sup>1</sup> A “grande teoria” é uma expressão usada por Doise (1990, apud SÁ, 1998), para referir-se às proposições originais básicas de Moscovici, diferenciando-as das perspectivas advindas dos outros colaboradores.

### 1.3 Os processos de formação das Representações Sociais

De acordo com a Teoria das Representações Sociais, a elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser explicados através dos processos de “ancoragem” e “objetivação”.

Segundo Nóbrega (2001), os processos de “ancoragem” e “objetivação” estão dialeticamente articulados para que o estranho possa ser incorporado e para que a realidade seja interpretada, permitindo a orientação dos comportamentos.

Jovchelovitch (2000), por sua vez, afirma que estes processos mantêm e desafiam, reproduzem e superam, se formam e, ao mesmo tempo, ajudam a formar a vida social de uma comunidade. Para ela, a ancoragem, que consiste em incorporar o estranho e o novo ao sistema de pensamento pré-existente, tem como objetivo a compreensão de algo novo. É a busca de um espaço para encaixar o não-familiar (OLIVEIRA; WERBA, 1998).

Moscovici (2004, p. 61) afirma que a ancoragem é um “processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga em nosso sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”.

Conforme ressalta Nóbrega (2001), a “ancoragem” se organiza da seguinte maneira:

*Atribuição de Sentido:* o enraizamento de um objeto e sua apresentação em um grupo ou em uma determinada sociedade está articulado e hierarquizado dentro dos valores existentes em uma dada cultura.

*Instrumentalização do Saber:* confere um valor funcional à estrutura imageante da representação, à medida que esta se torna uma realidade, uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade.

*Enraizamento no Sistema do Pensamento:* a representação se inscreve num sistema de pensamento pré-existente, “permitindo a coexistência de dois fenômenos opostos no interior do processo formativo de novas representações. É o momento de incorporação social da novidade, atrelada à familiarização do estranho” (NÓBREGA, 2001, p. 78).

A “objetivação”, por sua vez, é entendida por Moscovici como o processo de tornar concreto o que é abstrato. Destaca o autor: “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma

idéia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito de uma imagem” (MOSCOVICI, 2004, p. 71-72).

Segundo Nóbrega (2001), podem ser constatadas três fases no processo de objetivação. A primeira, *Construção Seletiva* é o mecanismo utilizado pelo grande público consumidor dos meios de comunicação de massa. Desse conjunto sistemático de idéias são retirados os elementos a partir dos quais as informações em circulação são formadas enquanto fatos próprios ao universo do senso comum. Essa seleção dependerá, em parte, do acesso à informação que o indivíduo possui, de acordo com o grupo social em que o mesmo está inserido. No dizer de Vala (1993), a construção seletiva corresponde às informações, crenças e idéias acerca do objeto da representação.

A segunda é a *Esquematização Estruturante ou Núcleo Figurativo*, que se refere-se ao elemento mais estável da representação, em torno do qual se organizam os demais elementos representativos. Neste sentido, “toda representação é organizada em torno de um núcleo central. Este é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina, ao mesmo tempo, a significação e a organização da representação” (ABRIC, 1989, p. 197 apud NÓBREGA, 2001, p. 74).

Por último, *Naturalização*, através da qual os elementos tornam-se concretos, adquirindo um *status* de evidência na realidade e no terreno do senso comum. A naturalização “confere uma realidade plena ao que era uma abstração” (MOSCOVICI, 1961, p. 315, apud NÓBREGA, 2001, p. 75). É entendida como a “concretização dos elementos do núcleo figurativo, uma concretização que é percebida tanto em si como nos outros que pertencem ao mesmo grupo” (ANADÓN; MACHADO, 2003, p. 21).

## 1.4 Funções das Representações Sociais

De acordo com Moscovici (2004), as Representações Sociais possuem duas funções: contribuir no processo de formação de atitudes e orientar as comunicações sociais. O autor considera a orientação de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos a função principal da Representação Social.

Tratando também das funções das Representações Sociais, Abric (1998) enfatiza que as mesmas têm um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas, pelo fato de desempenharem quatro tipos de funções essenciais:

*Função de Saber* (função cognitiva) – permite compreender e explicar a realidade (saber prático do senso comum), facilitando as comunicações, as trocas sociais.

*Função de Identificação* – ela define a identidade do grupo e permite salvaguardar a especificidade dos grupos.

*Função de Orientação* – guia os comportamentos e as práticas sociais, intervém na definição das relações adequadas para o sujeito e, também, na definição do tipo de estratégia cognitiva a ser adotada. Ela seleciona e filtra as informações, promovendo interpretações da realidade de acordo com a representação.

*Função de Justificação* – permite, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e de comportamentos. As representações intervêm na avaliação da ação, permitindo aos atores sociais explicar suas condutas em uma situação.

## 1.5 O campo de pesquisa em Representações Sociais

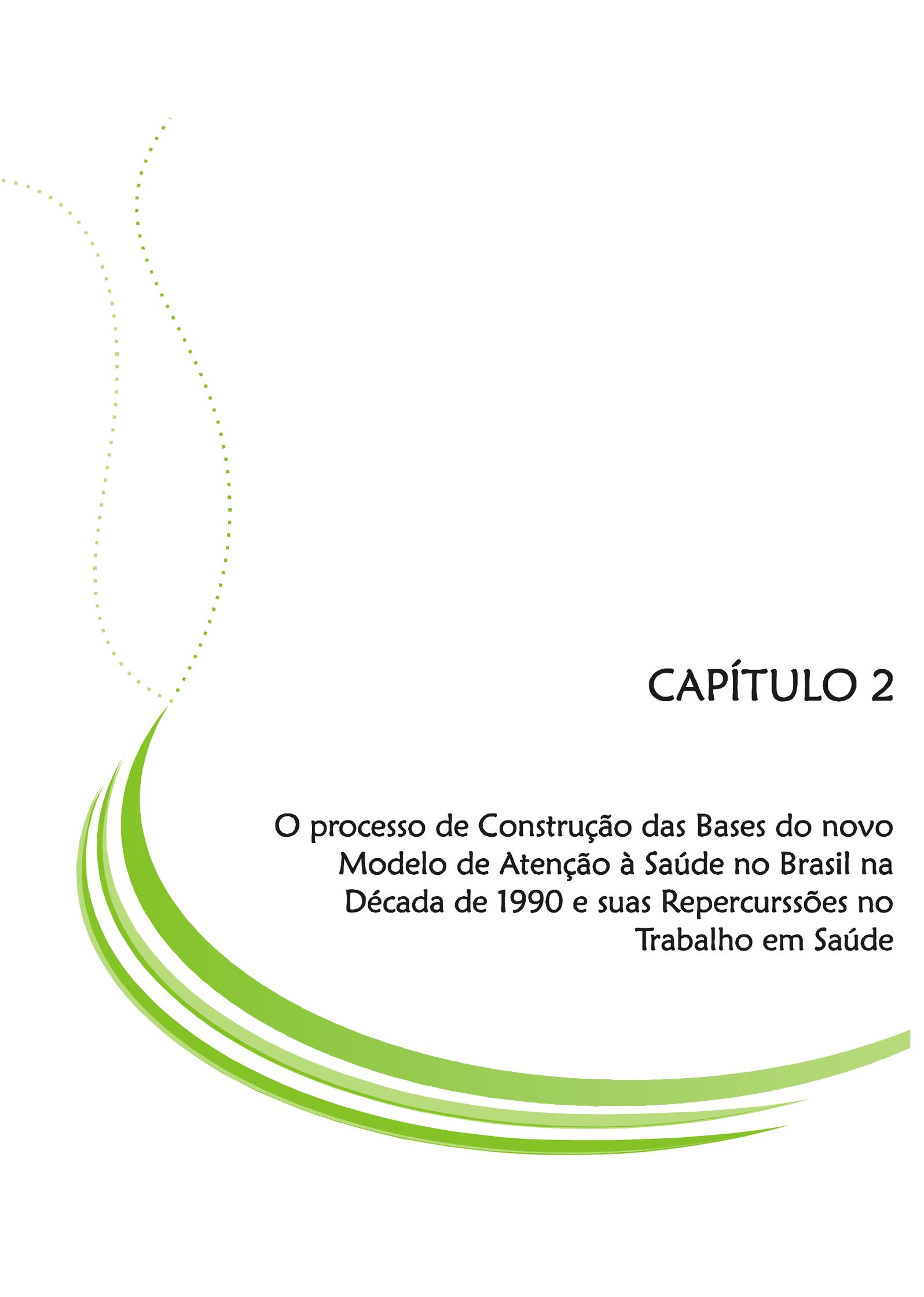
De acordo com Sá (1998), o campo de estudos das Representações Sociais tem se mostrado cada vez mais produtivo. No Brasil, encontra-se em franca expansão, não apenas no âmbito da Psicologia Social, mas também em outras áreas do conhecimento, como Educação, Enfermagem e Serviço Social.

Jodelet (2001) argumenta que a TRS consegue uma penetração em todas as ciências humanas, fazendo com que se torne um ponto articulador das diversas perspectivas dos

diferentes campos de pesquisa. Isto é possível graças à elaboração de seus construtos, que perpassam, de forma dialética, conceitos psicológicos e sociológicos.

Sá (1998), ao descrever os campos ou áreas de pesquisa em que a teoria tem sido empregada, agrupou em áreas temáticas. A primeira diz respeito à relação entre ciência e pensamento erudito (nela, encontram-se os trabalhos de Moscovici e de Jodelet); a segunda refere-se à saúde e sua contrapartida, a doença (em que se incluem os trabalhos pioneiros de Claudine Herzlich (1969-1986), a respeito da doença mental e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA); a terceira área de interesse é o desenvolvimento humano (no Brasil destacam-se, nessa área temática, os trabalhos sobre representação do poder e da autoridade em crianças, de Neusa Guareschi); a quarta temática seria formada pela educação; uma quinta temática diz respeito ao mundo do trabalho, das profissões, das organizações e empresas, das condições de trabalho etc. Na sexta área temática, encontram-se estudos sobre comunidades e identidades. Nesta, encaixam-se trabalhos relacionados ao comportamento político e ao exercício da cidadania. E, por fim, na sétima temática, estão os temas ligados à exclusão social.

Nosso estudo se inclui na quinta área temática de investigação, indicando sua relevância social, motivo pelo qual se faz oportuna esta pesquisa. A utilização da TRS nos permitirá adentrar na busca de significados que os profissionais de saúde atribuem ao trabalho em equipe que desenvolvem no Programa Saúde da Família em Campina Grande – PB.



## CAPÍTULO 2

O processo de Construção das Bases do novo  
Modelo de Atenção à Saúde no Brasil na  
Década de 1990 e suas Repercursões no  
Trabalho em Saúde

Nas últimas décadas, as Políticas Públicas brasileiras vêm passando por profundas transformações decorrentes de acontecimentos de ordem social, política e econômica. O setor saúde, em particular, tem vivenciado um processo de sucessivas modificações no tocante às práticas sanitárias. Tendo em vista a natureza e os objetivos do nosso estudo, consideramos imprescindível abordar alguns aspectos referentes aos desdobramentos do “Movimento de Reforma Sanitária”, que se conforma ao final da década de 1970, e à reestruturação das Políticas de Saúde, particularmente na década de 1990. Esta década é marcada, no Brasil, por conquistas legais para o setor Saúde, a partir da Constituição de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90, se configurando ainda em 1994 o Programa Saúde da Família, apresentado pelo Governo Federal como eixo estruturante da atenção básica capaz de alavancar mudanças no modelo curativista assistencial vigente.

No conjunto destas modificações, nos últimos anos, o trabalho em Saúde tem sido objeto de muitos estudos e análises, estimulando o repensar do arcabouço da formação e educação tradicional dos profissionais de Saúde. Essas reflexões vêm influenciando e motivando a organização de novas estratégias de educação, em especial, a educação permanente.

Com o objetivo de compreendermos a conformação das concepções do trabalho em equipe na saúde, a partir da década de 1970, teceremos, primeiramente, importantes considerações sobre a construção do novo modelo de atenção inaugurado pelo Programa Saúde da Família. Em seguida, enfatizaremos algumas concepções teóricas sobre o trabalho em saúde e suas variantes. Por fim, voltaremos nossa atenção para o trabalho em equipe e para o trabalho interdisciplinar na dinâmica do PSF.

## **2.1 Da construção do novo modelo de atenção ao Programa Saúde da Família**

O modelo de desenvolvimento econômico e social adotado no Brasil (ainda no período da Ditadura Militar) caracterizou-se pela excessiva e perversa concentração de renda, resultando numa qualidade de vida e em perfis de saúde que não correspondiam ao grau de desenvolvimento econômico do país. As condições atuais de vida da população brasileira são reflexos diretos desta acumulação de capital em detrimento da satisfação das necessidades básicas da população (PÉRET, 2001).

No setor Saúde, esse modelo econômico modifica o foco da atenção à saúde, possibilitando a consolidação do modelo assistencial privatista, cujo objetivo era garantir a capacidade físico-produtiva dos trabalhadores vinculados às indústrias. Entretanto, ao final da década de 70, com o processo de abertura política e redemocratização no país, registra-se um movimento contra-hegemônico contrapondo-se à mercantilização da Saúde.

Uma sucessão de movimentos sociais de diversas ordens se organiza na busca por melhores condições de vida da população. No setor Saúde, essa intensa mobilização ficou conhecida como Movimento da Reforma Sanitária, o qual fazia crítica à forma de organização do sistema (médico-hospitalocêntrico) e aos gastos excessivos que privilegiavam o setor privado.

O Movimento da Reforma Sanitária aponta para a construção de uma nova hegemonia na Saúde, sendo compreendido como

[...] um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos entendida como um direito universal e sustentada por um sistema único de saúde construído sob a regulação do Estado, que objetiva a eficiência, eficácia e equidade que se construía permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestões e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1994, p. 32).

Verifica-se, assim, que a Reforma Sanitária brasileira se configurou como uma proposta abrangente de mudança social, cujos princípios e diretrizes foram sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 e considerada um marco na história da construção da democracia no setor Saúde. O relatório elaborado nessa ocasião serviu de referência para a proposta de reestruturação do sistema de Saúde brasileiro, a qual passou a ser defendida na Constituinte.

A maior contribuição da VIII CNS foi a ampliação do conceito de Saúde, entendida como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 3)

A definição de saúde da VIII CNS se contrapõe a perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde não somente como ausência de doença, mas também como completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo Escorel (1989), observa-se ser esta uma definição imprecisa, genérica e ahistórica. Neste sentido, o conceito de saúde da VIII CNS retrata uma concepção de saúde capaz de explicitar as condições de igualdade social. Para a referida autora, a saúde é entendida como condicionante e como resultado de um conjunto de fatores que tem a possibilidade de ampliar o campo de luta pela saúde, passando a ser simultaneamente uma luta pela democratização das relações sociais e pelos direitos da cidadania. Sendo assim, a Saúde foi incluída na Constituição Federal de 1988 como direito fundamental, passando a ser entendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 91).

O Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas Nº. 8.080 e Nº. 8.142, garante acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação de Saúde. Para tanto, rege-se pelos princípios básicos: universalização, descentralização, integridade e participação da comunidade.

Como ressalta Minayo (2001), o SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à Saúde como dever do Estado brasileiro, se contrapondo à dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil.

Campos (1997), no entanto, adverte que, embora se observe a estruturação legal do SUS, a sua implantação não foi no todo bem sucedida. A complexidade que a reformulação do sistema de Saúde no Brasil exige ultrapassa o campo específico do setor, mantendo-se no país um modo hegemônico de produzir serviços médico-sanitários – o neoliberal.

O que se observa é que, apesar dos avanços legais conquistados na nova Carta Constitucional, com a aprovação de um capítulo dedicado à Saúde, o SUS é uma “reforma incompleta, uma política que exigiu e ainda exigirá grandes mudanças tanto no modo de gerir sistemas públicos como na própria maneira como se organizam e se operam os serviços de saúde” (CAMPOS, 2005, p. 19).

A partir da década de 1990, inúmeras discussões foram travadas no Ministério da Saúde, prevalecendo o discurso “consensual” de que o modelo de assistência à saúde centrado na estrutura médico-hospitalar esgotou suas possibilidades de responder com eficácia à

crescente demanda da população. Neste contexto, é configurado o Programa Saúde da Família (PSF), sendo concebido em 1994 como uma estratégia que concorrerá para a mudança do modelo assistencial hegemônico.

A proposta do PSF é apresentada como uma alternativa de reordenação de serviços ao nível de rede básica da atenção. A estratégia procura, segundo o Ministério da Saúde, resgatar a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>2</sup>, propondo um salto qualitativo no processo de organização do serviço e na prática de atenção à Saúde. O PSF foi concebido com o objetivo de:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção, em conformidade com os princípios de Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população [...] Neste Programa, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1997, p. 15).

Mendes (1996) se refere ao PSF como parte das propostas inovadoras com vistas à formulação de novas práticas de saúde. No dizer do autor, essas práticas devem voltar-se para o paradigma da produção social da Saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa. O PSF enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuidando do aspecto curativo, com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos e sociais, privilegiando ainda a intersetorialidade.

A importância da proposição é destacada pela possibilidade de “[...] substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface que não seja isolada do restante do sistema” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p. 3), sugerindo a incorporação da atenção à saúde numa lógica efetiva de promoção à Saúde.

É interessante notar que tal estratégia foi lançada em um período de “crise fiscal”. Tal fato nos leva a supor que a proposta defendida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995, reeleito em 1999), aparentemente ousada, pudesse ocultar interesses neoliberais, já que, de acordo com Salum (2001), o PSF nasceu comprometido com os acordos de ajustes das contas públicas impostos pelos países periféricos e comandados pelas agências internacionais.

Franco e Merhy (2003, p. 70-71) compartilham dessa opinião quando afirmam que:

<sup>2</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado no país em 1991 como estratégia-ponte para a instalação do Programa Saúde da Família em 1994. O PACS não será objeto de nosso estudo. Para maior aprofundamento sobre este programa, consultar SOUZA, M. F. de. **A Cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

Os modelos assistenciais universalizantes nem sempre significam um comportamento altruísta dos governos e dos segmentos hegemônicos da sociedade. Vinculam-se em grande medida aos interesses do capital, na reprodução da força de trabalho e em aliviar pressões que vêm da sociedade, especialmente das camadas mais empobrecidas, que reivindicam de modo geral a garantia do acesso à assistência à saúde. [...] a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto. **É preciso consensuar formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente** (grifos nossos).

Muitos autores apresentam opiniões divergentes sobre a estratégia Saúde da Família e sua condução pelos governos brasileiros. Mendes (2005, p. 218), mais recentemente, enfatiza:

o PSF ainda é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um programa para pobres e uma estruturação de um nível de atenção [...] estamos longe de ter um Programa Saúde da Família – PSF que seja, de fato, uma estratégia. Quando ele for uma estratégia, porque depende da superação de vários gargalhos, poderá desempenhar esse papel, dentro do sistema de saúde, de ser ordenador dos fluxos e contra fluxos das pessoas no sistema de saúde, à exceção das coisas de urgência e emergência.

Mendes (2005, p. 219) ainda acrescenta uma análise crítica à condução política do Sistema Único de Saúde, assinalando

Esse sistema, eu diria, é um sucesso, porém, tem seus problemas [...] Eu me animo com a trajetória de quinze anos, por outro lado, meu realismo me obriga a pensar que o cenário mais provável é de um SUS como um sistema para pobres, distante do sonho dos constituintes e do Movimento de Reforma Sanitária. O grande dilema do Sistema Único de Saúde é que ele foi pensado para ser um sistema para todos – ricos e pobres – mas vai se conformando dentro de um modelo segmentado, ou seja, um nicho para os pobres [...] na prática, quem pode sai para um plano privado pago por si ou através de uma empresa.

Apesar das inúmeras polêmicas que cercam a discussão sobre a estratégia “Saúde da Família”, a mesma vem se consolidando como uma Política Nacional, existindo hoje um total de 26.729 equipes em todo o país, com cobertura de 91,8% dos municípios brasileiros<sup>3</sup>.

Entendemos, como Teixeira e Paim (1996), que a proposta do PSF será aquilo que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais, submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas, conseguirem imprimir a marca de seu projeto.

<sup>3</sup> Fonte: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/historico\\_psf/historico\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/historico_psf/historico_2006.pdf).

O avanço dessa proposta em direção à conformação de espaço potencial de mudança das práticas de saúde, requer, dentre outros determinantes, um novo perfil profissional. Neste sentido, como destaca Péret (2001, p. 156),

Necessário se faz que o Ministério da Saúde, que constitucionalmente tem a função de ordenar a formação dos Recursos Humanos, assumira seu papel político de catalizar, orientar, induzir e pressionar no sentido que as Universidades e as unidades de serviço **abandonem o papel hegemonicamente conservador que mantém o atual paradigma de Saúde no país** (grifos nossos).

Sem esta condição, como adverte a autora, fica difícil pensar na sustentabilidade do modelo proposto através da Estratégia Saúde da Família e “muito menos, da possibilidade de que esta estratégia possa vir a induzir uma mudança global do paradigma e da reestruturação das práticas de Saúde no país, na perspectiva de ‘Reforma Sanitária’ e do SUS” (RODRIGUES NETO, 1999, p. 51. Grifos do autor).

Um dos focos da mudança pretendida pelo PSF é a transformação das práticas de saúde a partir do trabalho realizado pela equipe. Nesse sentido, na próxima seção, centraremos nossa discussão no trabalho em saúde e a possibilidade de ressignificação desta prática proposta pelo referido programa.

## **2.2 Ressignificando o trabalho em saúde e o trabalho em equipe a partir do Programa Saúde da Família**

Em nossa pesquisa, não pretendemos o estudo da “formação profissional”, o que implicaria proceder a análises de matrizes curriculares, dentre outros aspectos, das graduações das diferentes profissões que compõem as equipes do PSF. O nosso foco de análise é o trabalho em equipe no PSF de Campina Grande. Constitui-se, portanto, um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização (RIBEIRO; PIRES; BRANK, 2004).

Desde a institucionalização dos serviços de Saúde, o processo de trabalho nesse setor era desenvolvido no ambiente hospitalar e o profissional médico desempenhava tanto funções intelectuais como manuais. No tocante à divisão do trabalho em Saúde, Peduzzi (2001, p. 107) assinala que:

A prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área de saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social [...]. Isto significa que algumas profissões são superiores a outras, e que há relações de subordinação entre profissionais.

Dessa forma, observa-se que o médico deteve o controle do processo de trabalho através da apropriação do capital científico da área de Saúde, o que garantiu a hegemonia médica sobre os demais profissionais de Saúde, aos quais se atribui valoração desigual e relação hierárquica, segundo o maior ou menor domínio intelectual de cada intervenção técnica (MARCOLINO, 2004). Ainda reforçando o papel hegemônico da categoria médica, Nogueira (1977 apud FARIAS, 2005, p. 32) afirma que o “profissional médico, em geral, comanda o processo de trabalho em saúde a partir da sua autoridade técnica e social”<sup>4</sup>.

Atualmente, o trabalho em Saúde é majoritariamente

um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com as características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho taylorista de organização e gestão do trabalho [...]. O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional (BRAVERMAN, 1981 apud RIBEIRO; PIRES; BRANK 2004, p. 438).

Verifica-se, assim, que a acentuada divisão do trabalho, característica do modo de produção capitalista, quando aplicada de forma desmedida ao setor saúde, determina o surgimento de uma diversidade de profissionais e, portanto, um cuidado cada vez mais segmentado.

Ao chamar a atenção para as diversas formas de organização do trabalho em Saúde, Farias (2005) identifica participações diferentes das categorias profissionais com relação ao planejamento das suas atividades. A autora, ao se referir à estrutura do trabalho em Saúde no ambiente hospitalar, afirma que esta se apresenta bastante inflexível, uma vez que sua organização está vinculada à gerência do serviço. Neste modelo de trabalho, os profissionais com nível superior detêm certa autonomia técnica, cabendo aos de nível médio e fundamental

---

<sup>4</sup> Em 03 de março de 1993, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução Nº. 44 extinguindo o termo “paramédico” entendendo que esta expressão imprime um sentido de subalternidade. A Resolução determina que o termo seja eliminado dos documentos oficiais e substituído pelo termo Profissionais de Saúde. Entendemos a relevância da medida, mas acreditamos que esta não terá nenhuma consequência substantiva enquanto não houver de fato mudança na cultura externa às organizações prestadoras de serviço na área de Saúde, voltadas à formação dos profissionais, e na sociedade como um todo.

a execução de atividades determinadas, na maioria das vezes, de forma vertical e autoritária, caracterizando, assim, um trabalho hierarquizado.

Dessa forma, a proposta do trabalho em equipe configura uma estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da Saúde. Nesse sentido, Souza e Mourão (2002, p. 33) enfatizam que o “trabalho em equipe é essencial no processo de inversão de modelos de atenção à saúde, no qual a horizontalidade nas relações começa a constituir o cotidiano do trabalho em saúde”.

Como conceito, o trabalho em equipe pode ser desdobrável em partes, assim definidos por Souza e Mourão (2002, p. 35)

**Trabalho:** atividade contínua e necessária a uma ação que envolve o conjunto de arranjos institucionais que transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho (relação de subordinação e dominação e/ou de cooperação e conflito).

**Equipe:** conjunto de profissionais que se aplicam a desenvolver trabalho conjunto a partir da definição de objetivos (grifos dos autores).

Com relação à categoria trabalho, um autor que traz uma rica contribuição para esta discussão é Cristophe Dejours. Ele apresenta uma definição que não “naturaliza” o trabalho, reafirmando em seu conceito sua construção histórica. Para Dejours (2004, p. 135),

O trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho.

Dessa forma, o trabalho é entendido como elemento fundamental na vida dos indivíduos. No seu entendimento, a falta de trabalho afeta a saúde do indivíduo, entretanto, como adverte, o contrário também é verdadeiro. Ou seja: condições de trabalho desfavoráveis também trazem prejuízo à saúde das pessoas, como exemplo destaca: a pressão, excesso de horas extras, calor, frio, repetição de técnicas, dentre outros fatores (DEJOURS, 1986)<sup>5</sup>.

Comungando com tais idéias, entendemos que a saúde no trabalho sofre influência de inúmeros fatores, trazendo conseqüências de menor ou maior gravidade para o indivíduo. Estas interferências estão relacionadas a diferentes aspectos já citados, tais como a rigidez da

---

<sup>5</sup> A Psicodinâmica do trabalho, segundo Dejours (1986), constitui-se numa disciplina que estuda em que situação as condições organizacionais determinam o sentido e a mobilização subjetiva no trabalho e também as repercussões dessas condições sobre a saúde dos trabalhadores, ou seja, a relação entre a organização do trabalho e a possibilidade de obter prazer ou sofrimento no trabalho. A bibliografia sobre o assunto é extensa. Sugerimos a leitura de DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho, 5 ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

hierarquia institucional, modalidades de lideranças, relações interpessoais, conteúdo de tarefas, reconhecimento ou não da chefia etc.

