

DANIELLE SANDRA DA SILVA DE JESUS

**A COMUNICAÇÃO NO TRABALHO EM EQUIPE: perspectivas de
profissionais inseridos no Programa Saúde da Família**

**BELO HORIZONTE
2006**

DANIELLE SANDRA DA SILVA DE JESUS

**A COMUNICAÇÃO NO TRABALHO EM EQUIPE: perspectivas de
profissionais inseridos no Programa Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidar em saúde e na enfermagem
Área de concentração: Enfermagem

ORIENTADORA: DR^a. SÔNIA MARIA SOARES

**BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2006**



“Todo pesquisador precisa pesquisar com um pouco de saber, um pouco de sabedoria e o máximo de sabor possível”

Barthes, 1997

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Antônio e Wilma, e irmãos Alex e Natacha, pilares fundamentais de estímulo e apoio constantes, em especial a minha cunhada Esther e Tios Iram e Terezinha, dedico mais esta vitória!

Ao Lyvio pelo apoio, carinho e compreensão em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conceder a vida e a oportunidade de vencer.

À Profª Drª Sônia Maria Soares, pela orientação, compreensão e doação no momento mais crucial de toda a trajetória deste trabalho.

À Profª Drª Aidê Ferreira Ferraz por instigar meus conhecimentos iniciais e pela colaboração final.

À Escola de Enfermagem da UFMG por ter proporcionado grande parte de minha formação intelectual e ter me acolhido todos esses anos.

À Débora Maria Soares Rodrigues Coelho da Silveira e demais profissionais de saúde pelo apoio e colaboração neste trabalho.

À Marcilene, Michelle e Shyrleen pela amizade e torcida.

Ao Jailton, do Setor de Informática da Escola de Enfermagem da UFMG pela disponibilidade e ajuda na formatação de todo o trabalho.

A todos os professores, amigos e colegas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que buscou compreender como a comunicação reflete no trabalho em equipe de profissionais que atuam no Programa Saúde da Família. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Regional Pampulha do Município de Belo Horizonte, de dezembro de 2004 a julho de 2005. Os dados foram coletados por meio de observação e entrevistas semi-estruturadas. Observei momentos de interação entre os profissionais de saúde em reuniões semanais de cada equipe; cenas e fatos ocorridos na recepção e corredores que permitiram desvelar como se dá a comunicação entre os profissionais. Foram entrevistados 03 enfermeiros, 01 médico, 02 auxiliares de enfermagem e 01 agente comunitário pertencentes às quatro equipes desta Unidade. A análise dos dados permitiu a identificação dos seguintes temas: “Concepção de Comunicação”; “Processo de Trabalho e Comunicação” e “Implicações do Processo Comunicativo no Trabalho em Equipe”. A maioria dos profissionais considera a comunicação importante para suas ações, concebendo-a como expressão de liberdade do sujeito e um meio de trocar informações entre as pessoas. A implementação das visitas domiciliares e a presença do ACS no Programa Saúde da Família fazem com que haja o trabalho extramuros onde o foco é a família, a comunidade. Esse contexto leva a uma maior aproximação do profissional com o cliente e, conseqüentemente, as expectativas e as demandas da população se intensificam; aumentam o barulho e o fluxo de pessoas no local de trabalho; há uma duplicidade de informações com o mesmo conteúdo; o que torna ainda mais complexa a comunicação. O processo de trabalho revela-se estressante e sobrecarregado, onde a interação com o outro ocorre, principalmente, de forma verbal. Além disso, nota-se pouco entrosamento entre os membros das equipes que não compartilham a mesma rede de significados, o que acaba prejudicando o trabalho multidisciplinar. Esta pesquisa permitiu aos próprios colaboradores uma reflexão consciente de como desenvolvem seu trabalho e se torna subsídio para a elaboração de capacitação profissional para a interação em equipe e percepção não-verbal.

Descritores: programa saúde da família; comunicação; relações interprofissionais; equipe de assistência ao paciente; condições de trabalho.

ABSTRACT

This study aimed to understand how communication intervenes in the work in team of professionals who act in Family Health Program. The research was carried out in the Health Center of Pampulha District in Belo Horizonte City, from December 2004 to July 2005. The data have been collected by means of observation and half-structured interviews. Interaction moments, scenes and facts occur in the reception and halls were observed among them. Three nurses, one physician, two nursing practitioners and one health community agent were interviewed. The analysis of data allowed the identification of the following subjects: "Conception of Communication"; "Process of Work and Communication" and "Implications of the Communicative Process in the Work in Team". The majority of the professionals consider the importance of communication for their actions, conceiving it as the citizens' expression of freedom and a way to exchange information among people. The implementation of the domestic visits and the presence of the health community agent in the Family Health Program demand outdoor work, where the focus is the family, the community. This context leads to a bigger approach of the professional with the patient and, consequently, the expectations and requirements of the population increase; this rises a great noise and flow of people in work-place; there is a duplicity of information with the same content, which becomes the communication more complex. The work process is stressing and overloaded, thus the interaction with the other occurs mainly of verbal form. Moreover, little intermeshing is noticed among the members of the teams that do not share the same net of meanings, that impair the work to multidiscipline. This research allowed a conscious reflection to the own collaborators as they develop their work and this survey becomes subsidy for the elaboration of professional qualification for the interaction in team and nonverbal perception.