No que diz respeito ao nosso objeto de estudo, o trabalho em equipe, salientamos que em nossa pesquisa bibliográfica nos deparamos com diversas formas de se conceituá-lo. Geralmente, o trabalho em equipe na saúde é entendido como um conjunto de trabalhadores que atuam no mesmo estabelecimento, referidos como equipe apenas por alguns trabalharem juntos. Souza e Mourão (op. cit. p. 34) afirmam que

o trabalho em equipe aparenta ser simples, acontecendo de forma natural, apenas no encontro casual de profissionais no espaço da prática. Como requer a presença de profissionais de várias áreas, adquire a aparência de uma unidade, que não se configura, todavia, no desenvolver do trabalho.

De acordo com os autores, a tendência geral entre as profissões é considerar a formação em equipe como sendo a mera junção de categorias profissionais em torno de uma proposta de trabalho, sem a preocupação de se construir conceitos e de reconstruí-los de forma a incorporar novas técnicas e procedimentos no sentido de consolidar novos conhecimentos.

Peduzzi (1998, apud ALMEIDA, 2001, p. 152), ao estudar a equipe multiprofissional fundamentada na dialética do trabalho e da integração (Marx e Habermas), nos apresenta uma tipologia do trabalho em equipe. Para a autora, existem duas espécies de equipes: as equipes “agrupamento”, caracterizadas pela fragmentação, e as equipes “integração”, destacadas pela articulação. Assim,

o trabalho em equipe constituiria uma prática em que a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho e os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem. Neste sentido, há que se considerar duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000, p. 144).

Corroborando tal pensamento, Schraiber et al (1999) ressaltam que a presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, sem articulação e sem comunicação, não garante a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da ação integral. Portanto, a articulação das ações requer, de cada profissional, certo conhecimento acerca do trabalho do outro e do reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde.

Mais do que isso, o trabalho em equipe na saúde representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e com múltiplas possibilidades de significados. Este vai se construindo cotidianamente e precisa ser analisado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, enfim, é também um processo de idas e vindas em diversas direções (FORTUNA et al, 2005).

No que diz respeito ao conhecimento específico de cada profissional, Peduzzi (2001) afirma que o trabalho em equipe não pressupõe abolir suas especificidades, pois as diferenças técnicas possibilitam a contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite não só aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção.

Assim, consideramos que é preciso construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

O trabalho em equipe tem ocupado uma posição de destaque na proposta do PSF como um importante recurso de trabalho, na medida em que leva a um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva. Para tanto, faz-se necessário que haja planejamento das ações, organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (SOUSA, A, 1999).

No PSF, o trabalho é desenvolvido por uma equipe mínima<sup>6</sup> composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Esses profissionais devem atuar de forma integrada com os agentes comunitários de saúde, cujo número varia de acordo com o número de pessoas que se encontram sob responsabilidade da equipe. Apesar de recomendar a atuação de uma equipe mínima, o Ministério da Saúde admite a incorporação de outros profissionais de Saúde em conformidade com as demandas e características de organização dos serviços locais (BRASIL, 2001).

A equipe insere-se em um determinado grupo populacional, composto por 600 a 1000 famílias, concretizando, assim, a idéia de vínculo que tem como princípio a construção de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se pelo cuidado da sua Saúde.

---

<sup>6</sup> As atribuições dos membros da equipe do Programa Saúde da Família encontram-se no Anexo A deste trabalho.

As funções da equipe são distribuídas entre as visitas domiciliares, ações programáticas e atendimento no consultório pelo médico e enfermeiro. O PSF trabalha com a idéia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil de saúde da população e, assim, prevenir os agravos (FRANCO; MERHY, 2003).

De acordo com L'Abbate et al (1982), esse novo modelo de assistência à Saúde, representado pelo PSF, exige reformulação administrativa, financeira e tecnológica, além de reelaboração das relações entre instituições, servidores e usuários, de forma a possibilitar mudanças tanto no profissional quanto no usuário, com vistas ao desenvolvimento da cidadania social e política.

A organização do trabalho no Saúde da Família, no dizer de Farias (2005, p. 33), “oferece tempos de participação para todos os trabalhadores<sup>7</sup> que compõem a equipe no processo de planejamento e avaliação das atividades”. Sousa (2002, p. 106), por sua vez, enfatiza que:

A estratégia Saúde da Família passa, portanto, a ser um projeto estruturante e provocador de transformações internas no sistema, evidenciando a ruptura, mesmo que gradativa, na dicotomia entre as ações de cunho coletivo e individual, assim como entre as práticas educacionais e assistenciais.

Neste sentido, os “Recursos Humanos do PSF”<sup>8</sup> devem ser estruturados em novas bases, considerando-se a complexidade do processo saúde/doença e a necessidade de intervenção integral e multissetorial, o que exige a incorporação de novos perfis profissionais para responder de maneira eficaz e satisfatória às demandas e problemas identificados. Para tal, os trabalhadores devem estar engajados na reorganização dos serviços, sendo fundamental o processo de capacitação/formação (PÉRET, 2001).

Farias (2005, p. 34) compartilha dessa opinião ao ressaltar que o “Saúde da Família traz em seu bojo a necessidade de desconstruir e reconstruir práticas historicamente produzidas. A ruptura do modelo hegemônico de atenção à Saúde pressupõe a transformação do modelo de formação dos profissionais dessa área”. No entanto, segundo a autora, as instituições formadoras continuam encaminhando para o mercado de trabalho, a cada ano, profissionais formados numa lógica tecnicista, fragmentada.

<sup>7</sup> Interessante destacar que no caso do PSF não existe a figura do coordenador da Unidade Básica de Saúde da Família.

<sup>8</sup> Em 27 de março de 2006 realizou-se em Brasília a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Na ocasião foi refutado o termo Recursos Humanos pelas representações dos trabalhadores no entendimento de que estes não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infra-estrutura para produzir serviços. Os trabalhadores de saúde são vistos como sujeitos sociais centrais de qualquer ação terapêutica. Em nossa pesquisa, ao enfocarmos “Recursos Humanos”, filiamos-nos a essa nova abordagem.

Conforme documento do Ministério da Saúde (MS), para inserção dos profissionais na equipe do PSF,

[...] é preciso que estes tenham o perfil de trabalhar em conjunto de forma articulada, facilidade de lidar com o público, compromisso com questões coletivas e comunitárias, criatividade, percepção das necessidades dos usuários e compromisso com estes usuários, respeitando suas crenças, cultura, etc. (BRASIL, 1996, p. 13).

Na prática, essa proposta tem se apresentado como um importante desafio, uma vez que fazemos parte de uma realidade profundamente influenciada pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática. O trabalho em Saúde apresenta-se de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, se constitui com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento.

### **2.2.1 O trabalho interdisciplinar na Saúde: desafios para as equipes do PSF**

O conceito de interdisciplinaridade é complexo, comportando várias interpretações. De acordo com Demo (1997, p. 88), a interdisciplinaridade pode ser definida como "a arte do aprofundamento com sentido de abrangência, para dar conta, ao mesmo tempo, da particularidade e da complexidade do real". O autor ainda afirma que a interdisciplinaridade surge como paradigma questionador do modelo positivista, o qual fragmentou o saber e dicotomizou o conhecimento.

Verifica-se, assim, que o termo interdisciplinaridade nos remete à idéia de colaboração entre diversas áreas de saber e de conhecimento em projetos que envolvem tanto as diferentes disciplinas acadêmicas quanto as práticas não-científicas e que incluem atores e instituições diversas.

Fazenda (1991) nos alerta para o fato de que a freqüente utilização do termo "interdisciplinaridade", com o objetivo de imprimir um caráter de seriedade a determinado trabalho de equipe, tem contribuído para o empobrecimento do seu significado originário.

Quanto ao sentido, Souza (1999) observa que esse conceito vem sendo desvirtuado ou por desconhecimento ou por apropriação restrita do conceito, contribuindo para perdurar a justaposição de disciplinas sem integração conceitual entre elas, em que cada uma reproduz apenas sua especificidade, com total ausência de comunicação.

Sendo assim, ressaltamos a importância de estabelecer-se uma diferença entre *interdisciplinaridade* e outros conceitos semelhantes, como *multidisciplinaridade* e *pluridisciplinaridade*.

Em relação à multidisciplinaridade, Japiassu (1976) afirma ser esta uma “simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado”. A pluridisciplinaridade, por sua vez, é definida pelo autor como sendo uma

justaposição de diversas disciplinas situadas no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas – um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, com cooperação mas sem coordenação (JAPIASSU, 1976, p. 73-76).

Ainda segundo o autor, “tanto o multi quanto o pluridisciplinar realizam apenas um agrupamento, intencional ou não”, sem, no entanto, haver uma busca real de objetivos comuns. A respeito da interdisciplinaridade, acrescenta que se caracteriza pela

intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa [...] **O interdisciplinar vai além do simples monólogo de especialistas ou do diálogo paralelo e tem como horizonte o campo unitário do conhecimento** (*Ibidem*; p. 73-73. grifos nossos)

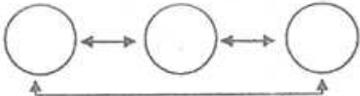
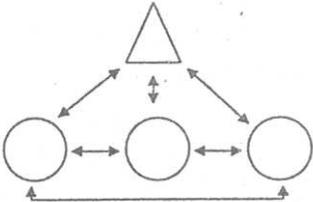
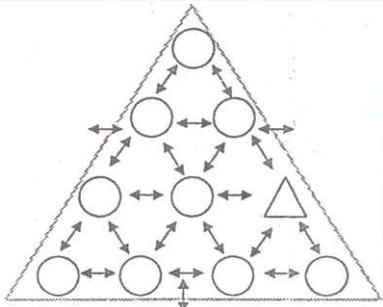
Conceituado dessa forma, o termo interdisciplinaridade sugere um trabalho integrado e compartilhado com as diversas áreas do saber, remetendo-nos ao conceito de trabalho em equipe no PSF.

Na literatura, também são feitas referências à *transdisciplinaridade*, cuja proposta implica uma radicalização da interdisciplinaridade, com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo.

Na página seguinte, reproduzimos a representação gráfica proposta por Jantsh (1999 apud JAPIASSU, 1976, p. 73-74), para explicar os níveis aqui apresentados.



Quadro 2.1 – Níveis de inter-relação entre as disciplinas

| DESCRIÇÃO GERAL   | TIPO DE SISTEMA  | CONFIGURAÇÃO  |
|---|--|---|
| <p><b>MULTIDISCIPLINARIDADE</b><br/>Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecerem as relações que podem existir entre elas.</p>  | Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação.                                 |    |
| <p><b>PLURIDISCIPLINARIDADE</b><br/>Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecerem as relações existentes entre elas.</p> | Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem nenhuma coordenação             |  |
| <p><b>INTERDISCIPLINARIDADE</b><br/>Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade.</p>              | Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior.           |  |
| <p><b>TRANSDISCIPLINARIDADE</b><br/>Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral.</p>                                    | Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas. |   |

Fonte: Adaptado de Japiassu, 1976, p. 73-74.

Constatamos que, enquanto no campo educacional a noção de interdisciplinaridade é bastante profícua, no setor Saúde ela é pouco explorada. Tal situação justifica-se pelo fato de que, durante muito tempo, o modelo brasileiro de assistência à Saúde priorizou a assistência hospitalar, centrada no atendimento médico segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde/doença.

Entretanto, é imprescindível que haja uma ampliação do conceito do processo saúde/doença, de forma a favorecer a compreensão e a articulação dos elementos que incorporam o homem em toda a dimensão da sua vida. Tal expansão conceitual pode ser alcançada por intermédio da interdisciplinaridade, razão pela qual esta se configura como uma necessidade de primeira ordem.

Gomes e Deslandes (1994, apud COSTA, 2002, p. 40) defendem essa posição quando afirmam que “a interdisciplinaridade no campo da saúde pública passa a ter status de necessidade interna diante de problemas complexos que a saúde impõe”. Os autores apontam, ainda, quatro obstáculos enfrentados pela interdisciplinaridade nesse campo: a tradição positivista e biocêntrica; os espaços de poder cristalizados pela rigidez disciplinar; a falta de comunicação entre as instituições de ensino e pesquisa; as dificuldades inerentes à interdisciplinaridade (operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas).

Dentro do setor Saúde, o campo da Saúde Coletiva se revela

[...] um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar que tem como disciplinas básicas epidemiologia, políticas públicas e saúde, através do planejamento e administração dos serviços, e as ciências sociais e saúde, através da sociologia, antropologia e psicologia. Sem remeter, ainda, à necessidade do envolvimento de estatística, da demografia, da geografia, da clínica, da genética, das ciências biomédicas, de ecologia etc. (FERNANDES, 2002, p. 46).

Em Luz (2000), reforça-se essa posição ao ressaltar que, para um melhor entendimento do processo saúde/doença, é importante a introdução de outras disciplinas nos domínios da Saúde Coletiva, tais como Direito, Ética e as Ciências Sociais. A referida autora assinala que:

uma possível interdisciplinaridade no campo da saúde, incluindo as ciências sociais (e sua produção), está sendo construída a partir das exigências institucionais de gestão envolvendo o adoecimento das populações, que atingiram, nessa conjuntura de capitalismo globalizado, uma complexidade inimaginável [...] A saúde passa a ser vista agora como um domínio de conhecimento e intervenção, domínio compartilhado com outras disciplinas, e não mais com um mero objeto, por mais complexo que seja esse objeto (LUZ, 2000, p. 62).

O Programa Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia para consolidação do SUS, tem se revelado um instrumento para a mudança de paradigma no atendimento à Saúde. Como já salientamos, para atuar frente a essa lógica de trabalho, na qual priorizam-se ações de promoção e prevenção em detrimento do assistencialismo curativo, os profissionais de Saúde necessitam adquirir novas competências de trabalho.

Desta forma, a interdisciplinaridade no trabalho em equipe se apresenta como uma alternativa para provocar mudanças na formação dos profissionais envolvidos no Programa, como também, para favorecer a efetivação de um espaço democrático na relação de trabalho. Entretanto, os profissionais de Saúde não podem ser vistos como os únicos responsáveis pela desconstrução/construção de uma prática interdisciplinar. É necessário que se leve em conta condições objetivas, históricas, materiais e subjetivas para a sua concretização.

Teixeira e Nunes (2004), no artigo “A interdisciplinaridade no PSF: uma utopia”, nos convidam a refletir sobre a interdisciplinaridade no SUS e, particularmente, no PSF. As autoras indagam:

Como mudar as relações de trabalho com um modelo de atenção que privilegia o biológico, a doença, a especialização, em que o maior avanço limita-se a uma prática multiprofissional – a médica – fragmentada e que tende a desqualificar os outros saberes. Como então horizontalizar as relações de poder se estas estão imbricadas com o saber? **A interdisciplinaridade, ao significar reciprocidade e mutualidade, exige relações sociais horizontais, diferente do posto no modelo assistencial de saúde tradicional, hegemônico. Significa ouvir/pensar o que o outro diz/pensa e conhece, e mais do que isso, implica trabalhar com o pensar do outro, introjetar novos/outros conhecimentos, para a partir daí criar novas práticas, isto é, atuar de forma ‘nova’, criativa. Por isso, indica uma atitude ‘diferente’, pois exige trabalhar com uma visão de mundo, de totalidade** (TEIXEIRA; NUNES, 2004, p. 125; grifos nossos).

No dizer das autoras, o PSF, ao definir-se como estratégia para a reestruturação do sistema, apresenta um significado maior, ao apontar a premência da necessária mudança do modelo assistencial, devendo este extrapolar o debate em defesa de uma atenção integral à Saúde em busca da coerência do discurso. Deve, pois “[...] abrir-se inclusive para um paradigma da Saúde que considere o adoecer como processo e, como tal, efeito de uma determinada produção social” (TEIXEIRA; NUNES, 2004, p. 125). A teoria da “produção social” possibilita o rompimento com a setorialização da realidade. Assim, a produção social da saúde

[...] além de dar conta de um estado em permanente transformação – porque possível de acumulação e desacumulação [de novos recursos, não só econômicos, mas recursos de poder, valores ou conhecimentos] – permite a ruptura com a idéia de um setor saúde, erigindo-a como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1996, p. 241).

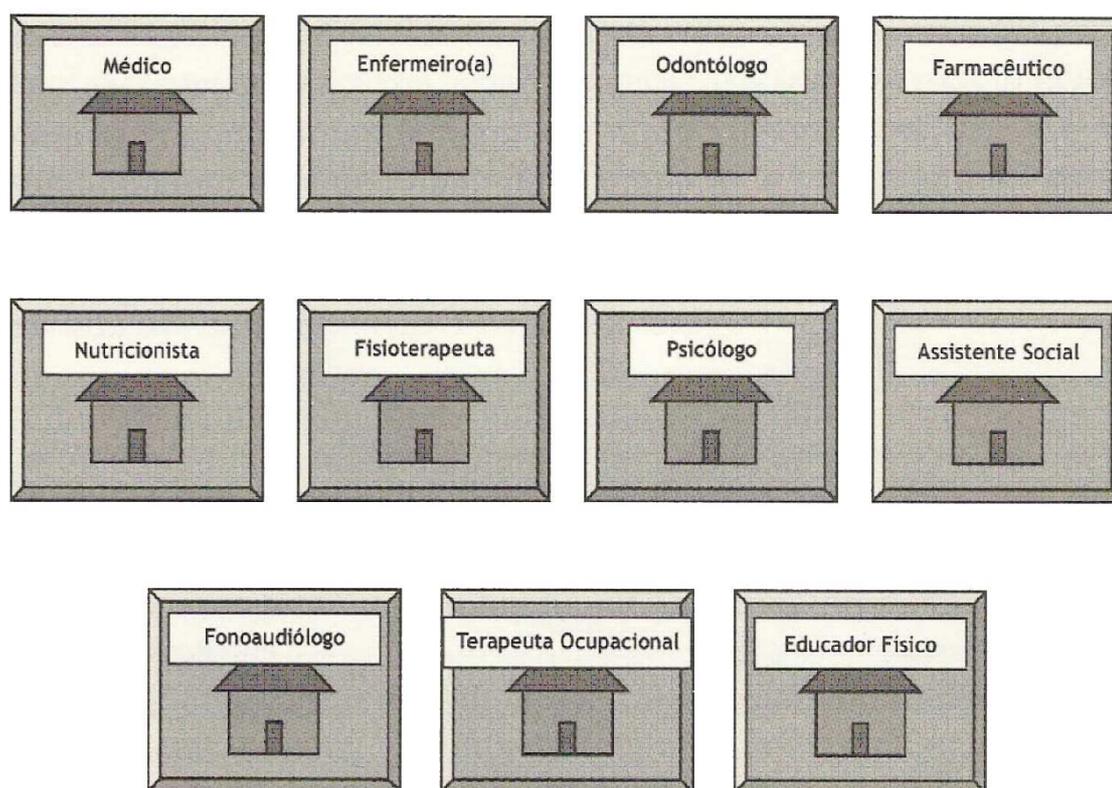
Sem desconsiderar estes determinantes, ressaltamos ainda a necessidade da qualificação dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Schaedler (2003 apud CECCIN; FEUERWERKER, 2004, p. 1405) lembra que “a legislação do SUS exige novas práticas e que essas não se fazem sem novas práticas pedagógicas na formação dos profissionais, na Educação em Saúde, na produção do conhecimento, na Educação Permanente e na prestação de serviços”.

Neste ponto, é importante salientarmos que o próprio Ministério da Saúde reconhece que a formação acadêmica dos profissionais que compõem a equipe mínima do PSF não atende ao desafio de mudança do paradigma de atenção à saúde vigente. Reconhecendo a existência dessa lacuna nos cursos de graduação e objetivando capacitar e habilitar os profissionais de saúde que atuam no PSF, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão de Educação na Saúde, criou, em todo o território nacional, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e de Pessoal em Saúde.

A formação tradicional em Saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, resulta numa visão fragmentada dos problemas de saúde que afetam a população, sem a abordagem da totalidade e complexidade necessárias à resolução dos problemas. Além disso, formam-se profissionais incapazes de lidar com questões como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2003).

O modelo multiprofissional tradicional, também denominado “Modelo das Casinhas Paralelas” segundo configuração de Andrade et al (ver figura 2.1), como veremos a seguir, revela-se como um grande desafio a ser superado, pois focaliza o indivíduo e sua compartimentalização. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de forma isolada, havendo pouca, ou até mesmo nenhuma discussão entre as mesmas, gerando uma atenção fragmentada.



**Figura 2.1** – Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das “Casinhas Paralelas”.

Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003.

Segundo Andrade (2003, p. 24), 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, como também do saber da comunidade, este reconhecido como importante fonte de saber. Portanto, ressaltamos a relevância do diálogo e da troca de experiências entre os diversos campos específicos de conhecimento. Nesse processo de permuta e reciprocidade, evidencia-se a construção de um campo comum entre os diferentes saberes, espaço privilegiado de interação e produção de um novo conhecimento (ver figura 2.2 adiante).



**Figura 2.2** – A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família

Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003.

É importante ressaltarmos que a construção e o exercício desse “novo campo de conhecimento”, de forma alguma, implica o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da Saúde, senão que exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários profissionais competentes das equipes de Saúde da Família.

É preciso refletir sobre as formas de organização do trabalho, de modo a impactar na qualidade da assistência, à medida que considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrado da riqueza da diversidade de formação dos profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES, BRANK; 2004).

Para Gomes (1997, apud SANTOS; CUTOLO, 2003, p. 72),

o saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Essa visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes outros, como no caso do saber médico, altamente valorizado dentro de uma concepção biológica do processo saúde/doença.

Parreiras e Martins Júnior (2004), revela-se o que caracteriza a ação interdisciplinar é a busca e o desejo de promover o diálogo com os outros saberes em tantas circunstâncias quanto os temas trabalhados permitirem. Dessa forma, a ação interdisciplinar se materializa numa busca coletiva por caminhos comuns aos saberes envolvidos, tomando como ponto de partida o seu campo de especialização.

O trabalho interdisciplinar é, ainda, um processo que requer uma reflexão constante e um reconhecimento crítico da realidade social, ao mesmo tempo em que se faz necessário termos em mente o enfoque coletivo de intervenção. Esse pensamento é reforçado nos estudos de Teixeira (2001), quando esta afirma que o profissional com uma visão de totalidade necessita ser construído.

Verificamos, assim, que a experiência interdisciplinar não poderá existir sem que haja uma transformação no modo como os profissionais vêem o homem. Tal fato pode ser concretizado através da substituição da concepção fragmentada do ser humano por uma abordagem holística, a qual contempla o homem com um ser multifacetado.

O questionamento/reflexão do trabalho em equipe através do “olhar interdisciplinar” parece-nos um caminho fértil para que a atenção básica se fortaleça alavancando as mudanças almejadas. No tenso quadro de implementação da Política de Saúde, particularmente no município em que esta pesquisa se desenvolveu, é relevante o reconhecimento de alguns aspectos que conformam este trabalho, pois esses profissionais desempenham papel fundamental nas ações de Saúde por estarem diretamente vinculados à prestação de serviços, às estruturas de produção dos mesmos e à necessidade de articular respostas à organização e demanda social. Neste sentido, apresentaremos no próximo tópico a situação do trabalho em equipe em Campina Grande.



A distritalização é uma estratégia de descentralizar os serviços de saúde e tem como objetivo transformar as práticas sanitárias. Infelizmente, no caso específico de Campina Grande, observamos que a distritalização apresenta apenas um caráter topográfico, ou seja, se faz a partir do critério da manutenção da continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos.

Destacamos que o PSF foi implantado no município de Campina Grande no ano de 1994, tendo por base a experiência da cidade de Niterói/RJ com o projeto “Médico da Família”, baseado no modelo cubano de atenção básica à Saúde.

Péret (2001) relata que a Estratégia Saúde da Família começa a ser pensada em Campina Grande no momento em que o médico Erinaldo Guimarães participa em Cuba de um seminário internacional de atenção básica. A partir daí, Campina Grande recebeu a visita de uma equipe de médicos cubanos, especialistas em medicina familiar, como também a visita da assistente social Maria Célia Vasconcelos, coordenadora do Programa Médico de Família de Niterói. A vinda dessa comitiva teve como objetivo orientar quanto aos detalhes da implantação de equipes de trabalho e da organização preliminar do Programa

No mesmo ano, o município foi convidado pelo Ministério da Saúde a fazer parte do grupo pioneiro dos 14 municípios a assinarem convênio para implantação do Programa, tornando-se referência no cenário nacional.

Por se tratar de uma proposta ousada e inovadora, uma vez que implica uma mudança de paradigma de atenção à saúde, a fase de implantação e consolidação do Programa apresentou (e ainda apresenta) inúmeras dificuldades, tais como falta de definição precisa no tocante aos serviços de referência e contra-referência<sup>10</sup>; ausência, no período da implantação, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma vez que este só foi criado em Campina Grande em 1995, e, além disso, a maioria dos profissionais selecionados para atuar no programa não apresentava perfil para trabalhar na estratégia (GUIMARÃES, 2006).

O PSF foi implantado, seguindo orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) foram incorporados no ano de 1995, como já explicitado, sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF.

No período inicial de implantação, o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Salientamos, no entanto,

---

<sup>10</sup> O sistema de referência é o serviço ao qual é encaminhado o usuário para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico. A contra-referência diz respeito ao retorno das informações sobre o usuário para o nível da atenção básica.

que uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros nos quais seriam implantados o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de Saúde, entre outros (CAMPINA GRANDE, 1994).

A seleção dos profissionais que iriam trabalhar no Programa se deu através de um processo seletivo simplificado, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos.

Destacamos que o interesse, por parte dos profissionais, em participar da seleção foi considerado elevado. Conforme ressalta Guimarães (2006), tal fato se explica pelos salários ofertados, os quais superavam os vencimentos oferecidos em outros serviços.

A contratação dos profissionais se realizou pelo regime celetista (Consolidação das Leis do Trabalho-CLT), mediante convênio com a Associação de Moradores da área onde trabalhavam. De acordo com Farias (2005), representa um avanço no que se refere à situação quase universal de precarização dos trabalhadores do Programa Saúde da Família no país, ainda se constituí como algo inadequado, já que não existia vínculo com o setor público, responsável em prestar atenção à Saúde, expondo o trabalhador a ingerências políticas das lideranças comunitárias contratantes.

Os Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, apresentaram situação de extrema precarização, sendo considerados bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista. Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos, com a promessa de que passariam a ter garantidos os direitos previstos na CLT<sup>11</sup>.

Os candidatos selecionados foram submetidos a um treinamento por um período de duas semanas, no qual foram discutidos temas relativos à proposta do Programa, ao relacionamento com a Comunidade, à atenção primária em Saúde, à legislação do SUS, além de visitas às comunidades (CAMPINA GRANDE, 1995).

Em 1998, foi criada uma Associação dos Profissionais de Saúde do PSF de Campina Grande (APSF), que assumiu a defesa dos direitos dos trabalhadores, defendendo a expansão da estratégia, com qualidade.

Por um período de seis anos (1999-2005), coordenando o Saúde da Família a médica Ana Fábria Rocha, pioneira na implantação do Programa na cidade, veio a dar maior credibilidade à estratégia, ao concretizar uma antiga reivindicação: o reforço técnico da

---

<sup>11</sup> Em 2006, foi aprovado no Congresso Nacional a Emenda Constitucional Nº. 51, que estabelece a admissão dos ACS's por processo seletivo público e contratação direta por estados e municípios. A mesma encontra-se em regulamentação.



O número de profissionais é de 195, distribuídos da seguinte maneira: 39 (trinta e nove) médicos; 48 enfermeiros; 50 auxiliares de enfermagem, 14 assistentes sociais; 11 dentistas, 11 auxiliares de consultório dentário e 12 fisioterapeutas. Além disso, cabe destacar que existem 388 Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) atuando junto às equipes.

O número de famílias cadastradas, segundo Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, é da ordem de 31.725, representando uma cobertura de 34% da população.

Apesar da estratégia Saúde da Família em Campina Grande ter sido reconhecida como uma experiência exitosa pelo Ministério da Saúde<sup>13</sup>, atualmente ela vem enfrentando grandes obstáculos, principalmente no tocante à gestão. Em 2005, a coordenação renuncia por desentendimentos políticos/ideológicos, assumindo outro grupo coordenado pela médica Semírames Lira Dantas<sup>14</sup>.

Durante o período de nossa pesquisa (fevereiro/maio de 2006), fomos surpreendidos com um anúncio da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG) da realização de um concurso público para a área de Saúde, o que repercutiu no processo de coleta de dados, como será explicitado mais adiante. O concurso ofereceu 469 vagas para os níveis fundamental, médio e superior, distribuídos entre várias funções dentro do PSF e na Rede Municipal de Saúde (médico, dentista, enfermeiro, assistente social e psicólogo)<sup>15</sup>. Os salários iniciais eram de R\$ 357,86 para os cargos de nível superior da Rede Municipal de Saúde. No caso do PSF, estratégia diferenciada para atenção básica no município<sup>16</sup>, o salário base definido era o mesmo sendo entretanto, complementar através de gratificação. Consideramos que mesmo o salário bruto do médico do PSF de R\$ 5.063,85, podendo chegar a R\$ 2.000,00 para os demais profissionais de nível superior, esta remuneração não se constitui em vencimentos<sup>17</sup>. A

---

<sup>13</sup> Em 12 anos de experiência, o Saúde da Família de Campina Grande vem acumulando prêmios e resultados, como o Prêmio Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas em 1998. Recebeu ainda o destaque como uma das dez mais exitosas experiências do país concedido durante a I Mostra Nacional ocorrida em 1999 e o destaque pelo pioneirismo na área de Saúde da Família conferido pelo Ministério da Saúde em 2002.

<sup>14</sup> Vale salientar que em 2004 foram realizadas eleições municipais, assumindo a prefeitura Veneziano Vital do Rego, pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Assume a pasta da Saúde o economista Geraldo Medeiros. Mais tarde, este é substituído pelo médico Metuzelá Agra.

<sup>15</sup> Durante a elaboração desta dissertação, foram convocados 278 profissionais para os cargos do PSF e 72 profissionais para funções distribuídas na Rede Municipal de Saúde. No dia 28/07/06 foram entregues as portarias dos profissionais convocados. Os assistentes sociais submeteram-se ao concurso sendo ofertadas a esta categoria profissional apenas 23 vagas. No ato da entrega das portarias de nomeação foram convocados apenas 10 profissionais, o que gerou protesto público das equipes.

<sup>16</sup> Em Campina Grande, há um modelo híbrido de assistência básica, sendo a maior parte realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Saúde (CS), e a menor parte realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo diferenciadas a carga-horária e processo de trabalho dos profissionais.

<sup>17</sup> Com exceção do assistente social e fisioterapeuta, os demais profissionais do PSF contam com incentivos financeiros do Ministério da Saúde para sua manutenção na equipe mínima. Mais recentemente, foi aprovada pelo Ministério da Saúde, a portaria 698 de 2006, publicada em Diário Oficial da União em 03 de abril de 2006. Esta assegura o custeio dos serviços profissionais do farmacêutico em todo o conjunto da atenção básica. Esta discussão não tem sido, entretanto, efetivada em

meta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é chegar a 35 novas equipes até o final deste ano, ampliando para 85 o número de equipes do PSF no município.

A realização do referido concurso, em tese, responde aos anseios da categoria. No entanto, a forma como o processo foi conduzido foi alvo de muitas críticas, na medida em que, no período precedente às provas, todos os profissionais do PSF foram demitidos e tiveram que assinar um contrato temporário de trabalho. Tal fato gerou grande insatisfação e trouxe angústia e preocupação aos profissionais, que se viram na iminência de perder seus respectivos empregos.

Particularmente, no caso do assistente social, que conquistou sua inserção na equipe em 2003, observou-se uma ameaça à sua permanência pela compreensão equivocada que apresenta a atual gestão em não reconhecer o referido profissional como sendo do setor saúde, mas sim da assistência social<sup>18</sup>.

No município de Campina Grande, a defesa pela manutenção do profissional assistente social nas equipes do PSF respalda-se no entendimento de que o mesmo domina procedimentos metodológicos e instrumentos técnicos adequados à abordagem de educação em saúde. Tais procedimentos englobam a dimensão psicológica, cultural e sócio-econômica, fundamentada em uma ótica reflexiva, usando como referências as técnicas participativas em oposição a práticas que medicalizam as questões sociais como tradicionalmente o faz o modelo biomédico (TEIXEIRA, 2001).

Já em 1999, a Coordenadora Nacional do PSF, Heloiza Machado Souza, declarava em entrevista:

Seria ótimo que os municípios tivessem capacidade para agregar outros profissionais a essa equipe [mínima]. Vários municípios incluíram a odontologia, outros o **assistente social que, aliás, tem um papel fundamental neste projeto**. Acho que o assistente social traz um ganho imenso às equipes de Saúde da Família [...] **A composição da equipe mínima não pode ser entendida como um critério burocrático, cada caso é um caso e cada região tem suas especificidades. É preciso que cada território analise que tipo de problemas enfrentará para definir qual profissional necessitará para enfrentar estes problemas** (SOUZA, H., 1999, p. 6, grifos nossos).

Entendemos, como Péret (2001, p. 228), que a construção da viabilidade e fortalecimento do PSF enquanto Política inovadora de Saúde, “[...] tendo em vista diferentes

---

Campina Grande. Ressaltamos que embora não existam incentivos federais para agregar outros profissionais à equipe, o município poderá, através de contrapartida financeira, arcar com este custo, o que não vem se verificando.

<sup>18</sup> Dentre as 14 profissões do campo da saúde reconhecidos na Resolução n. 218 de 06 de maio de 1997 pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, encontra-se o assistente social.

racionalidades e interesses que se confrontam, pressupõe rupturas epistemológicas, ideológicas e tecnológicas, com reflexos na formação, na prática dos trabalhadores e na interação com os usuários do sistema”.

Neste sentido, em Campina Grande, ainda reside o desafio da superação da fragmentação dos cuidados em Saúde, o que só poderá, a nosso ver, ser conquistado através de uma mudança substantiva no sentido da vigilância à Saúde na qual se espera, dentre outros aspectos, o olhar interdisciplinar.



# CAPÍTULO 3

## Procedimientos Metodológicos

Neste capítulo apresentaremos os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa de campo. Com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor, organizamos o capítulo em tópicos nos quais explicitamos o Tipo de Abordagem; o Universo e Sujeitos da Pesquisa; Técnicas de Coleta de Dados; Tratamento e Análise dos Dados e as Considerações Éticas.

### 3.1 Tipo de Abordagem

Diante das características do objeto de estudo em questão, fez-se necessária a utilização da abordagem qualitativa, pois a mesma nos permitiu penetrar de forma mais aprofundada na realidade das Representações Sociais dos atores entrevistados.

Desta forma, a opção pela abordagem qualitativa baseou-se na compreensão de Minayo (1996, p. 21), para quem

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 3.2 Universo e Sujeitos da Pesquisa

O universo desta pesquisa é composto pelas equipes do Programa Saúde da Família de Campina Grande, tendo sido escolhidas quatro equipes para comporem o grupo estudado.

Nosso critério de seleção das equipes baseou-se no tempo de atuação das mesmas. Partindo do pressuposto de que um período de atuação superior a dois anos é suficiente para a estruturação do trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde, selecionamos duas equipes pioneiras localizadas no bairro do Tambor e outras duas com atuação mais recente, situadas no bairro do Monte Castelo. Pretendíamos investigar se as equipes pioneiras, com mais de 10 anos de atuação, teriam uma representação de trabalho em equipe diferente das equipes mais recentes. No entanto, ao visitarmos as respectivas unidades, percebemos que tal objetivo não poderia ser alcançado, uma vez que as equipes pioneiras não estavam mais lá, pois havia existido mudanças no quadro dos profissionais. Mesmo assim decidimos entrevistar os

profissionais das equipes no Monte Castelo I e II e Tambor I e II. As equipes selecionadas fazem parte do Distrito Sanitário I e Distrito Sanitário IV, respectivamente.

Participaram da pesquisa: três médicos; três enfermeiros; quatro auxiliares de enfermagem; dois cirurgiões dentistas; dois assistentes sociais; nove agentes comunitários de saúde e um auxiliar de consultório dentário, perfazendo um total de 24 profissionais.

O número de profissionais selecionados não se constitui um grupo representativo no sentido estatístico, mas sim no qualitativo. As Representações dos entrevistados foram compreendidas como individuais e coletivas, pois, como salienta Paro (1995, p. 28):

(...) por menor que seja a representatividade de um indivíduo em relação ao conjunto, o importante é que ele valha pela sua **exemplaridade**. O fato de, no caso em estudo encontrar-se presente determinado fenômeno ou particularidade do real, não significa que tal ocorrência seja generalizada; nem se trata de prová-lo. Trata-se, isto sim, de procurar a **explicação** adequada para tal ocorrência, o que nos permitirá dizer apenas que, em acontecendo tal fenômeno, sua explicação é a que oferecemos ou na qual apostamos (Grifos do Autor).

A faixa etária dos entrevistados varia entre 25 a 47 anos, sendo 22 deles do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino. Quanto ao grau de instrução, 11 cursaram pós-graduação (saúde coletiva e saúde da família); 13 possuem curso superior completo, 10, o ensino médio; 12 concluíram curso profissionalizante de auxiliar de enfermagem; três possuem o curso pedagógico e somente um possui apenas o curso fundamental completo. É importante destacarmos que dois auxiliares de enfermagem e um agente comunitário de Saúde possuem nível superior: Fisioterapia, Serviço Social e Sociologia, respectivamente.

O tempo de atuação dos profissionais no PSF em Campina Grande, nas equipes estudadas, varia de três a cinco anos. É importante destacarmos que alguns dos entrevistados já trabalharam no PSF de outros municípios, da mesma forma que existem profissionais que já desenvolveram trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em um período de dois a seis anos.

### 3.3 Técnicas de Coleta de Dados

Para apreensão do nosso objeto de estudo, nos apoiamos na concepção de Triviños (1987, p. 137), quando este afirma que “a pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se,

reformulando-se constantemente [...]”. Desta forma, é fundamental que, ao realizar pesquisa qualitativa, o pesquisador possa se apoiar em uma multiplicidade de técnicas e métodos que venham contribuir para a realização do seu estudo. Como bem destaca Alves-Mazzotti; Gewandsnajder (1998, p. 163), “as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados”.

Por essa razão, para a coleta de dados, optamos pela utilização da observação participante, e das entrevistas semi-estruturadas.

Segundo Cruz-Neto (2000, p. 59-60), a importância da observação participante “reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observadas diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

Para Minayo (1996, p. 134-135), a técnica da observação participante é parte essencial do trabalho de campo e das pesquisas qualitativas, visto que muitos estudiosos a têm utilizado não só como estratégia no conjunto da investigação, mas também como um método em si mesmo.

Assim, inicialmente, procedemos ao reconhecimento do campo de estudo, situação na qual podemos observar a rotina de trabalho das Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, realizamos encontros com os profissionais das quatro equipes, momento em que apresentamos a nossa proposta de pesquisa e explicitamos nosso papel e os objetivos que pretendíamos alcançar. Salientamos que fomos muito bem acolhidos, fato que nos proporcionou uma aproximação com o grupo.

A partir daí, selecionamos, dentre as atividades desenvolvidas cotidianamente pelos profissionais, aquelas que seriam alvo de nossa observação, com vistas a complementar a análise das representações dos profissionais, quais sejam: realização de visitas domiciliares com a participação dos profissionais (médico assistente social, dentista, ACS e ACD); reuniões mensais dos grupos de hipertensos e diabéticos, saúde mental e planejamento familiar; observação das reuniões mensais de avaliação e visitas às três unidades de Saúde para observação da rotina de trabalho das quatro equipes selecionadas nas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Vale destacar que os dados provenientes da observação participante foram registrados em um Diário de Campo, sendo este um relevante instrumento complementar, servindo de suporte para a análise geral e subsidiando cada etapa do estudo.

Ainda como instrumento de coleta de dados, utilizamos a técnica da entrevista, essencial para o desenvolvimento do nosso trabalho. Esse método é bastante utilizado em pesquisas de natureza qualitativa, especialmente no campo da Psicologia Social e de forma particular em estudos que se propõem a investigar as Representações Sociais (SÁ, 1998; GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2000). Conforme nos expõe Minayo (1996, p. 109),

[...] o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Em nossa pesquisa, optamos pela entrevista do tipo semi-estruturada, pois, de acordo com Triviños (1987, p. 146), a mesma

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teoria e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Tivemos o cuidado de elaborar um roteiro de entrevista (Apêndice A) contendo questionamentos básicos decorrentes dos objetivos do estudo.

Por sua vez, os profissionais entrevistados foram bastante receptivos ao nosso trabalho. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, sendo gravadas com o consentimento dos mesmos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apêndice B). Salientamos ainda que as entrevistas tiveram em média a duração de cinquenta minutos, e, posteriormente, foram transcritas, fato que nos proporcionou uma maior familiaridade com seus conteúdos.

Considerando o fato de que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (MINAYO, 1996), não utilizamos o rigor do requisito amostral, sendo a quantidade de profissionais entrevistados determinada pelo critério de saturação.

Conforme Sá (1998, p. 92):

Costuma-se empregar um critério conhecido como saturação para chegar a esse número limite (não definido previamente) no decorrer da pesquisa: quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significaria que entrevistar uma nova

quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação; pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar.

Com o objetivo de preservar o anonimato dos entrevistados, utilizamos, para identificação, uma sigla correspondente a cada categoria profissional<sup>19</sup>. Em seguida, referimo-nos ao sexo dos entrevistados com o símbolo H para designar homem e M, para mulher. Em relação às Unidades Básicas de Saúde da Família, utilizamos os símbolos (numéricos) I e II para designar, respectivamente, a Unidade do Monte Castelo e a do Tambor. As equipes, por sua vez, foram identificadas aleatoriamente pelas letras A, B, C e D. Vale salientar que, quando o entrevistado trabalha nas duas equipes da Unidade, usamos a seguinte codificação: A/B ou C/D.

Sendo assim, por exemplo, o código *MED I – M - A* indica que se trata de uma médica entrevistada da unidade do Monte Castelo e que atua na equipe A. O código *ENF II – M - C* indica que a entrevistada se trata de uma enfermeira da unidade do Tambor e que atua na equipe C, e assim por diante.

### 3.4 Tratamento e Análise dos Dados

Para a análise dos dados coletados, adotamos a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), cujo objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (Chizzotti, 1998). Salientamos que, neste estudo, o material resultante da observação participante não será submetido a tratamento analítico, sendo utilizado apenas para subsidiar a análise das entrevistas semi-estruturadas.

De acordo com Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Em nosso caso, utilizamos a Análise de Conteúdo do tipo categorial-temática, a qual “consiste em descobrir os **núcleos de sentidos** que compõem a comunicação e cuja presença

<sup>19</sup> MED: Médico; ENF: Enfermeiro; C.DENT: Cirurgião Dentista; A.SOCIAL: Assistente Social; ACS: Agente Comunitário de Saúde; ACD: Auxiliar de Consultório Dentário; AE: Auxiliar de Enfermagem.

ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105. Grifos do Autor).

De acordo com Turato (2003, p. 442), a análise de conteúdo temática é a mais simples das análises de conteúdo, pois

(...) procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos, portanto uma primeira forma de categorização e subcategorização constituindo o corpus.

Desta forma, para a operacionalização do nosso estudo, foram adotados e adequados os passos descritos abaixo, propostos por Bardin (1977) e corroborados por Minayo (1996) e Turato (2003):

## 1-) Pré-análise

Nesta fase inicial, procedemos à escolha dos documentos que seriam analisados, tendo por base os objetivos da pesquisa. Esta etapa subdividiu-se em:

### 1.1-) *Leitura flutuante*

Nesta fase, foi estabelecido um contato exaustivo com os referidos documentos, com o objetivo de nos “impregnarmos” com o material. Tal atividade envolveu um grande esforço de abstração.

### 1.2-) *Constituição do corpus*

O *corpus* corresponde ao conjunto de todos os documentos a serem submetidos ao processo de análise e, na nossa pesquisa, é composto por 24 (vinte e quatro) entrevistas gravadas e transcritas na íntegra.

## 2-) Exploração do material

Nesta etapa, procedemos a um “recorte” do material em temas, os quais, em seguida, foram categorizados em sub-temas.

O tema, segundo Bardin (1977, p. 105), “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

### 3-) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, não trabalhamos com inferências estatísticas. Buscamos interpretar os significados dos fenômenos suscitados a partir dos discursos, após a categorização do material em temas e sub-temas.

Vale acrescentar que, concordando com a posição de Minayo (1996, p. 17), consideramos o “ciclo da pesquisa como um processo de trabalho que dialeticamente termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final”.

#### 3.5 Considerações Éticas

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), que permitiu parecer favorável no dia 28 do mês março do corrente ano (Anexo B).

Os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que explicita a participação voluntária no estudo, tendo os profissionais ampla liberdade para se afastar da pesquisa em qualquer tempo, sem risco de penalização.

O anonimato dos participantes foi mantido através da utilização de um sistema de códigos já explicado anteriormente.



## CAPÍTULO 4

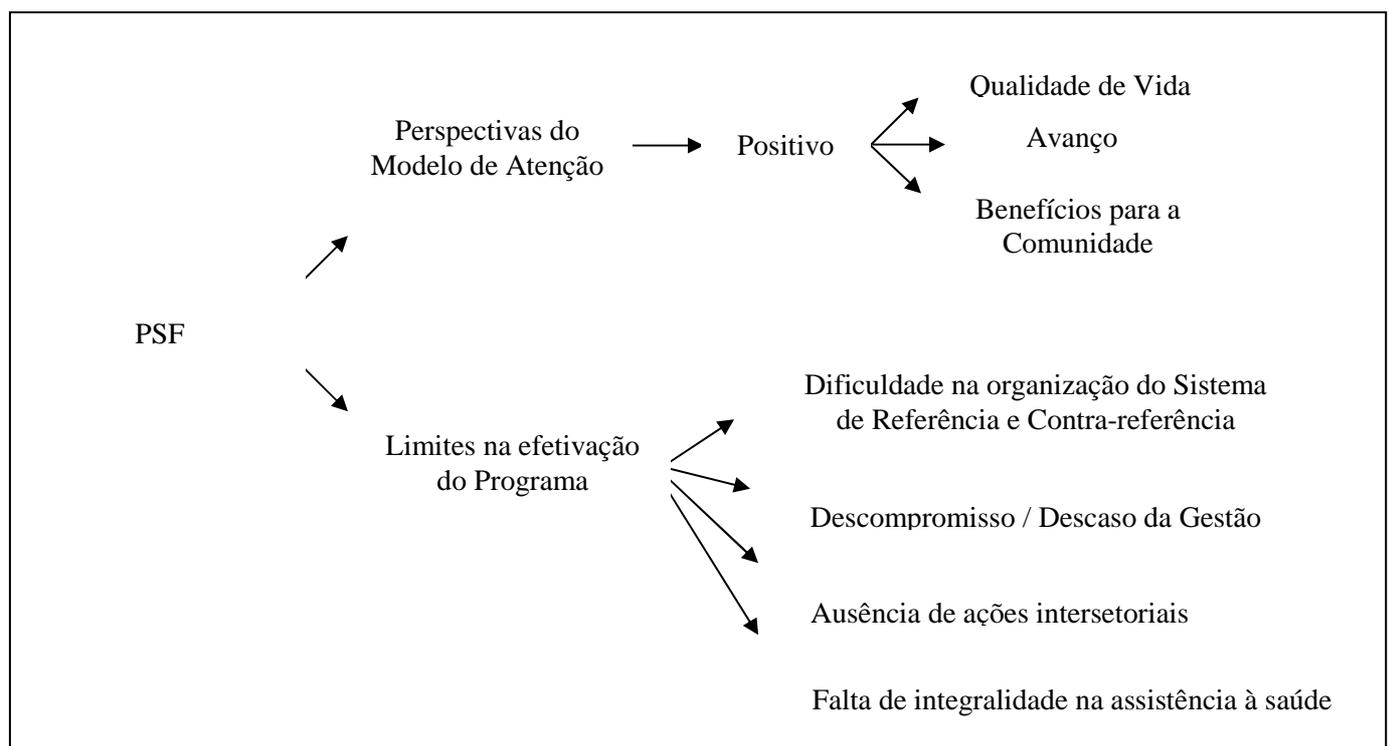
Representações Sociais dos Profissionais sobre  
o Programa Saúde da Família e o  
Trabalho no PSF

Neste capítulo, serão objeto de análise e discussão as Representações Sociais elaboradas pelos profissionais entrevistados acerca do Programa Saúde da Família e do trabalho neste programa. Para compreendermos como apreendem o trabalho em equipe, objeto de nossa pesquisa, consideramos relevante inicialmente conhecer tais representações.

#### 4.1 Representações Sociais sobre o PSF – reconhecendo possibilidades e limites

No que se refere às Representações Sociais dos profissionais sobre o novo modelo de atenção básica à saúde, verificamos que o PSF é representado majoritariamente como “positivo”, como “qualidade de vida”. Entretanto, identificamos também discursos que apontam para limites na efetivação do Programa.

A figura a seguir mostra, de maneira esquemática, as diferentes representações dos profissionais acerca do PSF, as quais serão analisadas e discutidas logo em seguida.



**Figura 4.1** – Representações sociais do novo modelo de Atenção Básica à Saúde – PSF.

#### 4.1.1 Perspectiva do Novo Modelo de Atenção – O PSF é positivo

O PSF é representado como um programa que trouxe contribuições positivas, na medida em que aponta a possibilidade do acesso da assistência aos usuários e aproxima os profissionais dos problemas da comunidade. Observemos as falas a seguir:

O PSF é positivo, né? É um programa que deu certo, tem dado certo não só em Campina Grande, mas em todo o país (...) porque coloca os profissionais mais perto de seus problemas, né? De suas dificuldades [*da população*] (ACS I – H, A).

Acho que o PSF foi um avanço, né? Eu vejo ele como um avanço (...) ele atende as necessidades da população em parte, porque nem tudo depende do PSF. É preciso que os serviços de referência e contra-referência funcionem (A.SOCIAL II – M, C/D).

É oportunidade para as famílias pobres terem acesso ao mínimo (pausa) que é tão difícil ter (...) meu sonho é ver Campina Grande coberta pelo Programa (AE II – M, C).

Observa-se que o discurso do Agente Comunitário de Saúde sinaliza para a positividade do Programa porque este coloca os profissionais mais perto da comunidade, de seus problemas e de suas dificuldades, sugerindo que isso favorece a criação de vínculo com a mesma. Para Campos (1997), o PSF aposta no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Segundo o autor, “o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço” (CAMPOS, 1997, p. 72).

A fala da Assistente Social aponta a questão polêmica da resolutividade do Programa, ao afirmar que o “PSF foi um avanço [...] mas nem tudo depende do PSF”. Sabemos que essa nova estratégia de reestruturação do modelo traz um desafio para os profissionais de saúde. Para que o modelo assistencial seja resolutivo, é necessário que se garanta a integralidade das ações e que se tenha serviços de referência e contra-referência realmente efetivos, sendo no caso de Campina Grande, necessárias, ainda, a comunicação e a integração entre estes serviços. Junqueira e Inojosa, citados por Turrini (2002), comungam desta idéia quando dizem que “a resolutividade de um serviço é a garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, o que mostra a importância de haver um sistema de referência e contra-referência já estabelecido no Sistema de Saúde” (JUNQUEIRA; INOJOSA apud TURRINI, 2002, p. 123).

Apesar da Auxiliar de Enfermagem representar o Programa como possibilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, afirmando que é uma “oportunidade para as famílias terem acesso ao mínimo que é tão difícil ter”, esta fala sugere que o Programa é focalizado, ou seja, direcionado a grupos populacionais pobres. Tal pensamento é corroborado por Senna (2002, p.2) quando afirma que o “PSF tem a preocupação em promover o acesso à assistência médica prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis”. A referência do “acesso ao mínimo” remete ao possível entendimento de “cesta básica” na saúde, apesar de o Ministério da Saúde afirmar que o PSF não se reveste desse caráter, ao ressaltar que:

Ao contrário, o PSF, ao resolver as questões de saúde na rede básica, vai diminuir o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados. **Desafogando** os hospitais. Assim racionaliza o uso dos recursos existentes que, melhor utilizados, garantem o acesso de todos aos procedimentos mais complexos. Não se trata de economia de recursos, **de uma medicina pobre para pobres** com utilização de baixa tecnologia (...) (BRASIL, 1997, p. 6., grifos nossos).

Cabe ainda assinalar que, em outro momento da entrevista, chamou-nos a atenção a fala de uma ACS ao reivindicar plano de saúde. A entrevistada aponta para um possível descrédito na eficácia do sistema público de saúde no momento em que se refere aos planos de saúde privados como garantia de assistência:

A gente não tem um plano de saúde para quando você adoecer, você saber pra onde é que vai, e lá você ter direito de fazer aqueles exames, né? Aquela consulta [...] (ACS II –M, D).

A questão de que o PSF trouxe melhorias para a saúde da população também aparece nas falas relacionadas à qualidade da assistência, de acordo com as seqüências discursivas abaixo:

Eu acho que melhorou muito a saúde (...) hoje em dia as internações diminuíram, por quê? Porque existe o trabalho preventivo (...) quando o bebê nasce, o pessoal do posto já começa a fazer o acompanhamento em casa, primeira visita na casa do bebê, aí se começa a vir pra cá. Depois do PSF é difícil uma criança adoecer (...) (ACS II – M, B).