Descriptors: family health program; communication; interprofessional relations; team of assistance to the patient; work conditions.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. A GÊNESE DA PESQUISA	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A Comunicação nas Relações Interpessoais.....	16
3.2 A Comunicação como Instrumento do Trabalho em Equipe	28
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO	35
3.1 Orientação Metodológica	35
3.2 Procedimentos de Coleta de Dados	37
3.3. Procedimentos de Análise de Dados	41
4. O CENÁRIO DE ESTUDO	44
5. O GRUPO DE COLABORADORES	51
6. A CONCEPÇÃO DE COMUNICAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO COTIDIANO PROFISSIONAL	56
7. COMPREENDENDO AS IMPLICAÇÕES DO PROCESSO COMUNICATIVO NO TRABALHO EM EQUIPE	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E O SURGIMENTO DE NOVAS INDAGAÇÕES	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

ENF - Enfermeiro

MED - Médico

AE - Auxiliar de Enfermagem

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CS - Centro de Saúde

CAPÍTULO 1

1. A GÊNESE DA PESQUISA

“A comunicação é o processo que liga entre si partes descontínuas do mundo vivo” – Ruesch

O Brasil vivenciou uma proposta de mudança do modelo assistencial de saúde da rede pública, a partir da década de 90, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propiciou a elaboração de estratégias de atenção voltadas para as dimensões bio-psíquica e social dos indivíduos. A partir dessas reformulações o comprometimento com a coletividade é cada vez mais exigido, mudam as relações interpessoais, o processo de trabalho e as estratégias de ação (BRASIL, 1990).

Para essa mudança foi criada uma estratégia chamada Programa Saúde da Família (PSF), que preconiza extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias e à comunidade, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social (BRASIL, 2000). Além disso, apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar, bem como a responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência das Unidades de Saúde, que possibilita às equipes a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O modelo de assistência à saúde, o acesso ao serviço e a resolutividade, associados ao trabalho de equipe que estimule o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias, contribuem para que as pessoas se sintam co-responsáveis pela busca ativa da solução para os seus problemas e, tanto quanto possível, consigam compartilhar suas experiências e decisões nas associações e grupos comunitários dos quais fazem parte (ANGERAMI, 2004).

Para Pedrosa (2001), o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários.

O processo de comunicação é o denominador comum do trabalho em equipe e da humanização da assistência e se dá pela articulação das ações multiprofissionais (STEFANELLI et al, 1997). A mesma autora ressalta, ainda, que para ocorrer uma comunicação adequada entre os membros da equipe multiprofissional é necessário franqueza, autenticidade, transparência, respeito mútuo e confiança.

A boa articulação entre os profissionais faz com que as equipes de saúde apresentem maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquiram meios saudáveis de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, estando mais estruturadas, possam atender de modo eficaz a seus pacientes (REIS, 2004).

Porém, o que vemos na prática, de modo geral, é uma corrida desenfreada pela produtividade máxima; tecnicismo perfeccionista; frieza e hostilidade nas relações interpessoais e fragmentação do cuidado. A equipe é chamada multiprofissional, mas o que percebemos é um agrupamento de diferentes profissionais entre os quais as informações, apesar de circularem, geralmente se perdem ou se diluem (STEFANELLI et al, 1997).

Pude observar, em minha experiência profissional, que nos serviços de saúde as informações que são transmitidas entre os profissionais, muitas vezes, são distorcidas e contraditórias, não atendendo a finalidade da comunicação. Moreira (1989) afirma que quando as informações não são completas ou mesmo quando são omissas, surgem rumores ou distorções que podem conduzir a situações conflitantes, ressentimentos,

trabalhos desorganizados e assistência deficiente aos pacientes; daí a necessidade de adoção de um fluxo adequado de comunicação pelos diferentes grupos profissionais.

Conill (2002) reitera afirmando que, na verdade, o que existe é uma preocupação com o aumento da produtividade e não da qualidade da assistência, havendo problemas na composição e manutenção das equipes, pouco envolvimento dos profissionais de nível superior, dificuldades no atendimento às demandas psico-afetivas e de ordem ética que implicam práticas incoerentes com os objetivos propostos pelo PSF.

Um estudo feito por Pedrosa (2001) revela que o relacionamento interno da equipe mostra a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre enfermeiros, médicos e agentes de saúde.

Pude perceber, então, que parece haver uma inadequação da comunicação pelos profissionais de saúde da atenção básica, interferindo nas relações do trabalho em equipe; explícito na frieza e hostilidade do relacionamento entre eles; individualismo nas práticas e distanciamento do coletivo; troca de informações distorcidas e contraditórias; não compartilhamento de afetividades, dificuldade e limitações; fragmentação do cuidado e centralização na produtividade; ineficácia no atendimento ao cliente por não esclarecimento de angústias, dúvidas, já que não há uniformidade na transmissão de informações.

Acredito, portanto, que o ponto de partida para atender a finalidade da comunicação, tão importante para o trabalho em equipe, seja, primariamente, a sua compreensão. Paes da Silva (2002) afirmou, em artigo sobre o papel e a influência da comunicação interpessoal no atendimento em saúde, que para haver entendimento das partes envolvidas no processo de comunicação é preciso haver, anteriormente, a

compreensão desse processo. A autora questiona, por exemplo, se os clientes compreendem o trabalho de um profissional de saúde. Como eles não têm condições de fazer a avaliação técnica do trabalho da equipe, muitas vezes, esperam entender o que os profissionais de saúde sentem aos lhes prestar cuidado.

Diante do exposto emergiram os seguintes questionamentos: Como ocorre a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde de uma Unidade Básica? Como os profissionais percebem o processo de comunicação refletindo nas relações do trabalho em equipe?