Um dos ACS entrevistados aponta também a contribuição do PSF no fortalecimento da organização da comunidade. Vejamos como se expressa:

A gente vê melhoramento na saúde onde tem PSF (...) a questão da mortalidade infantil foi reduzida, o número de gestantes com pré-natal em dia foi aumentado (...) os conselhos de saúde começaram a se fortalecer, onde tem um PSF hoje tem um conselho de saúde local coisa que antes não tinha (...) agora com a história do PSF as pessoas foram chamadas também para participar desse processo (...) e hoje um dos pedidos maiores da comunidade no orçamento participativo é PSF (ACS I – H, A).

Os discursos acima ratificam a idéia de que o PSF é um Programa que trouxe coisas positivas, na medida em que “hoje em dia as internações diminuíram” e a “mortalidade infantil foi reduzida”. Esta representação foi mais evidenciada na categoria dos Agentes Comunitários de Saúde. Na visão de Vasconcelos, (1999, p. 174-5).

o PSF é realmente uma proposta de grande impacto na diminuição da mortalidade: o PSF é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente de seus grupos mais vulneráveis.

As seqüências discursivas explicitadas mostram que os entrevistados reconhecem e valorizam a estratégia Saúde da Família não só porque esta melhora a saúde da população, mas também por incentivar a participação da comunidade. Tal incentivo se dá, principalmente, através do fortalecimento dos conselhos de saúde, conforme enfatiza o Agente Comunitário de Saúde, ao dizer que “onde tem PSF hoje tem um Conselho de Saúde Local coisa que antes não tinha”.

Observamos que, apesar de os entrevistados fazerem referência a impactos positivos, estes limitam-se à melhoria dos indicadores negativos de saúde, a exemplo da mortalidade infantil. Os entrevistados não se referem à presença de ações intersetoriais como educação, habitação, programa de geração de emprego e renda, como indutores de condições positivas de saúde na comunidade. A ausência de ações intersetoriais em Campina Grande, como aponta Martiniano (2004), tem, ao contrário, inviabilizado mudanças estruturais no sentido de redução do quadro de pobreza presente na maioria dos bairros que contam com o programa.

Por outro lado, verificamos nesta pesquisa que os profissionais recorrem ao discurso do Ministério da Saúde ao representarem o PSF. Observamos, na maioria dos discursos dos profissionais entrevistados, a marca desses universos reificados. Como já salientamos no capítulo I, Moscovici (2004) afirma que existem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamento: os Universos Consensuais (UC), Teoria do Senso Comum; e os Universos Reificados (UR), Saberes Especializados. Nos universos reificados, a presença de classes e papéis distinguem os indivíduos, havendo uma diferenciação nos

discursos pela hierarquização, enquanto que, nos universos consensuais, os indivíduos são iguais e livres, podendo cada um falar em nome do grupo. Por sua vez, esses dois universos se entrelaçam dialeticamente, um influenciando o outro, produzindo, dessa forma, as representações sociais em um determinado grupo.

#### 4.1.2 Limites na Efetivação do Programa

Como vem sendo evidenciado neste trabalho, a partir da Constituição Federal de 1988, significativas inovações na área da saúde foram introduzidas, entre elas o PSF, que contribuiu para alteração do foco das ações de saúde, que superaram o caráter da assistência de atenção à doença e seus agravos, passando a privilegiar igualmente a promoção e prevenção da saúde. No entanto, são inúmeras as resistências ao rompimento com o modelo de atenção básica tradicional. Em nossa pesquisa, observamos que, da mesma forma que foram identificados aspectos positivos com relação ao PSF, detectaram-se algumas dificuldades, como veremos a seguir:

É um programa bom que veio só melhorar a vida dos brasileiros, agora precisa melhorar ainda muito (...) não adianta você ter um PSF se você não tem recursos, não tem uma medicação para oferecer, muitas das vezes não tem nem material pra trabalhar, isso sim deixa a desejar (...) (ACS I – H, A).

Eu acho assim que ele é bom, não tá ótimo porque falta muita coisa, né? A gente vê que tem equipe que não tá completa, falta muita coisa, às vezes o espaço não é adequado para todos (...) eu acho que para colocar PSF deveria ter uma estrutura bem planejada (ACS I – M, B).

As representações em análise, ora reafirmam o impacto positivo causado pelo Programa —“É um programa bom que veio só melhorar a vida dos brasileiros”, “Eu acho assim que ele é bom...” — ora chamam a atenção para as dificuldades enfrentadas no cumprimento dos princípios do Programa, principalmente com relação à estrutura física e falta de medicação. Vale destacar também que a ausência de organização no sistema de referência e contra-referência efetivo comprometem sensivelmente a qualidade do serviço e a continuidade da assistência prestada à comunidade. Vejamos os discursos abaixo:

A gente tem dificuldade com a referência e contra-referência porque é a questão dos exames, é a Central de Marcação, então sempre o pessoal tá cobrando da gente por tal exame que não foi marcado, como é o caso do reumatologista, tem pessoas

esperando há um ano e seis meses, neurologista nem se fala, né? (...) então a dificuldade é essa (AE II – M, D).

Você solicita um exame, tem paciente esperando há mais de um ano um exame, aí você vê que você tá só trabalhando, trabalhando e não tá resolvendo os problemas e a comunidade só cobrando de você (...) (ENF I – M, B).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde também constatou que os Médicos e os Enfermeiros do Saúde da Família consideram o trabalho no PSF como desgastante, em função do excesso de trabalho resultante do atendimento de um número excessivo de famílias; da falta de recursos humanos, materiais e medicamentos, da baixa remuneração; e de falhas no sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2002).

De um modo geral, as UBSFs visitadas por nós durante o trabalho de campo apresentaram problemas com a falta de estrutura, dificultando o trabalho dos profissionais.

Um outro aspecto ressaltado nas entrevistas é o descompromisso/descaso da gestão para com o Programa e para com os profissionais que nele atuam, como veremos nas falas a seguir:

Eu acho que é um trabalho **muito interessante** (enfático), muito importante, é uma coisa que se fosse dado mais (pausa) como é que se diz, se tivesse um gestor que olhasse mais pelo programa, sabe? Eu acho que é um Programa que daria certo (pausa) ele dá certo, mas ainda falta muita coisa (ACD I – M, A/B).

A batalha dos insumos, da medicação é um desgaste (...) amanhã é o grupo do hiperdia<sup>20</sup>, a medicação não chegou, aí você liga para a Secretaria, fala com fulano, fala com sicrano, eles dizem que ainda vai ser liberada (...) é um desgaste muito grande (C.DENT, I – M, A/B).

Eu acho que o PSF é um Programa que tem tudo pra dar certo (...) só que as coisas não funcionam como está no papel, né? Na prática, a gente vê que não é o que tá no papel. A gente tem muita dificuldade, não depende só da gente, depende muito mais da gestão do que da equipe (...) se não tiver gestão comprometida a equipe não pode fazer milagres, né? (ENF I – M, B).

O discurso da Enfermeira entrevistada sugere uma preocupação e um sentimento de frustração/impotência pelo fato de não satisfazer as necessidades do usuário: “se não tiver gestão comprometida, a equipe não pode fazer milagres, né?”.

A nosso ver um dos problemas relacionados à gestão em saúde diz respeito à ocupação dos cargos de confiança, sendo comumente utilizados não só como moeda de garantia de governabilidade, mas também como barganha entre acordos partidários. Consideramos que a

<sup>20</sup> Usuário que apresenta as patologias hipertensão e diabetes.

redução dos cargos de confiança e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira podem contribuir para uma gestão mais qualificada no SUS.

Ainda com relação à gestão, em 2002, o Tribunal de Contas da União, através da Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, avaliou o PSF no país apontando, dentre outros aspectos negativos, (...) “a ausência de treinamento para gestores do Programa, atividade necessária ante a descontinuidade administrativa que ocorre a cada mudança nos governos estaduais e municipais, por ocasião das eleições” (BRASIL, 2002, p. 14).

É importante ressaltarmos que Farias (2005), em estudo realizado com trabalhadores do Saúde da Família em Campina Grande, também registra a dificuldade dos profissionais em estabelecer diálogo com a atual gestão e chama a atenção para importância da continuidade do projeto no município. Diante da constatação de tais fatos, a autora aponta o período atual como o mais difícil do Saúde da Família nesse município.

Dejours (2004), em seus estudos, apresenta uma reflexão importante pertinente a esta questão, afirmando a necessidade de que:

(...) o discurso (...), em todos os níveis hierárquicos, seja disposto em uma relação de equidade: a equidade entre aqueles que contribuem verdadeiramente para a organização do trabalho e aqueles que os ouvem. Isto significa que aqueles que ouvem devem estar prontos – da mesma forma que aqueles que falam – a assumir riscos, pois falar é correr risco: é ousar dizer o que se está fazendo, sobretudo quando se trabalha com uma certa distância dos procedimentos e regulamentos [como no caso do PSF de Campina Grande] o que é bastante comum, mas nem sempre confessável, sobretudo em relação aos superiores hierárquicos (DEJOURS, 2004, p. 307).

O autor conclui dizendo ainda que tal postura torna arriscada a atitude de escuta, pois esta pode desestabilizar quem o faz, ao colocar em questão a perspectiva da organização prescrita do trabalho.

Diante das inúmeras críticas dirigidas à gestão da Secretaria de Saúde do município pelos entrevistados, ousamos afirmar, como Dejours (2004, p. 307), que o grande desafio que se apresenta reside no entendimento de que:

As idéias preconcebidas – para as pessoas que estão ouvindo – desempenham um papel ambíguo: é certamente necessário questioná-las, mas seria lamentável dissimulá-las *a priori*, pois a virtude do preconceito, (...) é que ele permite, justamente, pela contestação de que é alvo, dar início a uma reflexão crítica e de fomentar um aprofundamento sobre o conhecimento do real.

Os problemas relativos à gestão no Saúde da Família em Campina Grande, além de configurarem uma dificuldade para os profissionais, têm repercussão na própria população, como se verifica no discurso abaixo:

O Programa em si eu acho uma idéia fantástica. Eu sou fã do Programa (...) das respostas que ele pode nos dar, né? Agora em Campina Grande, especificamente, eu acho que a falta de decisão política termina minando essa resposta mais prazerosa para a comunidade (C. DENT I – M, A/B).

Em nossa pesquisa bibliográfica, constatamos que o PSF é considerado por diversos autores como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, na medida em que estimula o reordenamento do modelo vigente de atenção. Dessa forma, torna-se imprescindível que haja empenho do executivo municipal e da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de garantir a organização da atenção básica, com a melhoria efetiva do sistema de saúde do município e da qualidade de vida da população. Tal pensamento é corroborado por Souza, H (1999, p. 7), quando esta afirma que “o PSF é uma estratégia que tem uma potencialidade imensa para reorientar os sistemas locais”.

Um dos pilares do PSF é a construção de vínculos com a comunidade, o que, de certa forma, implica em uma maior responsabilidade dos profissionais com relação à saúde da população. Diante do exposto, verificamos que, para a reorganização da atenção básica com vistas a proporcionar qualidade de vida para a população, “é muito importante que as equipes se sintam amparadas e estimuladas pela gestão municipal” (BRASIL, 2001, p. 61).

Ainda outros problemas que interferem na qualidade da assistência ofertada pelo Programa são percebidos pelos profissionais entrevistados, como se destaca a seguir:

Às vezes eu tenho a impressão de que o PSF está só. De repente o que eu estou percebendo é que as Secretarias [de outras políticas públicas] não estão se articulando e talvez nem a própria Secretaria de Saúde. E a coisa não vai pra frente porque de repente a gente não tem um seguimento da Secretaria de Educação, Esporte, Lazer, então a coisa poderia trabalhar de forma conjunta, mas termina sendo um trabalho só, solitário, aí fica difícil (ENF I – M, A).

O discurso acima revela a compreensão de que, dentro do setor saúde municipal, há um isolamento do PSF em relação aos demais setores da Secretaria de Saúde, evidenciando problemas na intrasetorialidade ao referir “o PSF está só”, constituindo-se em um sério problema à integralidade da assistência, como evidenciado em discursos anteriores. A fala revela ainda um outro problema, a falta de intersetorialidade, pelo entendimento que se tem de

que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor saúde. É necessário que as diferentes áreas se integrem comprometendo-se com as necessidades sociais e com os direitos dos cidadãos.

Acreditamos que as ações intersetoriais são determinantes para avanços em direção aos preceitos do SUS. Infelizmente, em Campina Grande, a intersetorialidade dá-se de forma incipiente como ressaltam alguns estudos, a exemplo de Martiniano (2004) e Farias (2005).

A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para minimizar os problemas sociais numa visão integrada desses problemas e de suas soluções dentro de um território. Junqueira (2001) destaca, como objetivo dessa prática, a otimização dos recursos escassos, encontrando soluções integradas, tendo em vista que a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma política social.

Todas estas dificuldades apontadas pelos profissionais relativas à gestão terminam por comprometer os princípios do SUS, ainda que o Programa seja apresentado como capaz de incorporá-los. O discurso do entrevistado abaixo é bastante significativo e resume boa parte dos problemas que os rodeiam:

Não adianta preparar unidades maravilhosas, né? E não ter a contra-referência, consultas especializadas que estão se amontoando e eles não dão resposta. A comunidade começa a criticar nosso trabalho aqui, mas pelas outras atenções que tem que ser dadas. Cadê a integralidade das ações? Cadê a resolutividade?  
(A.SOCIAL I – M, A/B)

Santos (2006), ao analisar a questão da integralidade no SUS, ressalta que, dentre outros problemas, as evasivas de governos inconseqüentes, que ainda que implantem estratégias inovadoras, tentam desprover de conteúdo político os direitos sociais, priorizando políticas que esvaziam a qualidade constitucional da saúde. Nesse sentido, o não cumprimento da integralidade tem se revelado um dos maiores problemas na assistência à saúde.

A forma como o Programa está organizado vem sendo alvo de muitas críticas, na medida em que a população apresenta resistência em compreender a proposta do trabalho (organização da demanda por agendamento e a adscrição por clientela) (MENDES, 2005). Essa falta de compreensão pôde ser constatada por nós quando da realização da pesquisa de campo, situação na qual pudemos presenciar não só a recusa e atendimento aos usuários que não estavam agendados para o dia, à exemplo da gestante que procurou atendimento no dia da puericultura, como também o caso da médica que dedicava um bom tempo a explicar para uma

usuária que não podia atender a sua filha, porque esta não estava cadastrada naquela Unidade, e sim em outra, no bairro vizinho.

Não podemos perder de vista que, além de outros motivos, a comunidade ainda é refém de uma prática hospitalocêntrica forjada há décadas, muitas vezes, acredita que o modelo curativo assistencialista apresenta-se mais resolutivo. Farias (2005), em seus estudos, destaca, ainda, ser necessário desmistificar a idéia de que todo o usuário é bem intencionado, pois, em alguns casos, buscam apenas a garantia de seu direito à saúde. Ressalta a autora:

Algumas vezes o usuário apresenta um compromisso exclusivo com a sua necessidade de saúde e desconsidera o fato de que os outros cidadãos devem gozar do mesmo direito. Alguns critérios utilizados na organização do serviço objetivam garantir o atendimento justo a todos os que buscam o atendimento. Organizar o atendimento por ordem de chegada, por gravidade do problema ou pelo nível de sofrimento apresentado, apesar de aparentemente fácil de justificar, muitas vezes é objeto de questionamento por parte de usuários (FARIAS, 2005, p.85).

Também observamos, durante a nossa pesquisa, a existência de demanda reprimida nas UBSF's. Entendemos que o excesso de famílias a serem atendidas leva a esta dificuldade, já que a proposta do PSF é trabalhar com agendamento não se constituindo pronto atendimento.

Em 1999, quando da realização do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, o médico cubano Felisberto Ares, fazendo referência à implantação do Programa Médico em Cuba, ressaltava:

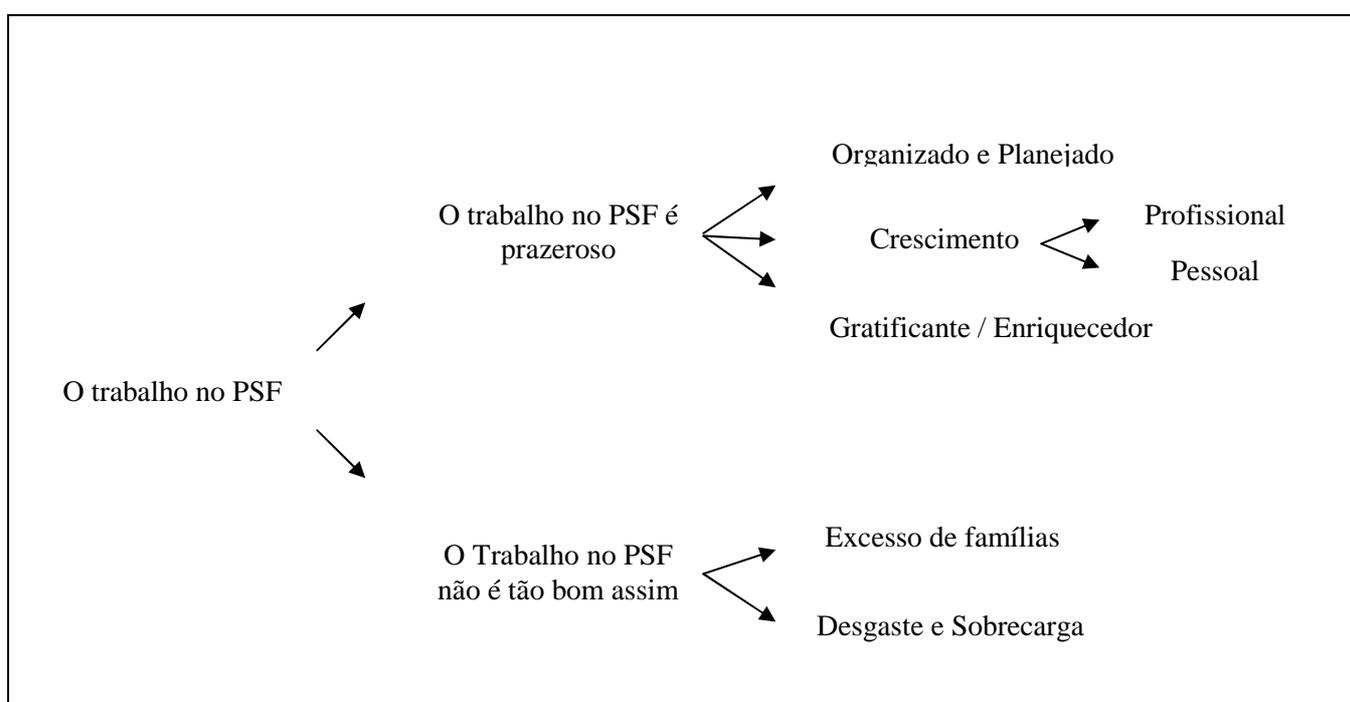
Muitas pessoas pensam que foi fácil em Cuba [a implantação do Programa Médico da Família] pelo socialismo, por Fidel Castro. Não foi (...) Tentar convencer, estabelecer um processo de discussão, de avaliação (...) tem que ser transferidos ao pessoal envolvido não só ao pessoal de saúde, mas aos usuários (...) a comunidade não entende o novo, porque está acostumada ao modelo antigo. Querem um atendimento imediato, mesmo que seja de baixa qualidade. Querem um pronto atendimento, não entendem que tem que ser referenciado, que tem que aguardar, quando o médico tem de levar mais tempo com um paciente (ARES, 1999, p. 88-89).

A análise das entrevistas apresentada até o momento nos leva a afirmar que instituir a estratégia do PSF como prática sanitária parece ainda constituir-se como grande desafio para os gestores, profissionais e demais setores sociais comprometidos com a efetivação desse projeto sanitário. Acreditamos que o avanço qualitativo dessa estratégia se tornará possível a partir de uma avaliação mais apropriada desse cotidiano, identificando problemas e revisitando conceitos com o intuito real de instrumentalizar as mudanças necessárias à implementação efetiva do modelo assistencial almejado.

## 4.2 O trabalho no PSF na representação de seus profissionais

Verificamos que alguns profissionais representam o trabalho no PSF como “gratificante/enriquecedor” e como um fator responsável por um “crescimento” pessoal e profissional. Por outro lado, constatamos que, para alguns entrevistados, trabalhar no PSF “não é tão bom assim”.

A figura 4.2 a seguir mostra, de maneira detalhada, as diferentes representações dos profissionais acerca do trabalho no PSF, as quais serão analisadas e discutidas logo em seguida.



**Figura 4.2** – Representações Sociais sobre o trabalho no PSF.

Durante a pesquisa, observamos grande entusiasmo por parte dos entrevistados em relação ao trabalho no PSF, na medida em que este é visto também como uma estratégia que proporciona um enriquecimento profissional e pessoal não oferecido por outros serviços. Esse enriquecimento parece estar intimamente ligado ao fato de que a estratégia Saúde da Família, como entendida pelos entrevistados, tem como meta a “humanização do serviço em saúde”, permitindo um contato mais próximo entre os profissionais e o usuário.

### 4.2.1 O trabalho no PSF é prazeroso

Ao representarem o trabalho no PSF os entrevistados o qualificam como prazeroso, assim para alguns entrevistados o trabalho no PSF é entendido como organizado e planejado, conforme nos revelam as representações abaixo.

O PSF de modo geral trabalha com o agendamento, há um planejamento. Você faz uma programação, faz um levantamento das necessidades, quais as doenças que prevalecem (...) aí a gente traça um plano de ação junto com esse plano de ação a gente trabalha com agendamento. Todo dia tem uma programação diferente, então de manhã pode ter atendimento geral que é para atender a demanda espontânea e à tarde, por exemplo, é puericultura, na terça de manhã gestante, à tarde Hipertensão e por aí vai (AE I – H, A).

O trabalho é bem organizado. A gente tem os grupos todo divididozinho, porque é um trabalho nosso, a gente resolveu fazer assim, tem toda uma divisãozinha, a gente divide grupo de aleitamento, grupo de puericultura, (...) é muito bom trabalhar com a estrutura de trabalho da gente, a forma como a gente faz (ACS II – M, C).

(...) tudo é agendado e planejado. Tem a planilha de palestras de atendimento, de atividade educativa, sabe? Há realmente o planejamento nada é feito de imediato (C.DENT II M, C/D).

De um modo geral, os profissionais entendem o PSF como um “programa organizado”, com objetivos e metas a seguir, o que nos remete novamente aos universos de pensamento, explicitados no capítulo I. Moscovici (2004) acredita que, nas sociedades contemporâneas, existe duas classes distintas de universo de pensamentos, que se inter-relacionam dialeticamente: os Universos Consensuais (UC) e os Universos Reificados (UR). Como já explicitado, nos UR circulam as ciências, a objetividade, o rigor lógico e metodológico. Aos Universos Consensuais correspondem as atividades do senso comum e as práticas interativas do dia a dia. De acordo com as falas dos entrevistados, observamos que os profissionais utilizam dialeticamente os dois universos de pensamento quando representam o Programa.

Franco e Merhy (2003, p. 110) chamam a atenção para o problema do alto grau de normatividade na implementação do PSF ressaltando que:

(...) o formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o Programa são regulados pelo Ministério da Saúde. O caráter prescritivo do PSF é exacerbado.

Da mesma forma, Capistrano (1999) critica a forma tradicional com que os profissionais vêm trabalhando na saúde. Segundo ele, o PSF deve evitar enfoques medicalizantes, psicologizantes ou sociologizantes das famílias e seus problemas. A proposta

do autor é o fortalecimento de organizações e entidades que já existam na comunidade, e não o seu recorte por patologias (hipertenso, diabético, etc.), e afirma que

Não é que estes grupos deixem de ser formados: eles o são na prática cotidiana e submetidos à lógica do atendimento, da consulta (seja médica ou de enfermagem etc), no âmbito das unidades de saúde. E são (...) muito úteis. O que não se deseja é inventar formas de organização social, inspiradas nos recortes já citados, artificiais. O programa [PSF], é, sobretudo os agentes comunitários, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado território, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações (CAPISTRANO, 1999, p. 94).

Embora haja normatizações no programa, os profissionais consideram que a população usuária, mesmo não tendo conhecimento teórico do que vem a ser esse novo modelo de atenção à saúde (PSF), reconhece a importância do mesmo reforçando o discurso de que ele se apresenta como bastante positivo, na medida em que proporciona segurança no atendimento multiprofissional ao usuário.

A maioria admira e valoriza a presença da equipe na comunidade, acha que é um trabalho totalmente diferente, principalmente de onde não tem PSF eles ficam comparando com outros Postos de Saúde (ACS II – M, D).

O Agente Comunitário de Saúde considera que a valorização do trabalho do PSF se consolida quando os membros da comunidade comparam a situação do seu bairro com a de outros, nos quais o PSF não está presente.

Para além das representações que destacam os benefícios do PSF para a população, os profissionais revelaram em suas falas representações que assinalam, como já ressaltamos, os benefícios desse trabalho na sua vida pessoal e profissional.

De acordo com as seqüências discursivas a seguir, trabalhar no PSF é compreendido como prazeroso/gratificante/enriquecedor, além de proporcionar um crescimento pessoal e profissional. Vejamos algumas destas representações:

Trabalhar no PSF de Campina Grande me proporcionou muitas melhoras, muitas melhoras como ser humano, como profissional, enriqueceu muito minha vida, né? Trabalhar com a comunidade (...) o PSF ele proporciona essa oportunidade a gente que em outros serviços não acontece, né? (C.DENT II – M, C/D).

Trabalhar no PSF está sendo a melhor e a maior experiência da minha vida profissional e pessoal (...) o trabalho em comunidade traz um engrandecimento incrível (...) eu melhorei muito como pessoa, eu aprendi muito com a comunidade. É fascinante esse trabalho, essa convivência (AE I – H, A).

Prazeroso, gratificante ele é. Fazer como uma usuária, ele tem substância, sabe? Ele resgata dentro da gente tudo de bom que a gente tinha, que a gente tem e que em nenhum espaço a gente conseguiu fazer isso (ENF II – M, C).

Os discursos da Dentista e do Auxiliar de Enfermagem reforçam a idéia de que o trabalho na comunidade é o maior responsável por esse amadurecimento pessoal/profissional, quando dizem que “o trabalho em comunidade traz um engrandecimento incrível”, “trabalhar com a comunidade enriqueceu muito minha vida”.

A enfermeira, por sua vez, ressalta o “prazer” e a “satisfação” que o trabalho no PSF proporciona. Quando se refere ao resgate do “tudo de bom que a gente tinha”, parece expressar o sentimento de frustração da não realização em trabalhos anteriores. Ela expressa que, no PSF, é possível experimentar a realização e um exercício profissional mais prazeroso. No PSF é ainda possível, para a entrevistada, o resgate do “bom” agora não mais no passado (“que a gente tinha”), mas que “a gente tem e que em nenhum espaço conseguimos fazer isto”.

Para um dos Assistentes Sociais, o enriquecimento se realiza através do trabalho com outros profissionais. Tal pensamento nos remete ao trabalho em equipe, cuja concretização exige a construção de novas relações entre os profissionais, como retratado no discurso abaixo.

Eu me encantei, né? (...) trabalhar em comunidade, trabalhar com PSF pra mim foi uma aprendizagem (...). É um trabalho enriquecedor pelo envolvimento com vários profissionais, trabalho de PSF para qualquer profissional é gratificante (A.SOCIAL I – M, A/B).

#### 4. 2. 2 Trabalhar no PSF não é tão bom assim

Ao mesmo tempo em que os profissionais consideram trabalhar no PSF uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, no decorrer da entrevista, alguns entrevistados destacam aspectos negativos, revelando que “trabalhar no PSF não é tão bom assim”. Os discursos passam a enfatizar as condições de trabalho no PSF. Esses aspectos são apresentados na fala abaixo transcrita.

A gente tem um número excessivo de famílias, apesar de não ultrapassar o que o Ministério recomenda, mas o ideal pra gente fazer um trabalho melhor seria que a gente tivesse um número reduzido, **pelo menos perto do mínimo!!** [Expressão de indignação] (...) a gente falha, mas, na grande maioria das vezes, é porque a gente tem uma demanda muito grande e a gente não consegue trabalhar como a gente gostaria (MED I – M, A).

O estabelecimento do número de famílias a serem atendidas pelas equipes de saúde nas UBSF's segue as recomendações do Ministério da Saúde que, de forma rígida, determina o mínimo de 600 e o máximo de 1000 famílias como já referimos. Particularmente no nosso estudo, as equipes do Monte Castelo I e II são responsáveis por 861 e 848 famílias de forma respectiva, enquanto que as equipes do Tambor I e II atendem 614 e 706 famílias, respectivamente. Ainda que o número de famílias das equipes analisadas não ultrapasse o recomendado, ele sobrecarrega as equipes e dificulta a dinâmica do trabalho, gerando ainda muita dificuldade para a operacionalização do Programa com qualidade.

A despeito das queixas dos profissionais, Farias (2005) ressalta que a determinação do elevado número de famílias proposto pelo Ministério da Saúde parece estar condicionada à necessidade de conciliar a ampliação da cobertura da estratégia, sobretudo nos grandes e médios municípios brasileiros, com a disponibilidade de recursos financeiros.

A referida autora ainda chama a atenção para o fato de que é extremamente difícil a realização das ações de assistência, prevenção, promoção e recuperação da saúde previstas para o Saúde da Família, com adscrição de mais de 700 famílias a uma equipe. Tal pensamento está presente no discurso da médica entrevistada quanto esta afirma que “pra gente fazer um trabalho seria melhor que a gente tivesse um número reduzido, pelo menos perto do mínimo”.

Ainda com relação ao número de famílias atendidas, Péret (2001, p. 184-185) constatou em sua pesquisa que os profissionais apresentam pontos de vista distintos no tocante a esta questão,

Para uns, seria estrategicamente importante ampliar o número de bairros a serem atendidos com o PSF (mesmo diante da sobrecarga de serviço referida). Para outros, seria preferível que fosse assegurado, antes de qualquer ampliação, uma melhor qualidade do trabalho, com a diminuição do número de família para cada equipe, o que significaria na prática, a ampliação do número de equipes já existentes em determinados bairros/localidades.

Ressaltamos que, apesar das diferenças de opinião, a preocupação de todos, na referida pesquisa, era com a consolidação da proposta no município que, na ocasião da pesquisa realizada pela autora, apresentava baixa cobertura populacional. Isto não significava, entretanto, que os profissionais não se preocupassem com a qualidade na expansão da estratégia.

O PSF de Campina Grande espelhou-se na experiência da cidade de Niterói (RJ) como já explicitado, através do projeto “Médico de Família”, baseado no modelo cubano de atenção

à saúde. É importante salientarmos, no entanto, que, no Programa “Médico da Família” cubano, cada equipe, formada por médico e enfermeiro, é responsável por um número de famílias que varia entre 120 e 140, perfazendo um total de, aproximadamente, 700 pessoas. No município de Niterói (RJ), cada equipe, formada por médico e auxiliar de enfermagem, atende em média 200 a 250 famílias, o que equivale a aproximadamente 1200 pessoas (PÉRET, 2001).

A autora ressalta ainda que tanto Niterói como Cuba apresentam indicadores sociais semelhantes a países desenvolvidos. A definição do número de famílias na maioria dos municípios brasileiros, a exemplo de Campina Grande, não tem levado em conta as condições de território (epidemiológicas, áreas de risco etc), pressupondo um possível comprometimento da qualidade dos serviços prestados em comparação às experiências citadas<sup>21</sup>.

Outro fator negativo que se sobressai nas Representações Sociais sobre o trabalho no PSF, segundo os entrevistados, é a sobrecarga de trabalho. Nesse sentido, o PSF foi concebido pela maioria dos entrevistados como um programa em que os profissionais trabalham muito e não são bem remunerados. Alguns profissionais centraram sua análise na figura do médico, evidenciando a relevância desse profissional. Vejamos os discursos abaixo:

Eles trabalham muito (...) é uma carga muito grande, prá médico principalmente. Eles ficam sobrecarregados e não é reconhecido em termos de pagamento, porque lá fora eles ganham mais (...) eles trabalham por amor mesmo (ACS II – M, C).

Há um desgaste dos profissionais, por isso eles vão em busca de algo melhor. Um exemplo a gente teve há pouco tempo, a nossa colega médica que saiu. Fez um concurso federal onde ia trabalhar menos, aliás, ela trabalha menos e ganha mais (AE, II – M, D).

Ressaltamos que os profissionais atuantes no Programa têm uma carga horária de 40 horas semanais, sendo os salários diferenciados por categoria<sup>22</sup>.

O Agente Comunitário de Saúde reforça ainda em seu discurso a idéia de que, apesar de não serem reconhecidos, os médicos “trabalham por amor”, sugerindo ser esta a principal razão do profissional aderir à filosofia do Programa. Interessante observar o registro, por parte

---

<sup>21</sup> Em recente publicação intitulada “Teses e Planos de Ação” - 2005-2007, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, reconhece dentre inúmeros problemas na conformação do modelo assistencial à saúde, a relação população/profissionais inadequada, com excesso de população adscrita para cada equipe do PSF (3500 a 4000 pessoas por equipe) (CONASEMS, 2006).

<sup>22</sup> Como já salientamos, enquanto um médico recebe aproximadamente R\$ 5.000,00, os outros profissionais de saúde de nível superior podem chegar a R\$ 2.000,00, de acordo com o último edital do concurso público realizado em 2006. Com relação aos profissionais de nível médio (ACD e Auxiliares de Enfermagem), a remuneração cai para aproximadamente R\$ 900,00. Por fim, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), recebem em torno de R\$ 350,00.

de alguns entrevistados, de uma preocupação na defesa do médico, fato este que nos leva a supor que isto se dá pelo fato de este profissional ocupar um papel hierarquicamente superior no imaginário coletivo.

Por outro lado, a Auxiliar de Enfermagem justifica a saída do profissional médico da equipe por ter este se submetido a um concurso público e ter garantido um novo emprego no qual o vínculo empregatício é mais estável, a carga horária é reduzida e o salário é superior ao recebido no PSF. Esse discurso evidencia que o componente salarial parece ser determinante no tocante à permanência dos profissionais no Programa. Tal pensamento é corroborado pelas falas de outros profissionais.

O PSF de Campina Grande é muito cobrado, o profissional é super cobrado de horário, né? Não tem folga, não tem nada, enquanto que nos municípios vizinhos tem um dia de folga e paga às vezes o dobro (pausa) é um atrativo, né? (MED II – M, C).

A gente sabe que o salário do Assistente Social no PSF ele é interessante, mas pra outros profissionais esse salário pra 40 horas não é interessante. Principalmente a questão do médico que sempre ganha bastante, né? [...] um médico dando alguns plantões tem um salário bem acima do que se ganha trabalhando 40 horas no PSF [...] então pra eles não é interessante (A.SOCIAL I – M, A/B).

O discurso do Assistente Social também reforça essa hegemonia médica ainda presente nos serviços de saúde, o que assegura ao profissional médico um tom e status diferenciado sobre as demais categorias profissionais de nível superior. Essa hegemonia médica se revela em diversos aspectos, dentre estes, através da melhor remuneração pelos seus serviços. Embora não tenha aparecido críticas a esse tratamento diferenciado, acreditamos, entretanto, não ser consenso no PSF a aceitação do diferencial salarial. Como exemplo, em sua pesquisa, Péret (2001) identificou, na fala de uma Enfermeira, insatisfação com a diferença salarial entre os profissionais do PSF de Campina Grande. Assim se expressa a entrevistada:

Há assim um pensamento muito forte de que se o enfermeiro ganhar igual ao médico, este vai se sentir muito desvalorizado. E isto é um discurso assim muito entre linhas. Às vezes, ele não é muito explícito. Nos hospitais, as diferenças elas são mais claras. No PSF, como tem essa coisa que todo mundo é muito cabeça [gíria], este discurso não é claro. Mas ele existe, muito forte! Isto dificulta a negociação na Secretaria. Se os colegas da gente não estão sensibilizados para isto, o Secretário então, como vamos conseguir sensibilizar? Vai ser difícil! (PÉRET, 2001, p. 152).

Consideramos que uma prática coletiva pronunciada oficialmente diferenciada deveria levar em conta a isonomia salarial como um dos elementos da horizontalidade das relações

interprofissionais. Observamos claramente, nos discursos, acima insatisfação dos profissionais com relação aos salários e a carga horária exigida pelo Programa.

Os ACS foram uníssimos em reclamar da sobrecarga de trabalho e dos baixos salários. Suas falas podem ser representadas pelo discurso da ACS a seguir:

O salário do Agente de Saúde é um absurdo, né? A gente morre de trabalhar, leva sol, leva chuva, a gente não tem protetor solar. (...) Eles pagam muito pouco pelo que se trabalha, trabalha muito mesmo (ACS II – M, D).

Salientamos ainda que, nos discursos a seguir, os profissionais, especificamente a categoria dos Enfermeiros e dos Auxiliares de Enfermagem, representam o trabalho no PSF como cansativo e como sobrecarga.

O auxiliar ele não tem uma delimitação de número de atendimentos, enquanto um médico, um enfermeiro, por exemplo, atende em média 20 pessoas cada turno, nós atendemos 40 no mínimo, porque os 20 do médico e os 20 do enfermeiro tem que passar por a gente, sem falar das vacinas, dos curativos, das medicações (...) então é um acúmulo muito grande, todo auxiliar do PSF ele cansa (AE I – H, A).

A enfermeira dentro de um PSF ela é responsável pela comunidade, pelo ACS e pela parte administrativa do posto, né? Então, isso tudo cai em cima da enfermeira. Ela têm três campos de atuação dentro do PSF, no mínimo (...) a gente senta aqui no bureau, começa a atender e quando termina já é 11:00h, 11:30h já é hora de sair pra daqui a pouco voltar a trabalhar, então isso dá uma sobrecarga (ENF I – M, B).

Em suas falas, os Auxiliares de Enfermagem, além de enfatizarem as inúmeras atividades pelas quais são responsáveis no Programa, estabelecem comparações com outros serviços, em que a função/papel do auxiliar é restrita a ações curativas.

Ainda é possível constatar, nos discursos desses profissionais, um sentimento de injustiça/indignação, ao mencionarem que não há uma delimitação do número de atendimentos “um médico, um enfermeiro, por exemplo, atende em média vinte pessoas em cada turno, nós atendemos quarenta no mínimo, porque os vinte do médico e os vinte do enfermeiro têm que passar por a gente”.

Destacamos que, nos últimos anos, a enfermagem vem buscando construir um saber e uma prática diferentes daqueles tradicionalmente exercidos nas instituições hospitalares. Com a implantação do PSF, a enfermagem se traduz na busca de um maior compromisso social.

De um modo geral, observamos que a sobrecarga de trabalho se apresenta no discurso de todos os profissionais o que conduz a uma reflexão sobre a necessária organização/reorganização do trabalho nessa estratégia, de forma a garantir melhor condição

de trabalho. Especificamente no caso dos Cirurgiões Dentistas e Assistentes Sociais, a sobrecarga de trabalho se acentua uma vez que estes têm, sob sua responsabilidade, duas ou mais equipes de trabalho.

Farias (2005), em seu estudo sobre vivências de sofrimento e prazer no trabalho no PSF, ressalta que, na ausência de condições físicas, psicossensoriais e cognitivas para realização da tarefa, o trabalhador se vê na contingência de readequar a organização do trabalho descumprindo a sua prescrição.

Concordamos com Farias (2005) ao afirmar que o trabalho no PSF encanta os profissionais quando propõe uma nova forma de organização do cuidado em saúde, ampliando o campo de prática dos trabalhadores e possibilitando a reconstrução de identidades profissionais. Entretanto, como adverte a autora, esse mesmo trabalho vem produzindo sofrimento, determinado em grande parte pelas condições precárias de trabalho.

Cabe ainda assinalar que como já mencionado no capítulo II, durante a coleta de dados fomos surpreendidos pela realização de um concurso público para preenchimento de vagas no PSF e na rede municipal. Constatamos nos discursos que este acontecimento foi determinante para o agravamento do mencionado quadro de descontentamento, pela forma como foi realizado o processo.

O momento é angustiante, os profissionais estão todos angustiados com a situação. Isso de certa forma repassa para a comunidade. Falta ânimo para a gente fazer palestra como se fazia antes. Sabe aquela fortaleza que tinha dentro da gente, assim de procurar fazer o melhor pela comunidade, falta ânimo, porque a gente tá numa situação assim... Nós estamos fragilizados, né? (A.SOCIAL I-M, A/B).

A gente tá muito sensível. É como se a gente estivesse se estranhando. Por quê? Porque o limiar de stress tá muito grande (pausa) esse processo de sair de um empregador e passar para outro mexe com a sua cabeça. Tem dias que você chega aqui, não dormiu bem, passou a noite rolando na cama, isso tá acontecendo com muitos aqui. (MED I – M, A).

A história do concurso complicou, né? Interfere muito no bem-estar, né? O psicológico tá meio perturbado. Tá perturbado porque você tem a preocupação em passar. Eu vou acabar o meu trabalho de três anos, cinco anos, de oito anos, de dez anos, como é que eu vou ser avaliado? Uma prova? Um trabalho de dez anos pode ser avaliado? (AE I-H, A).

A Assistente Social sugere, em seu discurso, que os profissionais estavam com dificuldades em realizar suas atividades, sinalizando para a falta de ânimo/coragem do grupo. Observamos, além disso, uma preocupação de que esse estado de ânimo possa interferir no atendimento à comunidade. O discurso do Médico deixa implícito possíveis conflitos entre os profissionais ao dizer: “é como se a gente estivesse se estranhando”.

Para a Auxiliar de Enfermagem, o concurso complicou a vida dos profissionais na medida em que eles têm a preocupação de obterem êxito, deixando transparecer um sentimento de indignação e revolta quando questiona os critérios da seleção: “Como é que eu vou ser avaliado? Uma prova? Um trabalho de dez anos pode ser avaliado?”

Durante nossas observações, presenciamos momentos/situações em que os profissionais se angustiaram muito, a exemplo da mudança da data para a realização do concurso, dúvidas com relação ao tipo de prova, aproveitamento do tempo já trabalhado para pontuação, dentre outros aspectos.

Entendemos que a condução do PSF, não só na esfera da gestão municipal, mas também no nível nacional, vem concorrendo para limitar a efetivação do Programa, principalmente no que se refere à organização do sistema de referência e contra-referência, à ausência de ações intersetoriais, e à falta da integralidade na assistência à saúde sugerindo que há uma dissonância entre a proposta do programa e as diretrizes do Ministério da Saúde. Nesse sentido, é imperativo que haja o enfrentamento dos problemas para que esta estratégia não se perca no tempo, tendendo para um crescimento apenas quantitativo como parece vir ocorrendo no município de Campina Grande.

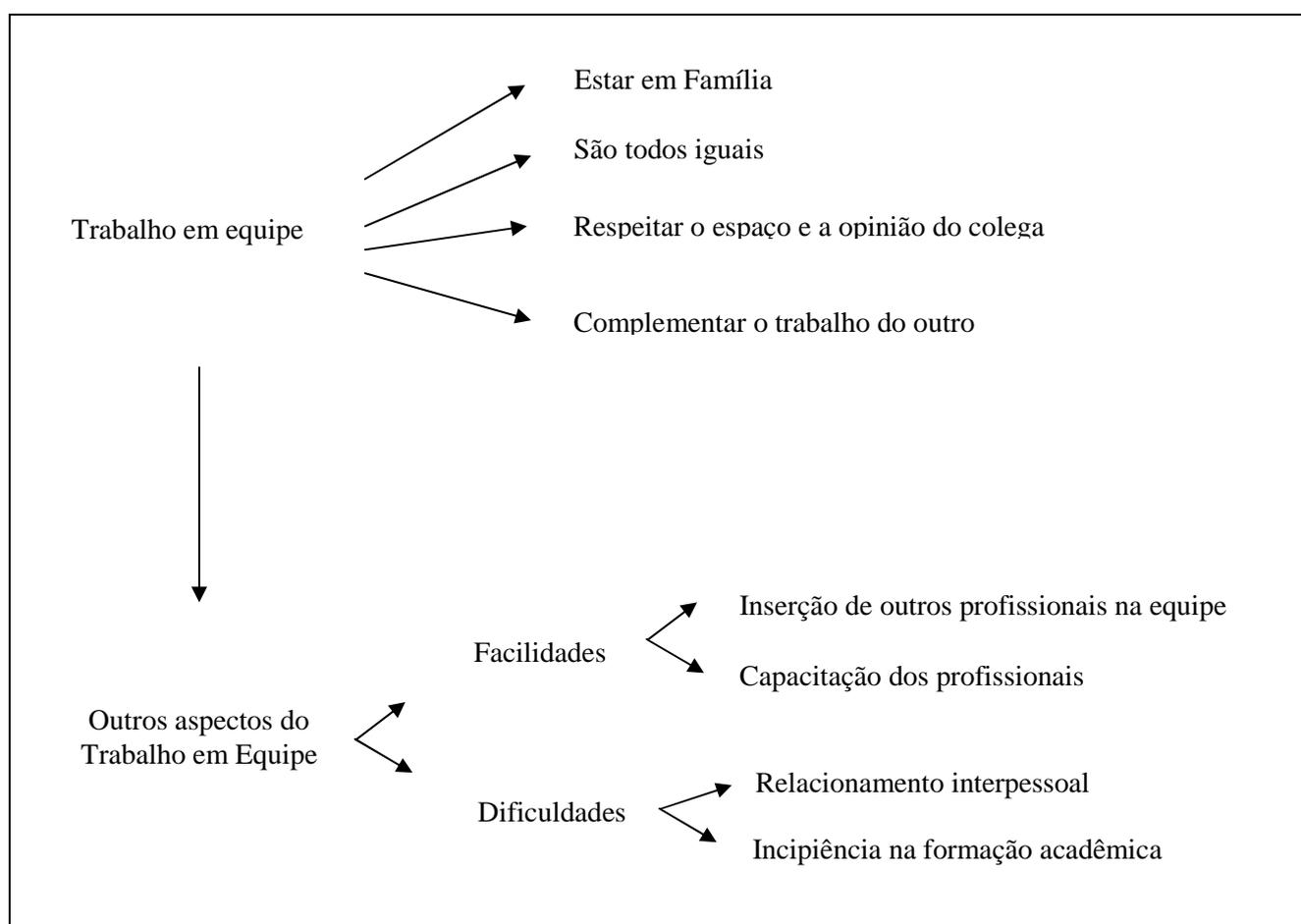


## CAPÍTULO 5

Representações Sociais dos Profissionais sobre  
o Trabalho em Equipe e o Trabalho  
Interdisciplinar

O presente capítulo desdobra-se em dois tópicos: no primeiro, abordaremos as Representações Sociais elaboradas pelos nossos entrevistados sobre o trabalho em equipe, enfatizando as facilidades e dificuldades em trabalhar em equipe. No segundo, apresentaremos as representações elaboradas sobre trabalho interdisciplinar.

No que se refere ao trabalho em equipe, constatamos que as Representações Sociais dos profissionais, em sua grande maioria, evidenciam um componente valorativo. Para alguns, o trabalho em equipe é “estar em família”, para outros, “é respeitar o colega” e ainda há aqueles que representam o trabalho em equipe como “complemento”. Na figura abaixo, sintetizamos essas representações para, logo em seguida, analisá-las e discuti-las.



**Figura 5.1** – Representações sociais do trabalho em equipe.

## 5.1. O Trabalho em equipe na fala dos profissionais

### 5.1.1 Trabalhar em equipe “é como estar em família”

Durante as entrevistas realizadas, aparece de forma enfática, somente na fala de alguns profissionais de nível médio (ACS, ACD e Auxiliar de Enfermagem), a representação do trabalho em equipe como “estar em família”. Destacamos algumas seqüências discursivas que ilustram tais representações:

Trabalho em equipe é um conjunto de pessoas que trabalham num só propósito, uma dependendo da outra como se fosse assim, uma família, uma família profissional (ACS I – M, A).

Trabalho em equipe é como estar em casa, em família. Acho que é isso (ACD I – M, A/B).

O estar em família, de forma expressiva, aparece associado a sentimentos de “harmonia”, “amizade” e “sinceridade”.

Em outras entrevistas, há uma idealização dessa harmonia existente não só entre os membros de uma equipe de trabalho, como também entre os membros da própria entidade familiar. Os discursos sinalizam para uma representação romântica e utópica da família quando desconsideram, em suas falas, as heterogeneidades, os conflitos existentes nos dois contextos: família e trabalho. Vejamos:

O trabalho em equipe é como se fosse trabalhar em família, resgatando o pleno sentido de família, é um trabalho harmonioso é um trabalho de amizade aonde existe verdade, onde existe sinceridade. Eu sempre digo aqui é muito especial, se você me perguntar como foi? Foi tudo muito casual, né? As escolhas das pessoas que vieram pra cá foram casuais, a gente assim ninguém se conhecia, mas foi uma coisa de empatia de cara e essa empatia se transformou numa grande e profunda amizade [...] (AE I – H, A).

Pra mim, trabalho em equipe é trabalhar assim (...) numa família. Eu considero pra mim que eu esteja aqui como se fosse numa família (...) eu passo meu tempo todo aqui, eu considero assim pra tudo, né? É como se fosse uma família, uma harmonia (ACS II – M, D).

Verificamos, nos discursos em análise, que os profissionais vêem o ambiente familiar como cenário onde se evidencia harmonia/sinceridade/amizade e consideram que este ambiente acolhedor é vivenciado também no local de trabalho, sugerindo ausência de conflitos.

Recorrendo à Teoria das Representações Sociais, nos deparamos com o seu processo de formação, isto é, o processo de objetivação e o de ancoragem, como já explicitado no capítulo I. O primeiro em linhas gerais, é entendido como tornar concreto o que é abstrato. O segundo, por sua vez, consiste em incorporar o estranho e o novo ao sistema de pensamento preexistente (MOSCOVICI, 2004). Em outras palavras, ancorar é encaixar o não familiar via processo de classificação.

Assim, supomos que os profissionais recorreram a concepção que tinham de família (conhecimento pré-existente) para construir a representação do trabalho em equipe (conhecimento novo, estranho). Ou seja, a construção deste novo conhecimento foi ancorado pelos profissionais na posição/classificação de família.

### 5.1.2 “No trabalho em equipe todos são iguais”

Outros entrevistados representam o trabalho em equipe como um trabalho no qual há igualdade. Vejamos a fala a seguir:

No trabalho em equipe a gente tudo se combina, a gente não tem assim diferença, considera todas as pessoas iguais, porque tanto faz a assistente social como a médica, o vigia tudo são igual pra gente, não tem diferença, é tudo igual (ACS II – M, D).

A entrevistada revela, em seu discurso, uma homogeneidade entre as categorias profissionais presentes nas equipes do Saúde da Família, ao dizer que “tanto faz a assistente social, como a médica, o vigia tudo são igual. Prá gente não tem diferença, é tudo igual”. A mesma representação está presente na fala a seguir:

Na nossa equipe eu sempre senti muito respeito (pausa) a auxiliar de serviços gerais, eu não vejo ninguém discriminar ela, pelo contrário, eu vejo todo mundo tratar ela com muito carinho e valorizar o trabalho dela [...] por que eu me sinto bem dentro do PSF? Justamente por isso. Não sei mais do que os outros, nem os outros sabem mais que eu (AE II – M, C).

O discurso da Auxiliar de Enfermagem parece revelar uma concepção liberal de igualdade. A entrevistada denuncia também o preconceito da parte de alguns profissionais com as categorias de menor qualificação profissional em algum outro contexto de trabalho

(não referido). A entrevistada, entretanto, não identifica se já vivenciou alguma situação discriminatória.

Essas representações nos conduzem a duas reflexões. A primeira fala remete-nos à idealização da equipe enquanto espaço de aceitação dos pares e a não existência de diferenças, ou seja, “todas as pessoas são iguais”, reafirmando a ausência de conflitos. No entanto, verificamos representações que expressaram a existência de momentos de conflitos entre as equipes, como veremos mais adiante. O cotidiano desses profissionais, observados durante o trabalho de campo, deixava transparecer “diferenças” e conflitos marcadas pelas relações de poder, saberes e decisões.

A representação de trabalho em equipe como igualdade entre os membros é exacerbada, quando desconsidera as diferenças. O “valer mais do que o outro” confunde-se com o “saber mais do que o outro”, que, a nosso ver, no último caso, não representa nenhuma subalternidade na relação, sendo inclusive um componente importante no trabalho interdisciplinar, que pressupõe as especificidades do conhecimento profissional.

Para Demo (1997, p. 120), “a riqueza do grupo advém de dois pontos essenciais: da competência especializada de cada um e da capacidade de aprender juntos”.

Vale sublinhar ainda que alguns profissionais entrevistados não se sentem pertencentes à equipe. Assim, a idéia de homogeneidade e de igualdade não está presente nas representações de todos os ACS's. Nos discursos a seguir, por exemplo, os mesmos demonstram não se sentirem como membros da equipe, da “família profissional”. Vejamos como se expressam:

[...] a gente nunca participou dessas reuniões [na Secretaria de Saúde] com médico, enfermeiro e auxiliar. Muitas das minhas colegas, e acho que até mesmo eu, se sente como se não fosse da equipe do PSF. Eles falam que PSF é médico, enfermeiro, auxiliar, aí tem o assistente social e tem agente comunitário, mas a gente vê que na realidade muitos não se sentem que realmente é do PSF, porque quando tem essas reuniões a gente não participa. Os agentes nunca vão (ACS II – M, D).