Num levantamento bibliográfico preliminar observou-se que a abordagem predominante refere-se à comunicação terapêutica e à relação profissional - cliente (CARVALHO, 1979; MENDES, 1986; PAES DA SILVA, 1989,2000,2002; STEFANELLI, 1990; FERRAZ, 1991; BACHION, 1991). Há poucos estudos sobre a comunicação da equipe, como por exemplo: Carvalho et al (1988); Moreira (1989); Stefanelli et al (1997); Peduzzi (2001), mas todos apontam que esta comunicação é importante para o fluxo dos serviços e, principalmente, para o cuidado com o paciente; ela existe nas unidades de saúde e, na maioria dos casos, não é utilizada adequadamente, ficando em segundo plano em detrimento de doenças.

Apesar de existirem vários trabalhos científicos sobre comunicação, percebe-se uma lacuna para as indagações específicas propostas para esta pesquisa.

Propus, então, desenvolver um estudo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Prefeitura de Belo Horizonte, em virtude da importância que a Atenção Básica adquire por sua expansão e difusão dentro do SUS; pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos. É, também, um serviço com um grande fluxo de pacientes, gerando uma situação de ansiedade para equipe profissional, sendo um local

onde a comunicação precisa estar muito bem definida para a garantia da qualidade e da humanização do cuidado.

Na área de saúde, o processo de comunicação é vital para a atuação dos profissionais de saúde que buscam compreender e facilitar a interação com o outro (STEFANELLI et al, 1997) e ainda enfrentar situações de conflitos pessoais, interpessoais e grupais (PAES DA SILVA et al, 2000). Oliveira (2000) complementa que o contexto comunicacional (facilita ou dificulta a integração da equipe) pode transformar-se em terreno propício para a geração de problemas que minam a coesão, comprometendo o trabalho da equipe.

Considero que os argumentos apresentados justificam a realização deste estudo, que poderá subsidiar ações para a melhoria da assistência aos clientes e uma maior resolutividade dos serviços em saúde.

OBJETIVO DO ESTUDO

- Compreender como ocorre a comunicação entre os profissionais de saúde inseridos no Programa Saúde da Família de Belo Horizonte/ MG.

CAPÍTULO 2

2. REVISÃO DE LITERATURA

“Comunicação é um processo que torna comum para dois ou muitos o que era monopólio de um ou poucos”- Alex Gode

2.1 A Comunicação nas Relações Interpessoais

A comunicação humana surgiu a partir da necessidade do homem de se relacionar com o outro e indagar a respeito do mundo em que vive. Constitui um dos mais penetrantes, complexos e importantes aglomerados de comportamentos existentes.

Em virtude da natureza complexa e multidisciplinar do processo, a comunicação é muito difícil de ser definida. A palavra comunicação é abstrata e possui múltiplos significados.

Primeiramente, precisamos entender que a informação é apenas o conteúdo que se tem dentro de uma mensagem. Já a comunicação é o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão desta informação.

A palavra comunicação vem do latim *comunicare*, sinônimo de comunhão, estar com, partilhar de alguma coisa. Um outro significado, apesar de ter a mesma raiz etimológica, refere-se à perspectiva de dar conhecimento às pessoas de alguma coisa, informar. No primeiro sentido, a comunicação é entendida como um processo horizontal, no qual o diálogo é sua principal característica. Já no segundo, a idéia da comunicação tem uma relação mais hierarquizada e menos mutável, onde o emissor detém o papel ativo de emitir a mensagem, cabendo ao receptor passivamente recebê-la (OLIVEIRA, 2000).

De acordo com Littlejohn (1988), a comunicação é um processo complexo de interação simbólica, a partir da codificação de mensagens através dos processos de

pensamento humano, resultando em mudança. Afirma também que, quando membros ou elementos estão em comunicação entre si, estão se associando, cooperando, formando uma organização, ou por vezes, um organismo. Portanto, a comunicação é uma função social, já que ela é fundamental no desenvolvimento da personalidade humana, na emergência da vida grupal e na elaboração da cultura.

Moreira (1989) diz que, com o difusionismo da comunicação, hoje a sua abrangência atinge, entre outros, educadores, comunicação de massa, tecnologias e, sobretudo, situações onde predominam as relações entre grupos de trabalhos. Stefanelli (1990) acrescenta que a comunicação já não é mais apenas um dos instrumentos básicos utilizados na área da saúde, mas sim uma competência interpessoal adquirida.

A natureza interdisciplinar da comunicação humana foi colocada em evidência por Pluckhan (1978) *apud* Mendes et al (1987), que atestou os empréstimos tomados das ciências sociais, das humanidades e das ciências físicas, tanto de conceitos e teorias, como de metodologias. A maioria das teorias de comunicação humana propostas inclui substância dos campos da psicologia, sociologia, antropologia, lingüística e cibernética.

As teorias de comunicação podem ser analisadas por quatro níveis ou contextos: *interpessoal; pequeno grupo; organizacional e massa* – inter-relacionados (LITTLEJOHN, 1988). A interação interpessoal está envolvida na comunicação em pequeno grupo, organizacional e de massa.

- A comunicação *interpessoal* ocorre na interação face-a-face, consistindo em eventos de comunicação oral e direta. Envolve uma interdependência comunicativa, através de trocas de mensagens verbais e não-verbais.
- O *pequeno grupo* é uma parte crucial da sociedade, produzindo efeitos importantes sobre a vida de cada indivíduo. O grupo constitui um sistema social, envolvendo as inter-relações dinâmicas e a comunicação sócio-emocional.