Em palavras, ACS é a estrutura de tudo [pausa] ACS é a raiz, é alicerce, é a base, mas às vezes na prática é o pequenininho. ACS é equipe só na hora das obrigações, atribuições, na hora de se reunir. Equipe é aquela hierarquia médico, enfermeiro, auxiliar, assistente social. ACS deixou de ser equipe. Sabe aquelas reuniões [na Secretaria de Saúde] são fechadas, ACS não participa [...] nos tratam e respeitam muito bem, agora em determinadas situações é que faz com que o ACS se sinta por fora da equipe (ACS I – M, A).

Outro Agente Comunitário de Saúde é mais enfático, ao afirmar que, de fato, os Agentes Comunitários não fazem parte da equipe:

Eu acho que os agentes de saúde é uma parte e a equipe daqui é outra. A equipe pra mim do PSF é um médico, uma enfermeira, e um auxiliar. Os agentes de saúde eu acho que eles são equipe e eu acho que a gente não faça parte da equipe do PSF, não. Eu acho que a gente faz parte dos agentes de saúde (ACS I – M, B).

As falas dos ACS's demonstram, de modo geral, ressentimento e conflitos. Revelam ainda sentirem-se discriminados por outros profissionais. Como observou Péret (2001, p. 162), os Agentes Comunitários parecem viver, dentro do lugar ocupado na hierarquia institucional um duplo sentimento “de cordialidade versus antagonismo. Buscam convencer-se, da existência de relações familiares e fraternais no interior da Unidade Saúde da Família”. A autora ainda adverte que esta situação:

[...] pode silenciar muitas vezes as contradições e conflitos de classes. O discurso que predomina é de que **todos ajudam a todos** numa espécie de **cumplicidade** gerada pela “intimidade” e pelos objetivos comuns. De fato, ocupados na emergência de seus trabalhos cotidianos, sem aperceberem-se muitas vezes da introjeção dos modelos hegemônicos que lhe foram impostos, pressupomos a possibilidade de estabelecer-se um ensurdecimento nas relações, obstaculizando a possibilidade destes trabalhadores/profissionais ouvirem-se uns aos outros (PÉRET, op. cit., p. 162. Grifos da autora).

### 5. 1. 3 Trabalhar em equipe “é respeitar o espaço e a opinião do colega”

Ainda diante da pergunta “o que você entende por trabalho em equipe?”, alguns profissionais disseram que trabalhar em equipe é respeitar o espaço e a opinião do colega. Vejamos os discursos abaixo:

É você desenvolver as suas atividades compreendendo e respeitando o espaço do seu colega [...] O alicerce do trabalho de equipe é você respeitar o espaço do seu colega (ENF II – M, C).

Trabalhar em equipe é você trabalhar respeitando as opiniões dos outros [...] é você, em primeiro lugar, respeitar o outro, é você ver o outro que está do seu lado e trabalhar em conjunto, respeitando, dando sua opinião, dando suas sugestões e o consenso a equipe que decide o que é melhor (A.SOCIAL II – M, C/D).

Os discursos acima sinalizam para o processo de decisão democrática no trabalho em equipe, caracterizado pela consideração e respeito das opiniões dos membros do grupo, conforme destaca a Assistente Social, ao falar que “trabalhar em equipe é você trabalhar respeitando as opiniões dos outros”.

Verificamos, no entanto, que outro entrevistado se pronuncia diferentemente, denunciando, em alguns momentos, a falta de “respeito”.

No trabalho em equipe às vezes tem pessoas que não entende seu trabalho, que não aceita seu modo de trabalho, que não pensa como você [...] que não respeita as suas decisões [...] (ACD I – M, A/B).

#### 5.1.4 Trabalhar em equipe “é complementar o trabalho do outro”.

Os profissionais também entendem o trabalho em equipe como complemento:

[silêncio] trabalho em equipe é [pausa] trabalho mútuo, né? O trabalho de uma pessoa complementa o trabalho da outra, eu não posso trabalhar isoladamente, querendo resolver tudo sozinha, meu trabalho se complementa com o de G... [enfermeira] o de G... se complementa com o meu, entendeu? Isso é um trabalho em equipe (MED II – M, C).

Trabalhar em equipe é justamente isso, é superar as diferenças entre categorias sem que esteja [...] a gente não está competindo, trabalhar em equipe é contribuir também, é isso, não é competição, é complemento, né? A médica só vai atender um paciente porque ele passou pela auxiliar, a auxiliar só vai atender aquele paciente, só vai chegar à unidade, por que o agente já referenciou, então, o trabalho em equipe é isso (AE II – M, C).

Trabalho em equipe é você trabalhar não de uma forma isolada, você trabalhar com o outro, assim, cada um dando sua contribuição, lógico cada um respeitando a especialidade do outro, mas um complementando a ação do outro e nunca fazendo aquela coisa isolada [...] (A.SOCIAL I – M, A/B).

De acordo com os relatos transcritos e as nossas observações, os profissionais, no intuito de oferecer um serviço de maior qualidade aos usuários, procuram os demais membros da equipe, para trocar experiências. É possível perceber nos discursos um esforço, por parte dos profissionais, em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções técnicas que executam, fato este que consideramos um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação do conhecimento verificada no interior do trabalho em saúde.

Observamos, nas falas dos profissionais, um reconhecimento e uma valorização do saber do outro profissional, sugerindo uma relação horizontal dentro da equipe, ainda que os entrevistados não expressem bem o conceito do trabalho em equipe e suas variantes (multidisciplinar, pluridisciplinar e interdisciplinar).

Nessa representação do trabalho em equipe, a complementação também é associada à ajuda.

Trabalho em equipe é isso, de um profissional ajudar o outro, a gente não tá só naquele problema, a responsabilidade não fica só numa pessoa [...] um ajuda o outro (ACS I – M, A).

Trabalho em equipe é bom demais [...] porque você não pensa só, você não tem aquela responsabilidade sozinha, tem sempre alguém para lhe ajudar, então a gente nunca tá só [...] Se você tá passando por um problema, tá a equipe ali todinha pra lhe dar a mão, para lhe ajudar [...] Então, trabalho em equipe é isso, é um pouquinho de cada um, o suorzinho de cada um, um tiquinho de cada um, sempre ajudando um ao outro (ACS II – M, C).

Os discursos acima ressaltam a importância da ajuda no que diz respeito à divisão de tarefas, na medida em que sempre se pode contar com a ajuda do outro profissional na resolução de problemas. Nogueira (2000) aponta a inter-relação pessoal no trabalho em saúde como necessária, chegando a colocá-la como decisiva para a eficácia das práticas. Nesses relatos, percebemos ainda que a cooperação entre os profissionais é praticada e valorizada, o que influencia favoravelmente o estabelecimento de relações.

Nesse sentido, há quem enfatize a dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade/cumplicidade e camaradagem no trabalho em equipe.

É cada um fazer a sua parte, assim cada um tem que fazer o seu trabalho, mas nunca deixar de quando o outro precisar poder ajudar, né? Minha equipe é a primeira, mas sempre que eu chego e uma precisa de mim eu ajudo. Eu acho que equipe é isso, é um precisar do outro, o outro tá ali, na falta de um o outro ajudar, o outro cobrir, que acontece de um adoecer, um faltar e aí o outro tá ali pra dar uma força, eu acho que é isso [...] (ACS II – M, C).

Entretanto, vale destacar que a ajuda transforma-se numa simples atividade de substituição de profissionais, não havendo espaço para trocas substantivas. Tal constatação sugere que, para os profissionais entrevistados, o ato de ajudar não significa fazer *com o outro*, mas *sim fazer para o outro*, como também tivemos oportunidade de observar durante o trabalho de campo, em que um profissional substituíva (ajudava) um outro, na condição de em um outro momento ser “ajudado”.

Apesar de os profissionais acima enfatizarem a importância da ajuda/colaboração no trabalho em equipe, curiosamente aparece no discurso de outro entrevistado certo descontentamento/desapontamento com relação a não ajuda/colaboração de alguns profissionais do grupo. Vejamos a seqüência a seguir:

Tem uns que não colabora, não ajuda o colega, por exemplo, agora a gente tá vivendo esse momento [*concurso*], todo mundo tendo que se desdobrar, [estudar e trabalhar] tem pessoas que querem entrar de férias [...] eu tenho umas férias pra tirar,

mas vejo que não é o momento de eu tirar, porque se eu tirar férias pra resolver os meus problemas eu vou deixar aqui as colegas sobrecarregadas (MED, II – M, C)

Verificamos também que, nas representações ora em estudo, prevalece uma compreensão restrita do que seja trabalho em equipe, sendo este praticamente equiparado ao trabalho multiprofissional. Dessa forma há quem afirme:

Porque o auxiliar de enfermagem ele é muito sobrecarregado dentro da equipe do PSF (...) quem faz a triagem é o auxiliar de enfermagem, é ele quem distribui medicação; se tiver vacina, o auxiliar é quem faz, se tiver curativo (...) eu acho assim dentro da equipe do PSF nós somos multiprofissionais, então é muito cansativo. Você se doa demais e você paga as contas do serviço, porque chega num posto de saúde [tradicional] o auxiliar é só fazer vacina, então o auxiliar de enfermagem [no PSF] é só isso, aqui não (AE II – M, C).

É importante assinalar que o entrevistado apresenta um conceito equivocado do que seja multiprofissional. De acordo com Souza e Mourão (2002, p. 38), “multiprofissional é o trabalho realizado por um conjunto de profissionais que se dispõe a efetivar uma prática, mas que não estabelece a dimensão e significado de se trabalhar em grupo, ou de assimilar uma adequada metodologia”.

Ainda segundo as autoras, o “trabalho em equipe deve estar voltado para o sentido da complementaridade da relação profissões/disciplinas, situado dentro de uma conjuntura própria em atendimento a um projeto determinado” (SOUZA; MOURÃO, 2002, p. 35).

## **5.2 Representando Facilidades e Dificuldades no Trabalho em Equipe**

### **5.2.1 Facilidades no Trabalho em Equipe**

#### **5.2.1.1 Inserção de Outros Profissionais na Equipe**

Com relação à nossa pesquisa, verificamos ainda que, além da equipe mínima, os entrevistados mencionaram que a presença de outros profissionais na equipe, além de facilitar o trabalho, traz mais resolutividade à assistência aos usuários. Vejamos os discursos abaixo:

[...] eu sou uma das defensoras que a gente precisa de outros profissionais [...], a gente sabe como é importante o assistente social na equipe [...], até diria também o

psicólogo, fisioterapeuta, se tiver na equipe com certeza, o trabalho teria mais resolutividade (ENF I – M, B).

Acho importante o assistente social. Há a necessidade também do psicólogo, porque além das questões de saúde mental, tem tantas outras doenças que as pessoas adquirem por um problema emocional [...]. Então, assim, seria muito interessante esta visão (A.SOCIAL I – M, A/B).

Para a Assistente Social, a necessidade de inserção de outros profissionais na equipe justifica-se pelas limitações dos profissionais integrantes da equipe mínima quando se deparam com questões que fogem às suas competências e habilidades.

Tal pensamento é corroborado por Lara (2005) em seu trabalho acerca da percepção dos profissionais do Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho. A referida autora afirma que, apesar de os profissionais possuírem especializações e capacitações, existem fatos que ultrapassam os limites dos profissionais que fazem parte das equipes.

A Assistente Social ressalta, ainda que superficialmente, a importância do trabalho interdisciplinar, ao afirmar que “seria interessante ter outras visões”.

Vale destacar também que, para outros entrevistados, a presença do Psicólogo é vista como necessária para o desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF. Vejamos as falas a seguir:

Psicólogo é importantíssimo, a gente precisa de um psicólogo (C.DENT I – M, A/B).

Eu acho que o psicólogo deveria tá inserido como membro que fizesse parte direto do PSF (...) porque as pessoas vêm até nem porque tá doente, às vezes, quer um conselho, uma palavra amiga, quer desabafar, né? Às vezes, a gente dá uma de psicólogo (risos) seria bom contar com o psicólogo na equipe (MED II – M, C).

Psicólogo eu acho fundamental, porque as pessoas são muito carentes de palavra, precisa de uma pessoa pra ajudar, conversar, é muito problema (...) eu acho que o psicólogo ia ajudar muito (ACS II – M, C).

É interessante ressaltar que a atuação do Psicólogo numa equipe de Saúde da Família não deve limitar-se à conversa, ao aconselhamento. Segundo Spink (2003), a função do psicólogo no PSF deve ser centrada numa perspectiva coletiva, contribuindo para a transformação das práticas em saúde.

Para Brandão; Bonfim (1999), o foco de sua atuação é o sofrimento ético, político e cultural das pessoas, as crises individuais e relacionais, o enfrentamento de suas dificuldades, suscitando a sua autonomia e co-responsabilidade com vistas à qualidade de vida.

Neste sentido, a questão da importância e da necessidade da presença de outros profissionais na equipe, aparece em outro discurso. Vejamos:

Seria interessante se a gente tivesse um profissional prá cuidar do profissional que cuida do outro (...) a gente também precisa de ajuda e também precisa de cuidado (AE II – M, D).

Apesar de o entrevistado acima não identificar qual o profissional seria importante na equipe, pressupomos pelo fragmento: “se a gente tivesse um profissional prá cuidar do profissional que cuida do outro”, se tratar do psicólogo, reiterando assim os discursos anteriores, reforçando ainda a problemática das condições de trabalho do PSF.

Supomos que a ênfase dada à necessidade do profissional de psicologia na equipe do PSF pode ter sido influenciada pelo fato de a pesquisadora ser psicóloga.

Por outro lado, vale ressaltar que, durante o período que estivemos em campo, foi possível observar que os profissionais mostravam-se impotentes diante de determinados tipos de problema, principalmente daqueles de natureza social.

É preciso esclarecer que a inclusão do Psicólogo na equipe do PSF não deve caracterizar o entendimento de que o Médico apenas diagnostica e trata, o Enfermeiro apenas organiza, o Assistente Social apenas atende as causas sociais e só o Psicólogo cuida das causas emocionais. A sensibilidade para o social, a preocupação com a promoção da saúde, a intersetorialidade e o controle social precisam estar na agenda de toda a equipe de saúde. É necessário, como destaca Almeida (2001, p.36),

Uma reforma do ensino na área de saúde para atender, os cenários sócio-políticos e sanitários, um deles é a formação do novo profissional de saúde, capaz de inserir-se numa equipe, vinculando-se às famílias/comunidades e organismos sociais.

Mesmo a inserção dos profissionais sendo defendida pela maioria dos que compõem atualmente a equipe mínima, alguns entrevistados levantaram questionamentos como se verifica nos seguintes discursos:

Eu tenho uma limitação no meu raciocínio de ver como os outros profissionais de saúde poderiam trabalhar no PSF (ENF I – M, A).

O quadro que hoje está eu acho que é o ideal (...) eu não quero desmerecer nenhuma categoria, mas eu acho complicado agregar mais (...) como se organizaria então a Atenção Básica? (AE I – H, A).

Eu acho que a equipe do Saúde da Família deve ser uma equipe básica, certo? Mas eu defendo que nós tivéssemos outros profissionais atendendo nossos usuários numa policlínica (...). Eles [a gestão] têm a maior dificuldade em manter uma equipe básica, quanto mais uma equipe máxima! (risos) (AE II H, C).

Os discursos acima revelam alguns dilemas a respeito da inserção de outros profissionais. Nos últimos anos, tem se discutido a inserção de outros profissionais de saúde nas equipes de Saúde da Família. Para Machado (2006, p. 8), o Brasil tem a mais ampla e sofisticada equipe de referência em Atenção Básica de Saúde (ABS) do mundo. O referido autor sugere ainda que a inserção de outros profissionais seja na modalidade de Equipe de Apoio Matricial, composta por profissionais considerados estratégicos para ampliação da resolutividade do programa esta questão está longe de sua resolução, pois como destaca o autor, algumas condições são essenciais quando se pensa em aumentar as equipes do PSF.

A primeira é saber o que fazer em cada nível de cuidado. A segunda é situar este o que fazer na linha do tempo, se no princípio, meio ou fim do cuidado à saúde. A terceira condição é que haja uma relação ideal de proporcionalidade entre os vários componentes da equipe. A quarta é a adequação à realidade de tempo e local. E, por fim, atender a viabilidade econômica e financeira do sistema de saúde (MACHADO, 2006, p. 9).

### 5.2.1.2 Capacitação dos Profissionais

Para a maioria dos entrevistados, as capacitações dos profissionais constituem um dos fatores que facilitam o desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF. Ao serem indagados sobre essas atividades observamos que os profissionais concebem a capacitação como fator de segurança, valorização e enriquecimento profissional, como demonstrado nos discursos abaixo.

(silêncio) eu acho que tem melhorado o trabalho do ACS (pausa). Porque o ACS, ele fica mais preparado e assim dá uma valorização a mais do ACS quando se relaciona com a equipe, porque o ACS bem informado ele pode ter um diálogo de igual para igual (ACS I – M, A).

É fundamental para melhorar nosso processo de trabalho. Melhora nas atividades dos profissionais, no desempenho, nas inovações que são colocadas, nas experiências [...] sempre que ocorre uma capacitação, melhora muito, enriquece muito, não só o profissional que foi escolhido pra tal capacitação, como para toda equipe (C.DENT II – M, C/D).

[...] a capacitação é importante, ajuda muito. Você vai ter mais conhecimentos e vai poder trabalhar melhor [...] a partir do momento que você é capacitado, você vai ter

mais tranquilidade pra repassar as orientações [...] vai poder transmitir melhor, com mais segurança (ACS I – H, A).

É possível identificar, nos discursos acima, que os entrevistados ressaltam que a capacitação, além de valorizar os profissionais, possibilita aos mesmos a oportunidade de melhorar sua atuação. Observamos, no entanto, que o ACS deixa transparecer certo clima de competição entre os membros da equipe. Ao dizer que “o ACS bem informado, ele pode ter um diálogo de igual para igual”, sugere a existência de conflitos e relações assimétricas no interior do grupo, sendo a capacitação uma forma de superá-los.

Os pontos positivos das capacitações são apontados pela Cirurgiã Dentista tanto na perspectiva de melhora do trabalho individual como do trabalho em equipe. Nesse sentido, a capacitação pode ser entendida como enriquecimento do profissional para o desenvolvimento de suas atividades no interior da equipe do PSF. Tal fato pode ser evidenciado na fala de outro entrevistado:

Em relação ao retorno desse profissional capacitado, é muito bom, é um ganho, porque ele vem com os conhecimentos melhores e a equipe vai atuar melhor porque é passado pra equipe. Então, no meu ponto de vista, é uma coisa muito boa a capacitação (AE II – H, C).

Os discursos acima reiteram a importância das capacitações como um recurso complementar para reordenar saberes e práticas no trabalho em equipe no PSF, remetendo-nos à relação profissional/usuário. Consideramos como salutar esta preocupação de resposta ao usuário, elemento importante na estratégia do PSF, pois, como considera Sousa (2000), no planejamento e execução das atividades desenvolvidas no programa, a participação social deverá ter destaque especial.

Em estudo realizado por Silveira (2004) sobre avaliação do processo de capacitação do Programa Saúde da Família em Campina Grande, alguns profissionais enfatizaram a relevância das capacitações, atribuindo a estas a responsabilidade pelo aprimoramento de sua prática cotidiana, como se revela no discurso abaixo:

Tenho observado uma melhora na minha prática após os cursos, eu tenho dificuldade em Pediatria. Então, os cursos [capacitações] pra mim foram muito importantes e eu achei que serviram bastante, porque eu não tinha tanta experiência na Pediatria e não foi aquele curso para um especialista, porque na verdade nem todos são, mas é um curso geral que dá pra você trabalhar na comunidade naquela especialidade que você não tem quase conhecimento (SILVEIRA, 2004, p. 120).

No entanto, apesar dos nossos entrevistados representarem as capacitações como positivas, constatamos, na fala de alguns profissionais, críticas à forma como são escolhidos para serem capacitados:

[...] eu sempre questioneei o porquê da maioria das capacitações serem dirigidas a um público muito restrito, a categorias médico e enfermeiro. Assistente Social e dentista eles ainda brigam, também porque são deixados em último. A gente nem fala, eles acham que auxiliar é pra fazer curativo, aplicar injeção, e não é assim. O auxiliar no PSF é muito importante. É diferente do hospital, que aplica injeção e dá comprimido [...] não é só isso, a gente complementa o trabalho do profissional médico, do profissional enfermeiro, do profissional dentista, [...] mas pra isso é preciso que a gente também esteja preparado, capacitado (AE, I – H A).

No discurso acima, o entrevistado assinala que as capacitações são prioridades no Programa para as categorias profissionais Médicos e Enfermeiros do Programa, deixando transparecer que as outras categorias de nível superior, a exemplo do Assistente Social e Cirurgião Dentista, apesar de lutarem, são deixados por último. O sentimento expresso no discurso do Auxiliar de Enfermagem é de exclusão do processo de capacitação, corroborando o estudo de Silveira (2004) que relata que, entre todos os profissionais da equipe, esta é a categoria menos inserida no processo de capacitação.

Observa-se que o profissional chama a atenção para a filosofia do Programa, quando menciona que a atuação do Auxiliar de Enfermagem é ampla, contemplando ações de promoção e prevenção, não se restringindo às ações curativas. O entrevistado ainda nos remete ao trabalho em equipe, quando salienta que o Auxiliar “complementa o trabalho do profissional Médico, do profissional enfermeiro e do profissional Dentista”, enfatizando a necessidade de estar preparado e capacitado.

Menções à necessidade e à importância da ampliação das capacitações para todos os profissionais da equipe foram constatadas na fala de outros entrevistados. Assim se expressam:

O agente comunitário ele também tem que se capacitar, né? Tem que saber o que tem de novo pra passar pra comunidade e as informações certas, né? Porque a base de tudo são eles, né? Se eles não souberem dizer o que é uma hanseníase, como é que eles vão detectar e encaminhar esse pessoal pra cá pra gente? (MED, II – M, C).

Muitas vezes, esses treinamentos vêm pra médico e enfermeiro, porque na cabeça das pessoas o profissional ele é um multiplicador de informações, então essa informação deve ser passada por quem tá ao restante da equipe, mas, ao mesmo tempo, é importante que o profissional muitas vezes excluído se faça presente (ENF I – M, A).

Os discursos acima reforçam a relevância das capacitações ampliadas para todos como forma de melhorar o trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF. É interessante observamos que o Enfermeiro justifica o fato de as capacitações serem direcionadas mais para Médicos e Enfermeiros pelo fato de estes profissionais serem vistos como multiplicadores de informações.

Durante nossas observações, presenciamos a saída de alguns membros da equipe para capacitações e tivemos a oportunidade de constatar que, quando estes retornaram à Unidade, o repasse de informações ao restante da equipe, mencionado no discurso anterior, deu-se de forma superficial. Acreditamos que tal fato decorra, dentre outros aspectos, do fator tempo. O profissional, quando se afasta para se capacitar, deixa de realizar suas atividades na Unidade e, ao retornar, além de suas funções cotidianas e da demanda reprimida, se vê na incumbência de repassar informações adquiridas, ficando sobrecarregado.

O trabalho do PSF pressupõe a permanência dos profissionais em tempo integral na Unidade de saúde, sendo a realização de capacitações um dos motivos de ausência. Por esta razão, indagamos a eles como a comunidade reagia frente à esse fato. De modo geral, disseram explicar o motivo da ausência. Entretanto, foram unânimes em afirmar que isso gera insatisfação por parte da população, ao ponto de alguns não entenderem quando o profissional não se encontra na unidade. Vejamos os discursos abaixo:

Alguns reclamam, alguns entendem e outros nem querem saber. Querem saber que tá faltando médico e pronto, ou o enfermeiro, ou qualquer profissional da unidade, eles reclamam (ACS, II – M, D).

Eles não vêem com bons olhos [...] alguns entendem, outros não, porque eles querem o problema deles resolvido naquele momento. Aí chegam aqui, os profissionais não estão eles acham ruim. Infelizmente, nem todos entendem (AE, II – M, D).

Ainda com relação aos aspectos críticos das capacitações, os profissionais as representaram como fragmentadas:

[...] eu não vejo muito trabalho de integração, até porque tem uma capacitação não vão todos [...] vai um profissional, é como se fosse só aquele profissional contemplado. Então assim jamais vai ter a riqueza de uma capacitação mais ampla. É uma forma fragmentada. Eu acho que falta em termos de capacitação como se trabalhar a equipe. Eu acho que deveriam enfatizar mais essas questões das relações interpessoais. Eu acho que eles trabalham muito direcionado a questão da nutrição da criança, vacinação, hanseníase, tuberculose, muito direcionada à questão saúde (A. SOCIAL I M, A/B).

Para a Assistente Social, as capacitações são fragmentadas, visto que, além de contemplar um só profissional, desconsiderando o trabalho em equipe proposto pelo Programa, o seu conteúdo é direcionado de forma setorial, especificamente à saúde. Além disso, a afirmação de que elas deveriam voltar-se também para a temática das relações interpessoais nos leva a supor possíveis conflitos no interior do grupo.

Além de representarem as capacitações como fragmentadas, estas também foram compreendidas como aumento de serviço ou cansativa.

Capacitação ela sempre vem a acrescentar, né? Mas algumas capacitações ela vem pra aumentar o serviço, né? [...] tem outras que nem sempre ela vem pra aumentar ou pra acrescentar, às vezes, é até meio cansativa, dependendo de quem seja a pessoa que esteja dando o assunto em si (ENF, I – M, A).

A Enfermeira levanta uma crítica, principalmente, com relação à metodologia utilizada, afirmando que algumas capacitações aumentam o serviço do profissional/equipe, e outras são cansativas.

É bom lembrarmos que, para o sucesso de uma capacitação, é necessária a utilização de metodologias adequadas por um instrutor/monitor que tenha vivência/prática na temática abordada e que esteja envolvido/comprometido com o processo. Ressaltamos que a maioria dos profissionais entrevistados já está no serviço há mais de quatro anos, participando de formações/capacitações. Estas, no entanto, parece que não têm atendido às necessidades que o trabalho em equipe exige.

Silveira (2004) revela que o modo como vem se dando às capacitações, além dos prejuízos trazidos para o trabalho em equipe com algumas exceções, baseia-se na formação acadêmica tradicional. Os cursos são fragmentados e descontínuos, centrados na lógica dos programas verticalizados, acarretando prejuízos não só para a utilização do raciocínio clínico, diagnóstico e terapêutico, mas para ações de promoção à saúde.