- A comunicação é central para a estrutura e a função *organizacionais*, servindo de suporte às metas de produtividade e às metas pessoais dos membros.
- A comunicação de *massa* envolve mensagens oriundas de fontes organizacionais e interpessoais, transmitidas através da mídia para grandes públicos com distintos padrões de resposta, resultando num complexo processo de interação simbólica.

Um contexto não exclui o outro, pelo contrário, os níveis mais amplos sempre envolvem os anteriores.

Percebe-se facilmente que o bem-estar social do homem depende da comunicação que ocorre em todo processo interpessoal ou grupal em que ele se vê imerso. Segundo Stefanelli (1990), quando a pessoa conhece a si mesma e sabe que pode ser afetada pelo comportamento do outro, terá mais consciência da recíproca, ou seja, a mudança de atitude e de comportamento decorre do fato de que, no processo de comunicação, cada pessoa influencia a outra de modo sutil ou abertamente. O objetivo básico na comunicação é tornarmos agentes influentes, é influenciarmos outros, nosso ambiente físico e nós próprios, é nos tornarmos agentes determinantes.

Paes da Silva (1989) ressaltou que não é possível entendermos a comunicação sem compreendermos como ocorre a percepção, que pode ser definida como um processo de reconhecimento através dos sentidos. Nesse processo inclui-se ainda a possibilidade de conflitos que podem ser intensificados ou reduzidos pela comunicação e a de persuasão (indução a mudanças de valores e de comportamentos). A função perceptiva está ligada à atenção consciente para determinados tipos de estímulos externos e internos, sensações e eventos, como para áreas específicas de interesse. A partir do que vemos, ouvimos, sentimos, cheiramos, é necessário interpretarmos para que possamos perceber. Uma vez que não há como apreender a realidade do outro totalmente, a percepção consciente da comunicação se apresenta como facilitador da relação interpessoal, não sendo capaz de

evitar conflitos, mas aumentando, substancialmente, a possibilidade de resoluções (DOBBRO et al, 1998). Precisamos, então, estar atentos à comunicação verbal e à não-verbal para que a percepção e a comunicação sejam eficientes.

Os comportamentos verbais e não verbais são componentes da comunicação utilizados pelo emissor e pelo receptor a fim de partilhar informações.

Portanto, a comunicação humana é a geração e transmissão de significados, não apenas transferência de mensagens verbais e não-verbais do emissor ao receptor como se presume freqüentemente. Ela se ocupa com a enunciação de significados com sentido. O sentido em si não se ocupa dos fenômenos físicos, pois é o que existe nas mentes das pessoas; ou seja, o sentido é função das idéias e essas se encontram na mente (STEWART, 1972).

Comunicar, então, é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, que são estímulos convencionais ou arbitrários que transmitem uma mensagem. Tem por finalidades básicas o entendimento do mundo, o relacionamento com o outro e a transformação de si mesmo e da realidade. A comunicação é, antes de tudo, um ato criativo (PAES DA SILVA, 1996). Não existe apenas um agente emissor e um receptor, mas uma troca de signos entre as pessoas, formando um sistema de interação e mudanças na forma de sentir, pensar e atuar.

A permuta de signos envolve a interação de sinais e símbolos na troca de mensagens. Um exemplo de símbolo é o estetoscópio no pescoço de uma pessoa no corredor de um hospital, que a identifica inicialmente, como médico. Já a roupa branca se constitui em um exemplo de sinal, que pode identificar várias categorias de profissionais da saúde. Dependendo do contexto, a maioria dos signos humanos possui mais de um significado possível, sendo, portanto, sinais e não símbolos.

Além dos componentes verbais e não-verbais e a compreensão de seus significados, a efetivação da comunicação também leva em conta o contexto em que o processo ocorre; as condições de quem emite e de quem recebe e o tipo de linguagem utilizada (LUCENA, 1999; OLIVEIRA, 2000).

O ambiente em que se dá o processo comunicativo pode atuar como fator determinante de certos tipos de resposta, afetando o comportamento das pessoas (LITTLEJOHN, 1988). O contexto verticalizado de comunicação, ou seja, a existência de uma desigualdade ou hierarquização onde alguns se julgam mais competentes para falar e agir, também prejudica a comunicação e compromete o trabalho de um grupo (OLIVEIRA, 2000).

Outro exemplo que pode dificultar a integração das pessoas, interferindo na percepção do verbal e do não-verbal, é um ambiente ruidoso. Os ruídos são elementos presentes que podem ser de irrelevantes a prejudiciais ao envio ou a compreensão da mensagem. Para Gamble & Gamble (1987) é algo que interfere ou distorce nossa habilidade de enviar ou receber mensagens. Comumente, o ruído é associado a sons, mas ele pode originar de um desconforto físico, psicológico, intelectual ou do próprio local onde estão as pessoas.

Pluckhan (1978) *apud* Mendes et al (1987), diz que a vida e a história de um grupo, por exemplo, é um fator importante na comunicação grupal. Sendo o grupo de convívio permanente, as pessoas nele inseridas têm um passado e um futuro; além disso “conhecer” o indivíduo que está emitindo as informações, ajuda a compreensão de seus significados. Já se o grupo for de convivência temporária, eles têm uma grande relação no presente, mas muito pouca referência ao passado ou ao futuro; portanto, podem ser produtivos sem que um verdadeiro sentido de participação ou de pertença de grupo seja estabelecido.

Segundo Mendes et al (1987), o nível de confiança estabelecido entre os membros depende dos vínculos e compromissos uns dos outros. A confiança permite maior efetividade da comunicação na medida em que, sentindo-se mais à vontade, a pessoa externará mais sinceramente o que pensa e o que sente. Além disso, deve-se atentar para a disponibilidade dos membros envolvidos no processo. Atitudes de impaciência em relação ao horário, falta de atenção, desmotivação, por exemplo, podem prejudicar o processo comunicacional. Dobbro et al (1998) acrescenta que quando estamos alegres, interessados, ficamos mais susceptíveis à leitura do não-verbal; enquanto, tristeza, contrariedade, raiva nos dificultam essa tarefa.

O linguajar utilizado também precisa ser analisado, já que deve ter a mesma significação para todas as pessoas participantes do processo; caso contrário, haverá apenas trocas de informações. A cultura tem um peso muito grande nesta variável.

Adaptando o esquema simbólico do sistema de comunicação de Shannon e Weaver (1949, p.35) com o proposto por Paes da Silva (1996, p.24) temos o seguinte modelo (fig.1):

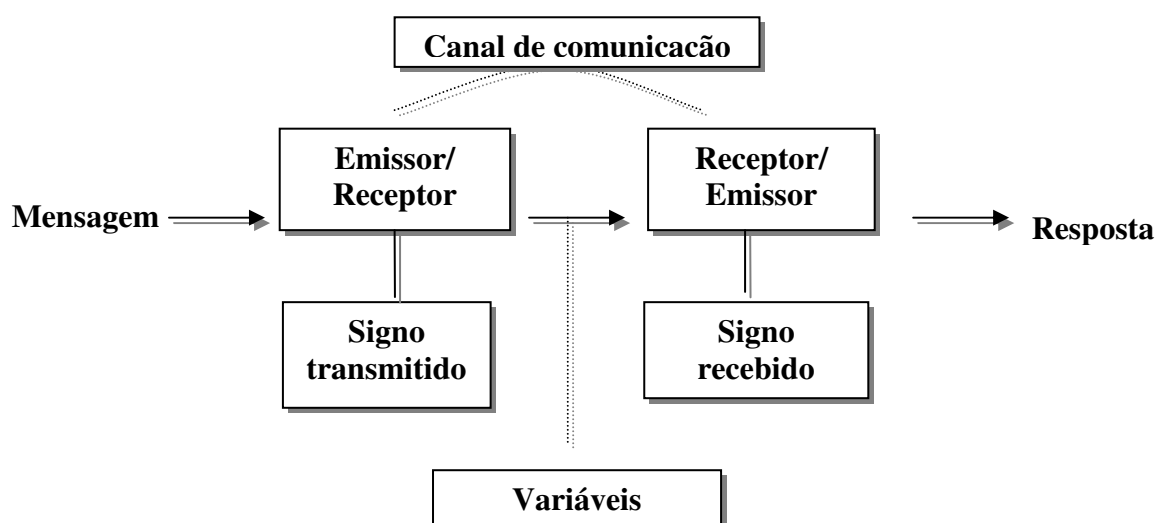


FIGURA. 1: Fluxograma do processo de comunicação

A fonte de informação seleciona a *mensagem* dentre um grupo de mensagens possíveis. A mensagem escolhida poderá ter a forma verbal ou não-verbal.

O *emissor* transforma a mensagem em um signo que é enviado através de um *canal de comunicação*. O *receptor* decodifica novamente o signo e manifesta o efeito causado (*resposta*).

As *variáveis da comunicação* são compostas por ruídos ou deformações no signo que não foram previstos pelo emissor, que podem causar distorções, erros de transmissão ou um intensificado grau de incerteza.

Esses elementos são fundamentais na análise de qualquer interação, sendo que a habilidade em decodificar corretamente uma interação é diretamente proporcional à atenção dispensada a esses elementos.

A comunicação é vital para a atuação dos profissionais de saúde que buscam compreender e facilitar a interação com o outro. Mas este processo nem sempre é fácil já que nem todos estão preparados para estabelecer uma relação que pode implicar em mudanças de conceitos a cerca do modo de relacionar-se, pois exige abertura, disponibilidade, flexibilidade, vontade de conhecer e deixar-se conhecer.

Diante de todos os argumentos até aqui expostos, citamos uma colocação de Mendes et al (1987), que resume bem todas as concepções e características do processo comunicacional:

“Entendemos a comunicação como um comportamento que visa a reflexão, o relacionamento, a troca de informações, de idéias, de imagens e de sentimentos objetivando o entendimento humano e o exercício da influência intencional. É composta por elementos implícitos ou explícitos, que são o emissor, a mensagem, o receptor e o contexto. Sua função é a de transmitir mensagens incorporadas por significado com sentido.

Sendo um comportamento canalizador de pensamento, a comunicação se caracteriza como um processo:

- dinâmico e evolutivo, uma vez que envolve uma série de ações contínuas e interdependentes;
- complexo e variável, porque depende de fatores circunstanciais, emocionais, mentais e físicos;
- essencial para o desenvolvimento do indivíduo;
- probabilístico, porque sempre existe um grau de incerteza subjacente, não se podendo garantir o tipo de comportamento que uma mensagem vai produzir no receptor;
- interativo, porque depende da interação entre dois seres ou mais”

A comunicação é essencial para a vida, sendo necessária uma equipe de saúde proficiente na técnica de comunicação para o exercício da prática de humanização da assistência (STEFANELLI et al, 1997; SANTOS et al, 2004). Conhecer o referencial teórico sobre o processo de comunicação é fundamental para a aquisição desta competência interpessoal.

A Comunicação Verbal:

A comunicação verbal refere-se à linguagem escrita e falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicarmos. A fala é considerada defeituosa quando a comunicação não é efetiva, seja porque a maneira de falar distrai a atenção do que é dito, seja pelo constrangimento do emissor diante de sua própria dificuldade de falar. Como principais causas das deformações da fala tem-se as orgânicas (fenda palatina, problemas

auditivos, lesões cerebrais, entre outras) e as funcionais (falhas na aprendizagem e bloqueios emocionais) (BACHION, 1991; PAES DA SILVA, 1996).

Quando interagimos verbalmente com alguém tentamos nos expressar, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo. A não validação da comunicação é uma das causas da falta de compreensão entre as pessoas.

A linguagem também é fortemente influenciada pela cultura. Gamble & Gamble (1987) afirmam que a linguagem é um sistema unificado de símbolos e sinais, que permite o compartilhamento de significados. Para cada um, a informação terá um sentido diferente, pois os membros de uma cultura são portadores de diferentes histórias de vida, perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos (OLIVEIRA, 2000). Porém, para pessoas que trabalham num mesmo grupo, alguns signos precisam ter os mesmos significados para que se possa obter uma resposta comum.

Paes da Silva (1996) afirma que a comunicação escrita é o registro de pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos, que somente é eficaz quando torna o pensamento comum e produz uma resposta. A escrita geralmente representa um pensamento mais elaborado, pois podemos filtrar a emoção e a espontaneidade, apesar de a pontuação e a forma de disposição das frases também serem uma forma de transmissão de sentimentos, como acontece na poesia (STEWART, 1972).

Não existe uma comunicação verbal sozinha já que a mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e não-verbal.

A Comunicação Não -Verbal

O estudo do não-verbal pode resgatar a capacidade das pessoas de perceber com maior precisão os sentimentos, as dúvidas, as dificuldades de verbalização do outro, facilitando a interação.

Em pesquisas sobre comunicação não-verbal feitas por Edwards & Brillhart (1981) concluiu-se que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas) e 55% pelos sinais do corpo.

A comunicação não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras. Também pode ser definida como toda informação obtida por meios de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

A percepção do não-verbal aumenta as possibilidades de avaliações mais precisas das mensagens emitidas (DOBBRO et al, 1998). O toque é, talvez, um das mais importantes facetas da comunicação não verbal, pois, é um dos meios mais concretos de transmitir nossos sentimentos de empatia e confiança (STEFANELLI, 1990). Entretanto, todas essas manifestações só podem ser examinadas no contexto em que ocorrem porque a sua significação está diretamente vinculada a este.

Dentre as muitas maneiras de compreensão do não-verbal, temos a proposta de Paes da Silva (1996), que classifica os gestos humanos em cinco categorias:

- Emblemáticos: são gestos culturais aprendidos e admitem transposição oral e direta. São gestos simbólicos de largo uso social;
- Reguladores: são os gestos que regulam e auxiliam na manutenção da comunicação entre duas ou mais pessoas. Sugerem ao emissor que continue, repita, elabore, dando oportunidade ao outro de falar;
- Ilustradores: são gestos aprendidos por imitações, acompanham a fala, enfatizando a palavra ou a frase, como se desenhasse a ação descrita;

- Adaptadores: funcionam como “muletas”, isto é, são partes do nosso corpo que usamos para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão. Isto acontece, principalmente, quando não conseguimos expressar o que sentimos diante de alguém ou mesmo quando estamos sozinhos;
- Manifestações afetivas: são configurações faciais que assinalam estados afetivos. Podem ser conscientes ou não. Todas as pessoas são capazes de expressar várias emoções facilmente identificáveis pelos outros, o que acontece sem a necessidade de um aprendizado consciente.

A comunicação não-verbal nas relações interpessoais possui quatro funções básicas: complementar a comunicação verbal, ou seja, executar qualquer signo não-verbal que reitere ou complete o que foi dito; substituir a comunicação verbal como, por exemplo, balançar o dedo indicador de um lado para outro, substituindo a palavra “não” (na nossa cultura); contradizer o verbal, afirmando uma coisa e gesticulando de forma a significar o oposto; e por fim, demonstrar sentimentos.

A aprendizagem da comunicação não-verbal não só é possível, como necessária, em vista da sua importância para que possamos estabelecer relacionamentos interpessoais efetivos. É bom ressaltar que a inteligência não tem relação direta com a capacidade de decodificação do não-verbal.

O treinamento da percepção revela-se necessidade vital para o profissional de saúde, principalmente porque a rotina do dia-a-dia faz com que, muitas vezes, olhemos sem ver e escutemos sem ouvir (PAES DA SILVA, 1996).

Entendemos, portanto, que comunicar é diferente de informar. O processo de interação vai muito além e exige escuta, compartilhamento de significados, reação no

outro, enfim, é uma competência interpessoal capaz de decodificar todas as formas de expressão humana.

3.2 A Comunicação como Instrumento do Trabalho em Equipe

Processos históricos de estruturação e desestruturação marcaram o modo como se organizou o trabalho em saúde no país. A assistência médica passou por profundas transformações entre os anos 1930-50, com a passagem do modelo da medicina liberal para o da medicina tecnológica (DONNANGELO, 1979). Nesse processo de transição, o trabalho médico se diferencia e se especializa. Ocorrem alterações internas na situação do agente de trabalho, decorrentes da intensa incorporação tecnológica ao processo de produção e as diferentes formas de trabalho (PEDUZZI, 1996).