Apesar de as formações ou treinamentos despontarem como elemento diferencial no PSF, parece-nos que a forma como vêm sendo conduzidas remonta a um modelo pouco diferenciado da prática centrada no médico, já que, no município de Campina Grande, embora o concurso tenha ocorrido em junho desse ano, tais capacitações ainda não se realizaram<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> O Ministério da Saúde preconiza o Treinamento Introdutório (orientando sobre o funcionamento do Programa) e o treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os mesmos devem ser ministrados preferencialmente anterior ou imediatamente após a implantação das equipes.

## 5.2.2 Dificuldades no trabalho em equipe

Em nossa pesquisa, observamos que, da mesma forma que o trabalho em equipe foi representado de forma positiva, também foram mencionadas algumas dificuldades, como descrevemos a seguir.

### 5.2.2.1 Relacionamento Interpessoal

Indagados sobre as possíveis dificuldades de se trabalhar em equipe, alguns entrevistados ressaltaram o seguinte:

Eu acho que o problema maior é lidar com o ser humano, porque são muitas cabeças, muitas pessoas, então cada pessoa é de um jeito, então você leva um tempinho pra conhecer aquela pessoa e você nunca conhece ninguém totalmente. Aí, você leva um tempo pra conhecer aquela pessoa, às vezes pode acontecer falta, eu não digo falta de diálogo, eu digo falta de compreensão (...) eu falo de um jeito a pessoa não compreende, ou, então, eu compreendo de uma forma ela quis dizer de outra forma (...) pra mim, a maior dificuldade é essa (MED I – M, B).

Particularmente, eu acho difícil (pausa) não é fácil trabalhar em equipe, porque existe as diferenças e você tem que conviver com essas diferenças (AE II – M, D).

Tem muitas dificuldades, A dificuldade é porque nós somos seres humanos, né? Nem sempre nós estamos bem humorados, nem sempre nós estamos flexíveis, porque trabalhar em equipe não é você todo dia tá bem, né? Essa é uma grande dificuldade (AE II – M, C).

Podemos observar que os discursos acima giram em torno da complexidade das relações interpessoais dentro da equipe denunciando as diferenças existentes. O discurso do Médico afirma não ser possível conhecer totalmente as pessoas, sugerindo uma possível falta de compreensão entre os membros da equipe; para os Auxiliares de Enfermagem, a dificuldade do trabalho em equipe reside no fato de você ter que conviver com as diferenças, e assim “nem sempre nós estamos bem humorados, nem sempre nós estamos flexíveis...”.

Pedrosa e Teles (2001) ressaltam a importância do bom relacionamento interpessoal entre os componentes da equipe. O bom relacionamento tem sido considerado por Xavier; Vilela; Santos (2005), em estudo sobre relações interpessoais em equipes do PSF no município de Jequié-BA, como um dos fatores determinantes para otimização dos serviços. Estes autores revelam ainda que os profissionais da equipe do PSF entrevistados por eles

valorizam o processo de interação, pois o associam a sensações e sentimentos positivos, tais como harmonia, cooperação e respeito.

Moscovici (1985, p. 136), por sua vez, aponta para a existência de dois tipos de competência no trabalho em equipe: a “competência profissional”, que se refere aos conhecimentos técnicos de cada integrante do grupo, e a “competência interpessoal”, entendida como a “habilidade de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação”.

Acreditamos que o relacionamento interpessoal requer o desenvolvimento de habilidades tais como flexibilidade, criatividade e capacidade de manter o equilíbrio afetivo/emocional. Essas, em muitas situações são inibidas por processos de trabalho que não favorecem tais potencialidades ficando as mesmas bloqueadas e/ou latentes.

Desse modo, nas entrevistas, constatamos ainda a presença de um discurso que sinaliza uma possível relação de poder existente entre os membros da equipe. Vejamos:

(...) é uma sensação de perda hierárquica. Eu acho que, às vezes, há um empoderamento a nível de auxiliares de enfermagem, não só do empoderamento médico, somente quando a gente coloca a figura do médico como visto nessa hierarquia médico-enfermeiro-auxiliar, às vezes eu acho que há um empoderamento a nível de auxiliares que se perde um pouco dos limites. E aí eu acho que complica às vezes as relações (C.DENT I M, A/B).

É interessante observarmos que, embora haja consenso entre os autores trabalhados de que o saber/prática interdisciplinar pressupõe a quebra de hierarquia ou das relações de poder dentro da equipe de Saúde da Família, constatamos, no discurso acima, certa dificuldade em lidar/administrar essa situação, sendo o empoderamento<sup>24</sup> dos profissionais de nível médio (ACS's, ACD's, e Auxiliares de Enfermagem) rechaçado, neste caso, por profissionais de nível superior. Tal fato contraria o entendimento dos profissionais sobre o trabalho em equipe como complemento, igualdade.

Nesse sentido, concordamos com Cardoso (2004, p. 50) quando esta afirma que o “trabalho em equipe exige capacidade de lidar com as diferenças, respeito à singularidade de cada pessoa, cooperação, comunicação, humildade diante dos limites do próprio conhecimento, complementaridade e escuta”.

<sup>24</sup> O conceito de empoderamento é bastante complexo e advém da expressão *empowerment*, que segundo Vasconcelos (2004) significa ampliação de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais evidenciados nas relações interpessoais e institucionais, sobretudo daqueles visivelmente submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. De um modo geral, o empoderamento confere “poder ao sujeito social envolvido”.

Observamos que, no PSF, a forma como está organizado o trabalho/serviço, ao mesmo tempo em que favorece uma maior integração/ aproximação entre os membros da equipe, haja vista o convívio em horário integral, possibilita uma exposição maior das limitações e potencialidades contribuindo para o aparecimento de conflitos nas relações interpessoais. Desse modo, Vasconcelos (1999, p.18) afirma que:

A criação de espaços de interação entre os diferentes saberes e olhares trazidos por cada profissão para o enfrentamento de casos concretos, não é um processo espontâneo e fácil. Pelo contrário, é atravessado de conflitos e incompreensões, exigindo um trabalho persistente. Para o médico que tradicionalmente assumiu posição de comando e decisão nos serviços de saúde, esta reorganização de sua relação com os outros profissionais é particularmente difícil, mas fascinante se se consegue superar as barreiras iniciais.

### 5.2.2.2 Incipiência na Formação Acadêmica

Dentre os diversos problemas/dificuldades enfrentados no PSF, merece destaque a carência de profissionais qualificados para atender a esta nova estratégia de atenção à saúde. Na seqüência discursiva abaixo, podemos perceber que a deficiência na formação acadêmica dos profissionais é representada como um fator que dificulta o trabalho em equipe no PSF.

Uma das dificuldades é que precisa haver um maior envolvimento de todos os membros da equipe (...) eu acho que é da própria formação acadêmica. Às vezes, você nao teve oportunidade de trabalhar em equipe e quando você tem, muitas vezes você se defronta com situações que você não quer concordar, você quer que só a sua opinião é que seja a escolhida. E tem profissionais que não se envolvem totalmente (A.SOCIAL II – M, C/D).

Trabalhar em equipe não é todo mundo que tá preparado, até porque, assim as academias elas não preparam os profissionais para isso, né? Então assim tem profissional que realmente tem essa dificuldade de trabalhar em equipe e se não conseguir trabalhar em equipe fica insuportável (...) aqui de certa forma você tem que dar satisfação a um conjunto, não só à comunidade, mas toda uma equipe porque o trabalho é assim, você não pode fazer a coisa isolada. Então, nem todo mundo tem esse preparo e isso dificulta o trabalho (A.SOCIAL I – M, A/B).

De acordo com os discursos acima, é possível afirmar que os profissionais que atuam no PSF foram formados/capacitados dentro de uma concepção baseada no paradigma Flexneriano<sup>25</sup>, no qual se privilegia a abordagem individual, curativa e centrada nos hospitais.

<sup>25</sup> O Paradigma “Flexneriano” é derivado de um relatório elaborado pelo americano Abraham Flexner, este em 1910, sistematiza o paradigma médico, estruturando respostas ao problema das doenças, qual seja, a política sanitária de atenção médica. Este paradigma é sistematizado através de um conjunto de elementos tais como: “individualismo”, “mecanicismo” e “especialismo” (MENDES, 1996).

Tal fato constitui um desafio para os referidos profissionais, uma vez que estes se encontram organizados em equipe, devendo desenvolver um trabalho interprofissional.

Em geral, os profissionais (particularmente os médicos) egressos dessa formação flexneriana apresentam dificuldades em transcender o espaço do consultório médico e propor diagnósticos e intervenções em nível coletivo numa abordagem integralizadora/humanizadora.

Os profissionais deixam bastante claro em suas falas que há pouco investimento por parte das instituições de ensino em formar o profissional de saúde capacitado/habilitado para atuar nesta nova estratégia.

Peduzzi e Schraiber (1993) atribuem essa formação inadequada dos recursos humanos à tendência tecnológica que atingiu também o universo acadêmico, reduzindo a educação à reprodução e à transmissão do conhecimento. Nessa perspectiva, o que se observa é uma formação acadêmica distante da práxis profissional e, principalmente, da prática da equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Consideramos que, no trabalho em equipe, baseado em novos modelos assistenciais, como é o caso do PSF, é imprescindível que a lacuna deixada pela formação profissional, reconhecida pelos próprios trabalhadores como obstáculo para o desenvolvimento adequado da proposta de trabalho, seja, de alguma forma, superada.

A Educação Permanente em Saúde, uma das principais políticas do Ministério da Saúde para a qualificação dos profissionais que já estão trabalhando, até o momento parece que não conseguiu reverter a inadequação da formação acadêmica.

Desde 1997, preocupado com esta questão, o Ministério da Saúde instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, que se constituem numa rede formada por instituições de ensino e gestão do SUS, comprometida com a integração ensino-serviço voltada para formação e educação permanente de Recursos Humanos em Saúde.

Na perspectiva de um novo modelo de formação para atuação no PSF, os Pólos vêm trabalhando com a proposta de Educação Permanente, que se constitui numa nova concepção de pensar e executar os processos de capacitação em Saúde.

Tradicionalmente, a Educação Continuada é utilizada para referenciar as atividades de ensino após o curso de graduação, com a finalidade mais restrita de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades com duração definida. A proposta de Educação Permanente, ao contrário, tem como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e

econômicos, sobretudo, de transformação de valores e conceitos dos profissionais. (PARREIRAS; MARTINS JUNIOR, 2004).

Cumpre-nos ressaltar que uma característica importante do PSF refere-se à proposta de trabalho inter e multidisciplinar, no qual existe uma definição de competência e coresponsabilidade entre os profissionais. No entanto, a concretização deste tipo de trabalho tem exigido dos mesmos adequações e um grande aprendizado relacionado ao trabalho em equipe.

A ordenação de Recursos Humanos na área da Saúde, prevista na Lei Orgânica 8.080/1990 (art. 6º, parágrafo III), ainda se constitui um desafio para efetivação da garantia de oferta de serviços de saúde humanizados, eficazes e de qualidade. As práticas dos profissionais de saúde, suas habilidades, atitudes e valores éticos devem ser repensados pelo sistema formador na perspectiva de adequar às necessidades do SUS (PIANCASTELLI et al., 2000).

Especificamente no que diz respeito ao Programa Saúde da Família de Campina Grande, a questão dos Recursos Humanos tem se apresentado como uma das condições essenciais para o êxito do programa. Apesar de existir uma proposta de Educação Permanente, na prática cotidiana, esta necessidade de mudança de postura tem se evidenciado de formas diferentes para os profissionais, conduzindo ao debate sobre a formação ideal destes trabalhadores.

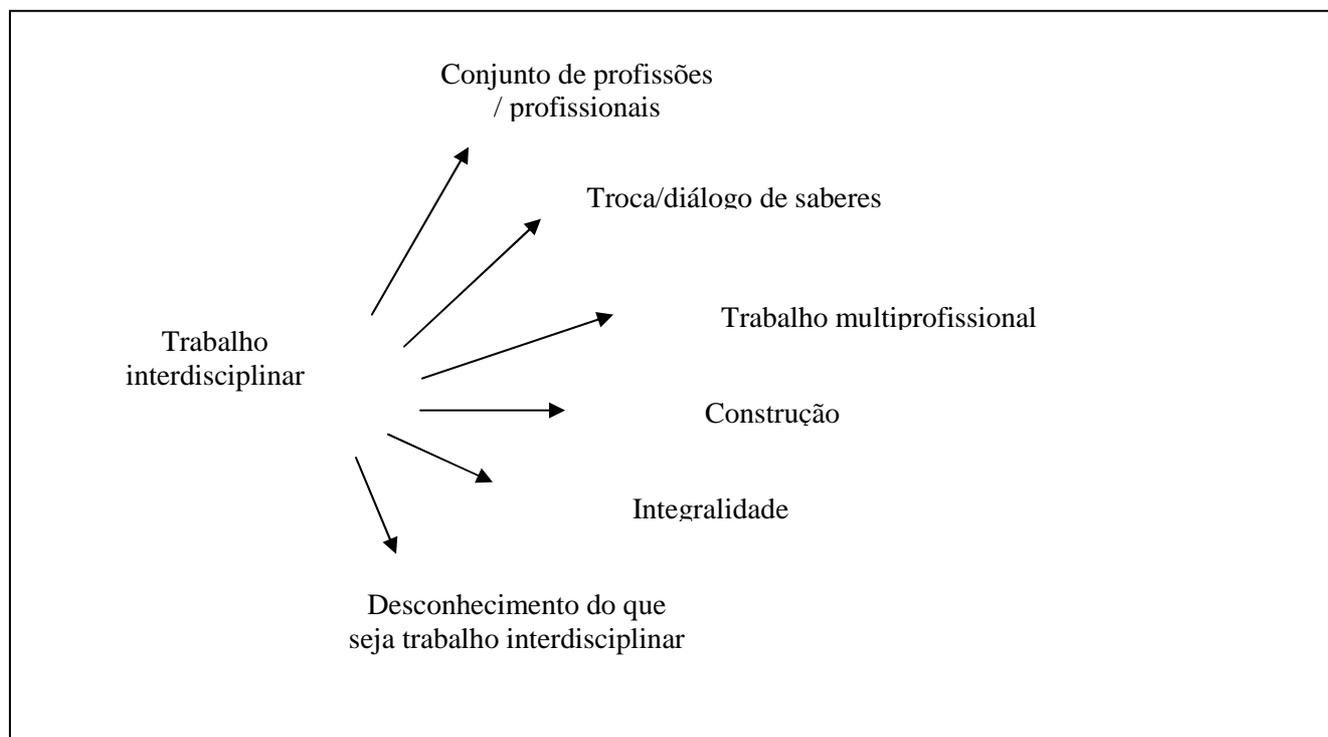
### **5.3 Desafios na construção da Interdisciplinaridade no PSF**

Na maioria das cidades brasileiras, o trabalho no PSF é desenvolvido por uma equipe mínima integrada por Médicos, Enfermeiros, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Durante nossa abordagem com os profissionais sobre o trabalho em equipe, interessou-nos investigar se os mesmos, ao representarem este trabalho, identificavam suas variantes, tais como multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar.

No intuito de verificar se as representações dos entrevistados sobre o trabalho em equipe no PSF apontam para o componente interdisciplinar na perspectiva de perseguir os pressupostos do SUS com vistas à construção de um novo modelo assistencial de saúde, indagamos aos profissionais o que entendiam sobre o trabalho/ações/interdisciplinares.

Identificamos, a partir daí, algumas representações. A figura abaixo mostra, de maneira esquemática, as diferentes associações dos profissionais acerca do trabalho interdisciplinar no Programa, que serão analisadas e discutidas logo em seguida.



**Figura 5.2** – Representações sociais do trabalho interdisciplinar.

### 5.3.1 Trabalho Interdisciplinar como conjunto de profissionais

Ao abordarmos o tema, alguns entrevistados responderam entender o trabalho interdisciplinar como trabalhar com um conjunto de profissões. Atentemos para algumas destas representações:

Eu acho que trabalho interdisciplinar é trabalhar com várias profissões. Um conjunto de profissionais (MED I – M, A).

O entrevistado acima representa o trabalho interdisciplinar tendo como referência o entendimento do senso comum sobre trabalho em equipe, segundo a qual a equipe é compreendida como um conjunto de profissionais.

Neste sentido, o trabalho interdisciplinar é compreendido ainda por outros entrevistados como um conjunto de profissionais em que todos têm o mesmo objetivo:

Um trabalho interdisciplinar é um trabalho que tem vários profissionais, de várias áreas, médico, enfermeiro, dentista, assistente social, psicólogo que trabalham assim em conjunto, para um determinado fim e todos têm o mesmo objetivo (MED II – M, C).

Interdisciplinar é aquele que vários profissionais estão juntos em uma mesma equipe, cada um dando a sua parcela de contribuição para que se desenvolva um trabalho, para que se alcance um objetivo (AE II – M, C).

Nas falas anteriores, verifica-se um pequeno avanço na concepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe se considerarmos as concepções teóricas de Demo (1997) e Japiassu (1976) adotadas em nossa pesquisa, tendo em vista que, para os entrevistados, a equipe é um espaço no qual todos devem ter o mesmo objetivo.

Com base no pensamento dos referidos autores, é possível constatar, no entanto, que estas representações partem de um conceito limitado do que seja interdisciplinaridade na medida em que o trabalho interdisciplinar é visto apenas como um conjunto de profissionais que trabalham com os mesmos objetivos, não especificando, exatamente, como o mesmo deveria se processar e quais seriam os seus principais elementos. Demo (1997, p. 111) nos chama a atenção para o fato de que

Não é qualquer grupo que pode ser tomado como interdisciplinar. Para sê-lo, é condição prévia que seja composto de especialistas diferentes, sobretudo muito diferentes, ou de campos ‘opostos’. Assim, não é o número maior de pessoas no grupo que traz a interdisciplinaridade, mas sua formação diversificada. (grifos do Autor)

Japiassu (1976) acrescenta que a presença de profissionais de várias áreas não é suficiente para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, sendo imprescindível a existência de um diálogo compreensível entre as disciplinas/profissões. De acordo com a visão do autor, a simples troca entre organizações disciplinares não configura um trabalho interdisciplinar.

Concordarmos com os argumentos expostos, considerando ainda importante salientar sobre a importância também do saber da comunidade como um dos elementos que formam a estrutura interdisciplinar. Segundo Andrade (2003, p. 24),

acredita-se que as novas práticas e condutas estão sendo construídas a partir da integração dos campos de conhecimento acumulados nas diversas profissões, bem **com a própria comunidade (reconhecida como possuidora de um importante campo de conhecimento: o construído a partir da vivência)**. O diálogo necessário para esse processo deve partir da constatação que existe um campo comum entre esses diversos campos específicos, espaço privilegiado de interação e produção de um novo conhecimento (grifos nossos).

Corroboramos ainda com Vasconcelos (1999, p. 18) ao ressaltar que:

De um lado, está o paciente que conhece intensamente a realidade onde está inserida sua doença, carregado de crenças, saberes e estratégias de intervenção nesta realidade. De outro lado, está o médico com conhecimentos científicos sobre o problema, mas também carregado de crenças próprias da cultura do grupo social de onde ele veio. Na medida em que cada um sabe dos seus limites, é possível estabelecer uma relação pedagógica em que o diálogo não é apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz por estar inserida na cultura e nas condições materiais do paciente, como também por estar aberta a outras lógicas de abordagem da doença.

### 5.3.2 Trabalho Interdisciplinar como troca/diálogo de saberes

Tendo como parâmetro nosso referencial teórico, percebemos, nas representações de alguns entrevistados, um avanço sobre o trabalho interdisciplinar, na medida em que expressam o componente de troca de saberes e aquisição de novos conhecimentos:

Trabalho interdisciplinar (pausa) o nome já é bem claro. Interdisciplinar, então, entre as disciplinas. Troca de saberes (...) Interdisciplinar, no meu ponto de vista, ele tem muito a ver com interprofissionais (ENF I – M, A).

No trabalho interdisciplinar cada um tem uma especificidade (...) mas isso não quer dizer que está isolado. A interdisciplinaridade é justamente você perpassar esses caminhos, é você poder dar a sua contribuição e também adquirir outros conhecimentos (A.SOCIAL I – M A/B).

A Assistente Social reconhece e valoriza o saber/especificidade de cada profissão/profissional, salientando, no entanto, que, no trabalho interdisciplinar, os profissionais/profissões não devem isolar-se.

Nessa perspectiva, outros entrevistados concebem o trabalho interdisciplinar como oportunidade de diálogo entre os profissionais:

Trabalho interdisciplinar eu acho que é troca (...) diálogo entre profissionais (...) você termina aprendendo um pouco de cada assunto (C.DENT I – M, A/B).

Um trabalho interdisciplinar eu entendo que seja essa comunicação, diálogo entre os profissionais no dia a dia, isso é uma rotina (...) é a gente procurar outro profissional para discutir um problema, trocar experiências, é procurar soluções dentro daquele problema que você não pode na sua área resolver, mas seu colega pode (C.DENT II – M, C/D).

Verificamos, nas seqüências discursivas acima, uma busca/desejo dos profissionais em promover a abertura para o diálogo e a troca de experiência com os outros profissionais/saberes. É possível perceber, nas falas dos entrevistados, que o trabalho interdisciplinar está vinculado à responsabilidade individual de cada profissional, sugerindo certo envolvimento/comprometimento na resolução dos problemas.

A importância do exercício da comunicação é enfatizada por Souza (1999). Segundo a autora, a comunicação, ainda que de forma parcial, deve existir, de modo que cada visão disciplinar possa contribuir no compartilhamento com outras disciplinas.

Percebemos, através da nossa observação, limites no exercício do diálogo e troca de experiência nas atividades de grupo acompanhadas por nós. Em sua grande maioria tais atividades contavam apenas com a presença de um ou dois profissionais, sendo justificada a ausência dos demais membros da equipe por estes estarem ocupados com outros afazeres. Este considerado por nós como um trabalho que apenas descentraliza as atividades entre seus pares.

### **5.3.3 Trabalho Interdisciplinar “é trabalho multiprofissional”**

Para alguns entrevistados, o trabalho interdisciplinar é visto como o trabalho multiprofissional:

É quase um trabalho multiprofissional (...) num mesmo ambiente, vários conceitos, várias visões (MED I – M, B).

Atuação de vários profissionais da área de saúde juntos (...) Isto é multidisciplinar (...) Interdisciplinar (ACS I – M, B).

Os profissionais tomam o trabalho multiprofissional como referência ideal, demonstrando desconhecer a discussão conceitual já referida por nós entre os elementos que o diferenciam do trabalho interdisciplinar.

Essas representações remetem às discussões de Peduzzi (1998) quando salienta que o trabalho em equipe multiprofissional não equivale à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa a possibilidade de integração das disciplinas científicas.

Concordamos com o pensamento de Peduzzi e Gomes (1997, apud SANTOS; CUTOLO, 2003, p. 71) ao ressaltarem que:

(...) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possam ter em relação ao outro, em relação à sua vida.

No entanto, durante as entrevistas, uma fala se destacou ao representar o trabalho interdisciplinar como:

Vários profissionais trabalhando em conjunto, cada um com sua contribuição, cada um com seu perfil, mas que no fim se completa. Por exemplo, a dentista tem um problema que não pode resolver enquanto a sua competência de dentista, ela precisa do serviço social, ela conversa com a assistente social aí tenta resolver o problema. Da mesma forma o médico, o auxiliar, o agente comunitário de saúde etc precisa do restante da equipe. Então o trabalho vai se completando. (...) é necessário que exista outros profissionais que possam fazer aquilo que aquele outro não pode, porque cada profissional tem o seu limite de competência. (...) Porque se não fosse assim não interessaria ter a questão da interdisciplinaridade. Cada profissional saberia tudo, então não poderia ter essa gama aí de profissionais atuando de forma conjunta, trabalho interdisciplinar eu entendo assim (ACS I – H, A).

Neste caso, o entrevistado compreende os limites e os saberes das diversas profissões, pressupondo a superação da concepção unilateral do trabalho em equipe, envolvendo troca de saberes e divisão de poder, sem, contudo, negar as especificidades das profissões, fazendo com que a relação de poder se horizontalize. Outro ponto a ser destacado na fala do Agente Comunitário de Saúde é a idéia de complementaridade, na medida em que os profissionais buscam a contribuição dos outros membros da equipe como forma de ampliar seus horizontes. Demo (1997, p. 103) enfatiza que:

A interdisciplinaridade não é coisa de um cientista, por mais que queira fazer um espaço de alargar seus horizontes, mas de um grupo de cientistas, ou seja, o trabalho de equipe é a verdadeira interdisciplinaridade no qual os conhecimentos, sempre especializados, buscam a convergência e, possivelmente, a constituição de um texto único, escrito a muitas mãos.

Verificamos mais uma vez, em nossa pesquisa, que a representação do trabalho interdisciplinar como complemento/contribuição/vários profissionais trabalhando juntos, nos remete aos universos reificados e consensuais do saber. Observamos que os profissionais entrevistados utilizam esses universos dialeticamente quando representam o trabalho interdisciplinar, como já explicitado no capítulo I.

### 5.3.4 Trabalho Interdisciplinar como construção

Apenas uma vez o trabalho interdisciplinar é concebido como construção. Vejamos a fala a seguir:

Interdisciplinar é uma construção de uma rede, certo? (...) é você reconhecer e ver os atributos dos outros colegas, é como a gente trabalha a interdisciplinaridade dentro de um trabalho em equipe, é quando você busca outros profissionais da área, é o agente comunitário de saúde, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro, o assistente social e o médico, a pirâmide inverteu, certo? O saber de todos é valorizado e não apenas o do médico (ENF II – M, C).

Este discurso traz elementos que se aproximam do conceito de trabalho interdisciplinar, apontando, sob certos aspectos, para a representação horizontalizada entre os profissionais. Além disso, é interessante observar que, ao fazer referência à “inversão da pirâmide”, o entrevistado nos remete à idéia da perda da hegemonia do poder médico e revela o entendimento acerca da necessidade de diluição do poder no trabalho em saúde. Este pensamento também pode ser constatado na fala de outro profissional. Vejamos:

Eu acho que ela é valorizada [enfermeira], a gente tem direito a vez e voto (...) acho que como a enfermeira a gente avançou bastante com o PSF (...) eu já trabalhei em hospital particular e a gente não era tão valorizada (...) agora melhorou bastante, com o PSF a gente vê crescimento na enfermagem (ENF I – M, B).

### 5.3.5 Trabalho Interdisciplinar como integralidade

Alguns entrevistados expressam que o trabalho interdisciplinar é integralidade.

(silêncio) uma ação interdisciplinar. Eu vou fazer uma visita domiciliar numa casa e eu descubro que a criança tá doente, estão cheias de vermes, escabiose e a casa onde

eu visito é uma casa que tem um esgoto a céu aberto, tem lixo, aí eu vou tratar, vou fazer a minha parte de médica, só que eu não posso tratar isoladamente aquela doença, aquela verminose, aquela parasitose, aí eu aciono por exemplo o assistente social pra que vá lá e veja a situação daquela família socialmente falando, ela vai fazer o levantamento das condições financeiras daquela família (...) aí a família vai dizer “Eu não tenho condições” (...) a assistente social aciona a Secretaria de Obras pra ver se tem alguma condição de ajudar aquela família, aí nesta mesma casa eu encontro um menino cheio de doencinha no dente, cheio de cárie, aí eu aciono a dentista (...) (MED I – M, A).