Com a unificação das entidades e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), nos anos 60, supera-se definitivamente o modelo da medicina liberal, com o produtor privado de serviços agora organizado em moldes tipicamente empresariais. Esta nova situação exige uma integração cada vez maior de todos os trabalhos parcelares ou especializados (DONNANGELO, 1979).

A proposta de *trabalho em equipes* multiprofissionais de saúde vem sendo enfatizada no Brasil desde a década de 70, período que é marcado por uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura de seus serviços.

No caso da atenção primária, houve forte influência da medicina comunitária enfatizando o trabalho em equipe e a incorporação de profissionais com formações diversas (DONNANGELO, 1979) que pudessem estimular o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida dos indivíduos e suas famílias (SOARES, 2000; ANGERAMI, 2004).

Para Pedrosa (2001), o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários, reconhecendo que os

indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores.

Ribeiro et al (2004) ratifica que o trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação de todos na produção de cuidados. É construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Portanto, a complexidade da equipe multiprofissional exige articulação desses diferentes processos de trabalho e o confronto de especificidades e saberes variados, estruturados sob a normatividade médica, que ainda é hegemônica na organização das práticas de saúde.

Para muitos indivíduos, um grupo é constituído por um conjunto de pessoas que se reúnem em um determinado espaço de tempo e lugar, tendo um objetivo em comum. Contudo essa representação deixa de contemplar algo que é essencial na constituição de um grupo, que é o que o diferencia de uma serialidade, no sentido de que cada sujeito numa série seria equivalente ao outro sem diferenciação. Numa série pressupõe-se uma não relação entre as pessoas, um não vínculo. Todo vínculo requer relações intersubjetivas e, portanto, a existência de um processo de comunicação entre seus integrantes, além da aceitação e apoio do outro enquanto ser pensante e autônomo (FERRAZ, 1998; PEDUZZI, 2000).

Para Enriquez (1991) a idealização, a ilusão e a crença constituem a base de sustentação de um grupo. Os integrantes de um grupo precisam compartilhar um mesmo

ideal; as representações do imaginário comum e os desejos devem ser afetivamente sentidos; e, além disso, o ato de crer possibilita a certeza excluindo a questão da verdade.

O mesmo autor também afirmou que a estrutura e o funcionamento de um grupo sofrem oscilações dependendo do grau de adesão dos seus membros, do potencial de influência de cada um deles e do quanto cada um acredita estar investido de uma missão a desempenhar.

O conceito de equipe possui relativamente raras definições e concepções. O levantamento bibliográfico feito na base de dados Medline e Lilacs por Peduzzi (2001) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como um conjunto de atribuições individuais. Em 1998, Peduzzi define, etimologicamente, equipe como estando associada à realização de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos que tem um objetivo comum a alcançar. O sucesso é o trabalho coletivo. A autora, com base nessa distinção, propõe duas modalidades de trabalho em equipe: *equipe agrupamento*, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e *equipe integração*, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Essas duas modalidades de trabalho em equipe se distinguem pelas formas de comunicação, autonomia, poder, intersubjetividade entre os agentes e construção de um projeto assistencial comum. 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 invenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem.

A divisão funcional do trabalho em saúde acaba fragmentando as práticas de tratamento e cuidado do paciente, fazendo com que cada vez mais a relação profissional e o ato de cuidar se distanciem do mesmo (WALDOW, 1996, 1998). Já Campos (1992) sugere que deve haver divisão de trabalho entre as diferentes categorias profissionais,

porém no trabalho em equipe, todos têm responsabilidade pelos resultados do trabalho coletivo, ou seja, o médico deve conhecer e opinar sobre o trabalho da enfermagem, e esta sobre o envolvimento e desempenho deles. Assim, o somatório das práticas garante a integralidade das ações.

O hiperdesenvolvimento das tecnologias de ponta, segundo Collière (1989), contribuiu para uma investigação orgânica cada vez mais exigente, assistindo-se a uma multiplicação de especializações que têm, muitas vezes como efeito, fender mais o corpo doente, fragmentar tarefas e tornar as relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas e divididas.

Peduzzi (1996) constatou que o conjunto de trabalhos da equipe é a expressão da intersecção de variados objetos e instrumentos que se dispõem, lado a lado, de modo fragmentário. Em razão disso, as atividades de cada agente apresenta-se, comumente, como justaposição alienada de trabalhos: cada parcela apresentando-se como exercício autônomo e independente.

Uma pesquisa feita por Pedrosa (2001) revelou que o relacionamento interno da equipe mostra a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e agentes. Além disso, a fragmentação das informações é perceptível nos depoimentos dos entrevistados, como também afirma Ferraz (1995) em outro estudo. Nesse trabalho, a referida autora discorre sobre modos de comunicação identificados por enfermeiros, onde mostra que os profissionais de saúde utilizam muito a “comunicação unidirecional” e a “desconfirmação”, o que sugere aspectos negativos da interação em equipe.

Nas equipes de trabalho é muito comum o surgimento de variadas formas de competição pelo poder que sempre interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais, influenciando ou alterando os processos de codificação e interpretação das mensagens. A permanência prolongada de pessoas no poder também pode contribuir para gerar este clima de disputa e suscitar comportamentos e atitudes passivas dos membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. Com isso, as pessoas sentem-se descomprometidas e desmotivadas com o trabalho. A melhor maneira para evitar os efeitos nefastos de qualquer disputa é que ela seja claramente colocada para o conjunto da equipe e que possa ser amplamente discutida por todos (OLIVEIRA, 2000).

Este autor diz, ainda, que a forma como a comunicação é desenvolvida na equipe pode tornar fácil a sincronização das ações e o estabelecimento de um desafio coletivo em torno das finalidades do trabalho ou pode comprometer e dificultar os resultados obtidos e a integração do grupo.

Atentar para o trabalho em equipe implica privilegiar a reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde. O objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes passam a ser questões de fundamental importância a serem debatidas (PEDUZZI, 1996).

A comunicação é um processo imprescindível na ação administrativa, pois permite a realização de ações coordenadas entre os seus demais níveis, reduzindo as diferenças e aproximando as pessoas pela compreensão das variadas percepções.

O processo comunicativo nas relações de trabalho pode envolver a transmissão de mensagens em várias direções e de maneira formal e informal.

A comunicação formal é aquela estabelecida de maneira deliberada, sendo a comunicação escrita o tipo mais utilizado, que tem não só o caráter oficial das informações transmitidas, como também serve de fonte para consultas futuras. Já a

comunicação informal ocorre o tempo todo nos contatos do dia-a-dia, relacionados ou não às atividades profissionais, independente de cargo ou função (MOREIRA, 1989; PAES DA SILVA, 1996; STEFANELLI et al, 1997).

Independente da maneira como acontece a comunicação no trabalho em equipe vale ressaltar que precisamos estar abertos para receber as reações dos outros, demonstrados de forma verbal ou não-verbal, em relação ao nosso comportamento. Assim, as atividades realizadas em grupo poderão melhorar o desempenho individual e coletivo.

CAPÍTULO 3

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

“Comunicar é conduzir a atenção de outra pessoa, com a finalidade de reproduzir lembranças” – Cartier e Harwood

3.1 Orientação Metodológica

A natureza do objeto investigado neste estudo levou-nos a optar pelo método qualitativo, por permitir enfatizar as especificidades de um evento em termos de sua origem e sua razão de ser, fornecendo uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo.

A análise qualitativa busca apreender em profundidade os significados e as relações sociais que conformam a prática dos atores sociais, numa perspectiva dialética que focaliza indivíduo e sociedade, estruturas e sujeitos (HAGUETE, 1992). Essa metodologia representa uma colaboração potencial para este estudo, porque favorece a análise dos significados e dos valores socialmente construídos e de valores presentes na prática do grupo. Deve-se ressaltar que o método qualitativo reconhece a inevitabilidade de influência do pesquisador, como pessoa que tem também suas crenças e valores.

Dentre os vários tipos de abordagem existentes na pesquisa qualitativa, utilizamos o estudo de caso, por proporcionar a compreensão abrangente do comportamento de um grupo em estudo, bem como tentar desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais (BECKER, 1993).

O estudo de caso prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e, de fato, exige que ele reorientar seu estudo à luz de tais achados. Força-o a considerar, por mais que de um modo rudimentar, as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos

que observa e pode evitar que ele faça pressuposições que podem se revelar incorretas sobre questões que são relevantes, ainda que tangenciais, para seus interesses principais.

Como afirma Becker (1993) esta abordagem pode revelar a discrepância entre a realidade e a imagem em que os sujeitos acreditam e apresentam para o resto do mundo. O pesquisador, então, também pode enfrentar um dilema ético, mas que pode ser contornado se ele fizer um acordo claro com os colaboradores, explicando todas essas questões.

O estudo de caso, portanto, permite que se faça algumas generalizações a respeito das relações entre vários fenômenos estudados.

3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Segundo DaMatta (1997), a pesquisa de campo proporciona ao pesquisador vivenciar sem intermediários a diversidade humana, na sua essência e nos seus limites, bem como nos seus problemas e contradições.

O processo de coleta de dados no estudo de caso permite a utilização de várias técnicas interligadas. Neste trabalho, optamos pela observação e entrevistas semi-estruturadas.

Para o início deste estudo foi estabelecido, anteriormente à coleta de dados, um contato com a gerente da Unidade de Saúde e a apresentação do projeto de pesquisa por meio de uma carta (ANEXO I) solicitando autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - COEP/ PBH (ANEXO II) e também pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP / UFMG (ANEXO III).

Os dados foram coletados de Dezembro de 2004 a Julho de 2005 através de duas diferentes estratégias metodológicas. A primeira consistiu em 1545 minutos (25 horas e 45 minutos) de observação das atividades dos profissionais de saúde, principalmente em relação às suas ações comunicativas. Na outra foram realizadas 08 entrevistas semi-estruturadas com 07 informantes escolhidos de forma que houvesse pelo menos um representante de cada equipe, além de interesse e disponibilidade por parte do colaborador.

Na pesquisa qualitativa privilegiam-se os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador deseja conhecer, portanto a escolha é proposital e não aleatória. Busca-se incluir um número suficiente de depoimentos com o objetivo principal de garantir certa

reincidência das informações e perspectivas, viabilizando o exercício interpretativo e possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças (MINAYO, 1992).

Na observação, segundo Becker (1993) e Minayo (1992) existem dois extremos: o observador pode não participar em absoluto, como quando ele se esconde atrás de uma tela que permite que ele veja sem ser notado; ou o pesquisador participa em caráter integral, morando na comunidade