Observa-se, na fala acima, que o trabalho interdisciplinar é representado como solução diante dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. A preocupação, neste caso, centra-se no objetivo comum entre os profissionais da equipe em dar resolutividade aos problemas. A entrevistada sugere ainda o entendimento de que a questão da resolutividade extrapola, em alguns casos, as competências da equipe, sendo necessárias também ações intersetoriais.

Vale salientar ainda que alguns entrevistados representam o trabalho interdisciplinar da seguinte maneira:

A gente tem um trabalho aqui que a gente faz com as gestantes, então a gestante ela passa pela enfermeira. Da enfermagem e do auxiliar todo aquele atendimento do pré-natal, aí ela passa também pelo médico que faz toda aquela parte clínica e de orientação (...) mas ela passa por quem também? Ela passa pela assistente social pelas questões que diz respeito às questões sociais e aí complementando tem toda aquela atenção também na área da odontologia. Então, assim uma usuária ela passa por todos os setores e assim quanto mais outros tivesse ela também passaria (...) o usuário ele é atendido numa forma integral por todas as pessoas da equipe (A.SOCIAL I – M, A/B).

É possível constatar que a Assistente Social faz referência a uma prática muito comum no trabalho em saúde, qual seja a justaposição de disciplinas sem a necessária integração conceitual. O trabalho interdisciplinar é representado como o simples encaminhamento e/ou repasse de problemas de um profissional para outro. De acordo com Peduzzi (1998), o trabalho coletivo visto nesta perspectiva não é feito pelo profissional da saúde, mas sim pelo usuário, que peregrina de sala em sala, ou até mesmo, de serviço em serviço.

Encontramos representações semelhantes nos estudos realizados por Schneider, Durman e Dias (2001, apud COSTA, 2003), sobre a interdisciplinaridade e a família do indivíduo em sofrimento psíquico. Os autores alertam para a inexistência de interdisciplinaridade nessa forma de trabalho em que o usuário é responsabilizado pela integração, ainda que deficitária, do trabalho em saúde, na medida em que é colocado a visitar várias especialidades.

### 5.3.6 Desconhecimento do que seja trabalho Interdisciplinar

Durante nossa pesquisa, vários entrevistados, ao serem indagados sobre o que vem a ser o trabalho interdisciplinar, mostraram-se confusos, revelando a dificuldade de apropriação deste conceito.

Não sei, eu já ouvi, mas não lembro (risos) (ACS I – M, B).

Como assim? Estou por fora, não entendi bem, uma disciplina?(ACS II – M, D).

(...) aquele trabalho disciplinado (risos) é aquele trabalho que você tem hora, tem momento certo, com disciplina (AE I – M, B).

Verifica-se que o Auxiliar de Enfermagem representa um trabalho interdisciplinar, se considerarmos nossos referenciais teóricos, de maneira equivocada, na medida em que se concebe como um trabalho que tem hora, que tem momento certo.

Movidos pelo desconhecimento do conceito de interdisciplinaridade, alguns entrevistados expressam representações tautológicas, como descrevemos a seguir:

Um trabalho interdisciplinar é um trabalho interdisciplinas (ACS II – M, C).

É como um trabalho com várias disciplinas (ACD I – M, A/B).

Chamamos a atenção para o fato de que o desconhecimento sobre interdisciplinaridade é evidenciado, principalmente, por parte dos profissionais de nível médio (os Agentes Comunitários de Saúde e o Auxiliar de Consultório Dentário). Por outro lado, é fundamental destacarmos que tal desconhecimento é compreensível, tendo em vista que até mesmo no meio acadêmico ainda não se chegou a uma definição precisa do termo interdisciplinaridade.

Com base no exposto, constatamos que, inegavelmente, a partir da implantação do PSF em Campina Grande, modificações relevantes marcaram a nova gestão do trabalho em saúde, particularmente na forma de trabalhar dos profissionais. O trabalho em equipe no PSF iniciou um processo de resgate da valorização profissional, através de uma melhor remuneração e da condução do processo de trabalho que persegue a integração entre os profissionais que até então pouco se relacionavam em seus cotidianos de trabalho.

Os profissionais demonstram, através de suas representações sobre trabalho em equipe, um esforço em direção ao trabalho interdisciplinar, ainda que revelem incipiência na apreensão do sentido como o concebemos.

No entanto observamos, em nossa pesquisa, que alcançar a nova concepção de trabalho preconizada pelo Ministério da Saúde (2004) que enfatiza um novo vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, possibilitando diversidade das ações, apresenta-se ainda como grande desafio.



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de Saúde brasileiro, historicamente, passou por várias transformações, transitando de um modelo sanitarista-campanhista para o modelo médico-assistencial privatista. O final da década de 1970 foi caracterizado por lutas sociais durante o período de redemocratização do país. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu um marco da formação política ideológica da proposta de “Reforma Sanitária”, impulsionando para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade, regionalização da assistência e participação da comunidade. A instituição do SUS impôs uma ruptura epistemológica com o velho modelo assistencial contribuindo para a construção de um novo paradigma da produção social da saúde.

Nessa perspectiva, a partir do ano de 1994, frente à necessidade de se efetivar a construção desse novo paradigma sanitário, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família (PSF).

Nesse mesmo ano, no município de Campina Grande-PB, o PSF foi instituído. O mesmo vem apresentando uma trajetória de lutas e reconhecimentos públicos na construção do Sistema Único de Saúde. Como projeto político sanitário, o Programa em Campina Grande apresenta avanços e retrocessos, muitos dos quais estratégicos para sua consolidação.

Revisitando o pensamento de vários estudiosos sobre o PSF, constatamos que, ora esta estratégia foi apresentada como uma possibilidade viável para a efetivação do SUS e para a mudança no modelo assistencial da saúde, ora foi apontada como projeto racionalizador, atendendo medidas de ajuste fiscal (neoliberal) de agências internacionais a exemplo do Banco Mundial.

Apesar das inúmeras polêmicas que cercam o PSF, acreditamos que essa diversidade de opiniões vem oxigenando o debate sobre projetos alternativos de implantação do SUS. Para nós, sem desconsiderarmos as questões estruturais, o avanço dessa proposta está condicionado à correlação de forças, ou seja, o PSF será aquele que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas conseguirem imprimir a marca de seu projeto.

A opção do Ministério da Saúde de não centralizar o PSF em um único profissional de saúde – o médico – visa possibilitar a construção da idéia de equipe interdisciplinar, objetivando o cumprimento do princípio da integralidade na saúde, tendo a visão de cada indivíduo como um ser total, na promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Valoriza, desta forma, a soma de “olhares” de diferentes profissionais.

No nosso estudo tivemos como objetivo principal analisar as representações sociais dos profissionais sobre o trabalho em equipe no PSF de Campina Grande, acreditando que as mesmas são reveladoras de possíveis limites e/ou perspectivas de avanços.

Ao longo da realização de nossa pesquisa, pudemos observar o universo profissional das equipes que atuam em quatro Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF's. Foram entrevistados 24 profissionais, constituindo este um grupo significativo no sentido qualitativo, partindo do entendimento gramsciano que cada indivíduo é a soma de suas relações sociais, detendo particularmente o modo de pensar da cultura a que pertence.

As entrevistas foram realizadas em um contexto de forte carga emocional, pois aconteceram em um momento de transição do Programa, quando os profissionais foram submetidos a um concurso público, sendo um número significativo de profissionais excluídos do Programa. As falas emocionadas expressaram o desejo da realização do concurso pela possibilidade de um vínculo mais formal e, ao mesmo tempo, o medo de “não ser aprovado” nesse processo.

Durante a pesquisa, valemo-nos do referencial da Teoria das Representações Sociais, e ainda tomamos como fio condutor algumas contribuições teóricas sobre a conformação do trabalho em equipe na saúde.

Sendo assim, analisando as Representações Sociais dos profissionais sobre o trabalho no PSF de Campina Grande, deparamos-nos com inúmeras questões que consideramos relevantes e condicionantes da direção que o Programa vem tomando no município.

Verificamos que foi unânime, entre os profissionais entrevistados, a representação do PSF como um programa positivo reificando o discurso oficial que aponta tal estratégia como capaz de redirecionar as práticas de saúde no âmbito dos serviços públicos. Entretanto, os profissionais também denunciam a ausência da integralidade e da intersetorialidade como também dificuldade na organização do sistema de referência e contra-referência para a efetivação das ações com resolutividade. Algumas críticas foram dirigidas à gestão, tais como: “eu acho que é um Programa que daria certo, se tivesse um gestor que olhasse mais pelo Programa”, “a gente tem muita dificuldade, não depende só da gente, depende muito mais da gestão do que da gente”.

Ao representarem o trabalho no PSF, os entrevistados, ao mesmo tempo em que o qualificam como “organizado”, “prazeroso”, “enriquecedor” e “benéfico à comunidade”, também afirmam que trabalhar no PSF “não é tão bom assim”, uma vez que, segundo eles, atendem a um número excessivo de famílias.

Constatamos a necessidade de mudanças estruturais no Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB, pois a prática nem sempre condiz com a teoria. Para que os profissionais desenvolvam um bom trabalho, acreditamos ser imprescindível adotar algumas medidas, entre as quais, a responsabilização dos gestores para reestruturar o Programa, a exemplo da necessária organização do sistema de referência e contra-referência, que, no município, segundo os entrevistados, não funciona a contento. O número excessivo de famílias, como recentemente o próprio Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde reconheceu, é outro entrave para a efetivação do Programa com mais qualidade.

Na construção do Projeto do Saúde da Família, é necessário que este trabalho seja norteado por um projeto assistencial comum e que os profissionais desenvolvam um processo de interação entre si e com a comunidade de forma horizontalizada, rompendo com o pensamento cartesiano que ainda influencia fortemente a formação dos profissionais.

No tocante às representações sobre o trabalho em equipe, estas revelaram limites se tomarmos como referência as contribuições teóricas sobre o trabalho em saúde destacadas em nossa pesquisa bibliográfica. Não foram evidenciadas, nas falas, as variantes deste trabalho (multiprofissional, interprofissional, dentre outras).

De um modo geral, os entrevistados valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe. Por outro lado, suas representações não são reveladoras da interação entre estes saberes. Também constatamos que, em nenhum momento, foram feitas referências ao saber da comunidade, sendo destacado e valorizado apenas o conhecimento formal/acadêmico.

Quanto às capacitações vivenciadas pelos profissionais do programa, os entrevistados consideram estas como um recurso complementar para reordenar saberes e práticas, sendo um dos fatores que facilitam o desenvolvimento do trabalho em equipe no PSF. No entanto, observamos também que as capacitações, embora valorizadas pelas equipes, vêm ocorrendo de forma pontual e descontínua, centradas na lógica dos programas verticalizados. Foram evidenciadas falas que denunciam assimetria na oferta de oportunidade aos trabalhadores, sendo favorecidos, no entendimento de alguns entrevistados, os profissionais de nível superior.

Entendemos que o trabalho em equipe implica em um trabalho coletivo, no qual cada profissional coloque seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo partilhado. Salientamos, ainda, que esse tipo de trabalho envolve o relacionamento interpessoal, em sua natureza complexa, visto que cada pessoa tem sua singularidade, o seu modo particular de trabalhar e interagir. Os profissionais evidenciaram que, ao lado da

formação acadêmica inadequada, o relacionamento interpessoal se constitui uma das maiores dificuldades na realização do trabalho em equipe.

No que se refere ao trabalho interdisciplinar, verificamos que os entrevistados o representaram de diferentes formas, como: “conjunto de profissões/profissionais”, “troca/diálogo de saberes”, “construção”, “encaminhamento dos usuários de um profissional para outro profissional”, apontando para a lógica da fragmentação do trabalho. Foi possível perceber, assim, que a interdisciplinaridade se faz presente, ainda que de forma incipiente, mais no discurso do PSF e menos no fazer cotidiano das equipes.

Entendemos que a discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de Saúde da Família. Estes deverão aprender a atuar em conjunto dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde e proposto pela estratégia de Saúde da Família.

Neste sentido, consideramos a interdisciplinaridade como a possibilidade de uma construção reflexiva coletiva das práticas cotidianas, a fim de torná-las mais efetivas e satisfatórias não só para os profissionais, como também para os usuários.

Observamos, em nossa pesquisa, que, apesar de alguns aspectos favorecerem o espaço para o trabalho interdisciplinar/coletivo, prevalece ainda o trabalho de forma compartimentalizada ficando sub-aproveitado o *locus* privilegiado para absorver e conjugar as informações geradas nas interações profissionais. Neste sentido, acreditamos ser necessária revisar e reconceituar esse espaço de forma a incorporar uma metodologia pedagógica que, congregando diferentes conhecimentos alcance a adequação ou síntese entre eles, favorecendo o exercício da complementaridade entre os saberes. Este *locus* de articulação precisa, segundo nosso entendimento, ser construído no trabalho cotidiano, para apreensão e identificação das respostas a determinados problemas de saúde, analisados à luz dos enfoques das diferentes disciplinas. As respostas às entrevistas com os profissionais não demonstraram qualquer reflexão mais aprofundada sobre esta questão.

Torna-se, portanto, imperativo superar a fragmentação dos saberes presente no modelo assistencial hegemônico. Este desafio deve ser também enfrentado a partir dos processos formadores nas instituições de ensino e suas relações com o SUS. A escuta, o acolhimento, a humanização do processo de trabalho vistos a partir dos saberes interdisciplinares possibilitam contextualizar as queixas, reelaborar as demandas que geralmente se apresentam de forma difusa, além de possibilitar o conhecimento mais aproximativo dos significados de cada situação para os usuários em seu grupo social, permitindo o conhecimento de suas

capacidades e possibilidades de assumirem novos protagonismos na perspectiva da coresponsabilidade.

Consideramos que o grande desafio que se apresenta para as equipes é romper com o paradigma de formação em saúde tradicionalmente calcado no corporativismo, na estrutura verticalizada de poder e na fragmentação do conhecimento.

Apesar das dificuldades apresentadas, acreditamos que o trabalho compartilhado no PSF pode ser um *locus* formador, concorrendo para novas práticas em Saúde fruto do 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.

Para finalizar, esperamos que os resultados desta pesquisa contribuam para o debate acerca da temática, subsidiando novos estudos com o aprofundamento da discussão do trabalho em equipe na Saúde, particularmente no PSF de Campina Grande.



## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. M; OLIVEIRA, D. C. O. (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

ALMEIDA, N. B. L. de. A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família no município de Arapiraca – AL: integração ou complementação da equipe: **Revista de SASEAL** – Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado de Alagoas. Maceió, Ano 2, n. 2, mai. 2001.

ALVES–MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira. 1998.

ANADÓN, M.; MACHADO, P. B. **Reflexões Teórico- Metodológicas Sobre as Representações Sociais**. Salvador: UNEB, 2003.

ANDRADE, L. O. M. de. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Sobral/CE: uma resposta municipal para a educação permanente no SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 30, p. 15-25, 2003.

ARES, F. P. Síntese dos Debates. In: **Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

ARRUDA, A. Teorias das representações sociais e teorias de gêneros. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** 1ª. ed. Lisboa: Edições 70, 1977, 225p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pólos de Educação Permanente em Saúde: diretrizes para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Avaliação do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília: TCU/Secretaria de Fiscalização dos Programas de Governo, 2002. 20p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. p. 3.

BRANDÃO, I. R.; BONFIM, Z. A. **Os jardins da psicologia comunitária**: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza: ABRAPSO – Ceará/UFC, 1999.

CAMPINA GRANDE. **Programa Saúde da família – Estratégia de implantação – proposta preliminar**. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família**: a experiência de Campina Grande. 1995.

CAMPOS, G. W. S. É preciso fazer a reforma do SUS e dar fim aos desmandos. **Revista Radis-Comunicação em Saúde**. n. 33, 2005. p. 19-21. [Entrevista].

\_\_\_\_\_. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPISTRANO, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Revista da USP**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./abr. 1999.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais na equipe do Programa Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 7, n. 1, jan./jun, 2004. p. 47-50.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n. 20, v. 5, 2004. p. 1400-1410.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 53, dez, 2000. p. 143-7.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA, R. P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde**: um estudo de Caso. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2002.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. et al (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 51-64.

DEMO, P. **Conhecimento moderno sobre ética**: intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: FLEURY, S. (Org.) **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 157-192.

FARIAS, A. F. M. R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho**: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande. 2005. 192f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 31-59.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. 4. ed. São paulo: Papyrus, 1998. 143p.

\_\_\_\_\_. **A interdisciplinaridade**: um projeto em parceria. 4a. ed. São Paulo: Brasil, 1991. [Coleção Educar].

FERNANDES, A. A história e a epistemologia da ciência como campo necessário à construção de uma prática interdisciplinar. In: FERNANDES, A. GUIMARÃES, F. R.; BRASILEIRO, M. C. E. (Orgs.). **O Fio que une as pedras**: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação. São Paulo: Biruta, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. Ver. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n. 2. mar/abr, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MAGALHÃES JR. H. M.; RIMOLDI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. 6ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

GUIMARÃES, E. A. D. **A estratégia Saúde da Família em Campina Grande**: origem, implantação e papel na atenção básica da saúde. 2006. 192f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Base de informações municipais**. Malha Municipal Digital. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em 04 de julho de 2006.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 3a. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 203p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. EdUERJ: Rio de Janeiro, 2001. p. 17-45.

JOVCHELOVITCH, S. Para uma tipologia dos saberes sociais: representações sociais, comunidade e cultura. In: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Curso de extensão na Pós-Graduação em Psicologia**. Porto Alegre, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Ação Intersetorial e Impacto na Qualidade de Vida. **Sustentação**. Ano III, jan./abr. 2001.

LARA, M. J. Percepção dos Profissionais de Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 38-48, jan./jun. 2005.

L'ABBATE, S. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate**. v. 37, dez. 1982. p. 81-85.

LEVCOVTZ, E.; GARRIDO, N. de G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Caderno Saúde da Família**. Brasília, Ano 1, n. 1, Jan/Jun, 1996.

LUTFI, E. P. et al. As representações e o possível. In: MARTINS, J. S. (Org.). **Henri Lefebvre e o retorno à dialética**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LUZ, M. T. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, mai/ago, p. 54-68, 2000.

MACHADO, K. Equipe Mínima, Dilemas e Respostas. **RADIS**, Rio de Janeiro. n. 51. nov/2006.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 3, p. 771-9, mai/jun. 2004.

MARTINIANO, C. S. **Os (Des)Caminhos da Intersetorialidade no município de Campina Grande**. 2004, 103f. Monografia (Especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB) Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária à saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde** – NATES/UFRJ, Juiz de Fora. v. 8, n. 2, jul/dez – 2005.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das políticas sanitárias do SUS. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-43.

\_\_\_\_\_. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, S. et al (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 6ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4a. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal: leitura e exercícios de treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1985.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 2 ed. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes. 2004

\_\_\_\_\_. **Representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Zahar: Rio de Janeiro, 1978. Título Original: La Psychanalyse, son Image et son Public.

NÓBREGA, M. B. da. **Os mistérios do corpo: estudo das representações sociais sobre saúde em Princesa Izabel-PB**. 1997. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Centro de Humanidades – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/Autor Associado, 2001. p. 55-87.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado à partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPS, 2000. p. 59-63.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C., et al. (Orgs.) **Psicologia Social Contemporânea: livro texto**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-117.

PARO, V. H. **Por Dentro da Escola Pública**. São Paulo: Xanã, 1995.

PARREIRAS, P. C.; MARTINS JÚNIOR, T. A proposta político-pedagógica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Sanare, Revista de Políticas Públicas**. Sobral. Ano v, n. 1, p. 21-32, 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e Diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311. 2001.

PEDUZZI, M. E. Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n. 1. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>> acesso em 17/05/05.

\_\_\_\_\_. **Equipe multiprofissional de saúde: a interfaxe entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Rev. Educ. Méd. Salud**, v. 7, n. 3, p. 295-313, 1993.

PÉRET, T. C. O. **Programa Saúde da Família: questões e perspectivas – A experiência desenvolvida no município de Campina Grande/PB (1994-1999).** 2001. 243p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, 2001.

PIANCASTELLI et al. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 21, p. 44-48, 2000.

RODRIGUES NETO, E. Experiências internacionais em saúde da família. In: **Relatório Final de Experiências Internacionais em Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BRANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 438-446, mar-abr, 2004.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Rio de Janeiro: UERJ. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 20-45.

SALUM, M. J. L. A responsabilidade da Universidade pública no processo institucional de renovação das Práticas de Saúde: questões sobre o Programa Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à Saúde.** Juiz de Fora, ano 3, n. 37, p. 24-33, dez/2000 a mai/2001.

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Rev. Radis**, n. 49, set/ 2006, Rio de Janeiro: Fiocruz.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 32, n. 4, 2003. p. 65-74.

SANTOS, P. F. B. B. dos. O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande, PB: à luz da história oral temática. [Dissertação de mestrado – UFPB/ CCS, João Pessoa, 2004.



SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, 1999.

SENNA, M. C. M. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 18, supl. 2002. p. 203-211. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acesso em: 25 de julho de 2006.

SEVERINO, A. J. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: \_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 5ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 203p.

SILVEIRA, M. de F. A. **Avaliação do Processo de capacitação do Programa Saúde da Família em Campina Grande/PB**. Relatório Final. Campina Grande, 2004.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 2, n. 2, 1999. p. 10-14.

SOUZA, A. S.; MOURÃO, A. M. A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, ano 4, n. 10, 2002.

SOUZA, H. M. Inversão do modelo assistencial: a estratégia do PSF. **Revista do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde**. 1999.

SOUZA, M. F. de. Unidades e equipes de Saúde da Família: espaços e almas ativas. In: Sousa, M.F. (org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do PSF. **Rev. Bras. Enf.**, v. 53, n. especial, p. 25-30, 2000.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Práticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 12. 1996. p. 19-23.

TEIXEIRA, M. J. O. O serviço social no Programa Saúde da Família e a luta contra a desigualdade social. In: COSTA, M. A. da.; DINIZ, M. L. F. **Trabalho, direito e democracia: assistentes sociais contra as desigualdades**. Rio de Janeiro: CBAS/CFESS, 2001.

TEIXEIRA, M. J. O.; NUNES, S. T. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.) **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

TURRINI, R.N.T. (Org.) Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002, p. 102-22.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teoria e estratégia. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VALA, J. Representações Sociais: para uma psicologia do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

XAVIER, J. de O.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, W. da S. Relações interpessoais em equipes do Programa Saúde da Família. In: IV JORNADA INTERNACIONAL E II CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. **Anais do congresso**. João Pessoa, 2005. p. 2816-2830.

YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

<<http://drt2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>> Acesso em: 23/07/2006.



# ANEXOS E APÊNDICES

## Apêndice A

Universidade Estadual da Paraíba  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa  
Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva

### Roteiro das Entrevistas

#### Caracterização

- Nome
- Sexo
- Data de Nascimento
- Unidade onde trabalha
- Formação acadêmica
- Tempo de atuação no P.S.F. de Campina Grande
- Experiência anterior
- Função que exerce no P.S.F. de Campina Grande
- Exerce outras funções além dessa

#### Roteiro da Entrevista

01. O que é trabalho em equipe?
02. Como é trabalhar em equipe? Quais as dificuldades?
03. Como é organizado o trabalho do P.S.F.? Como é o dia-a-dia no P.S.F.?
04. Como se dá a operacionalização de sua prática?
05. O que é trabalho interdisciplinar?
06. O que é uma ação interdisciplinar? Quais as conseqüências desta no âmbito da saúde?
07. Há ou não interdisciplinaridade no trabalho realizado pela equipe de saúde da Família?  
Se não, por que? Se sim, como esta se caracteriza na prática?
08. Quais as sugestões que você aponta para melhorar o nível de ação interdisciplinar dentro da equipe?

09. Nas atividades desenvolvidas pela equipe, há intercâmbio de saberes entre os profissionais? Como?
10. Das atividades desenvolvidas pela equipe qual a que você gosta mais de realizar? Por que?
11. Como é o seu papel profissional na equipe de saúde da família?
12. Como é o relacionamento interpessoal com os outros profissionais da equipe?
13. Com relação as capacitações (liberação para cursos) que são oferecidos pela Secretaria aos profissionais do P.S.F., você acha que tem melhorado o trabalho em equipe no P.S.F.?
14. Qual a opinião da comunidade sobre estas capacitações?
15. Como a comunidade vê o trabalho em equipe do P.S.F.?
16. Como você avalia o trabalho desenvolvido pelo programa P.S.F. em campina Grande?
17. Por que os profissionais do P.S.F. estão deixando o programa?
18. Existe planejamento das atividades no P.S.F.? Se sim, como é feito?
19. Como é o trabalho na sala de espera? (atividade em grupo)
20. Como é uma reunião do S.I.A.B?
21. No seu entendimento quais os profissionais deveriam compor a equipe do P.S.F.? Por quê?
22. Gostaria de relatar mais alguma coisa ligada ao assunto sobre o qual conversamos?

**Apêndice B****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Pelo presente termo de compromisso livre e esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, me disponho a participar da pesquisa “Limites e perspectivas do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família de Campina Grande – PB: as Representações Sociais dos Profissionais”, sob a responsabilidade da orientadora, professora Dra. Thelma Maria Grisi Velôso, e da mestrandia, Rosana Farias Batista Leite, do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva. O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pela pesquisadora de que:

1. A pesquisa justifica-se pela necessidade de refletirmos sobre a importância da reorganização do processo de trabalho no P.S.F., especialmente no que se refere à aquisição de novas habilidades e conhecimentos interdisciplinares.
2. O estudo tem por objetivos analisar as representações sociais elaboradas e as práticas desenvolvidas pelos profissionais/ trabalhadores do Programa Saúde da Família do Município de Campina Grande – PB, sobre o trabalho em equipe que desenvolvem no programa e verificar se há intercâmbio de saberes voltado para a construção de um trabalho coletivo ou se prevalece o trabalho cotidiano fragmentado.
3. Os dados serão coletados através da observação participante e entrevista semi-estruturada.
4. Minha participação é voluntária, tendo eu liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
6. Caso sinta a necessidade de contactar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone: 3334 2424 ou 9971 1277.
7. Se for do meu interesse, ao final da pesquisa, terei acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.
8. Os benefícios desta pesquisa: contribuir para o trabalho em equipe no P.S.F. e em mudanças estruturais no âmbito da academia.

Campina Grande, Outubro de 2005

\_\_\_\_\_  
Profissional/ Trabalhador do P.S.F.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora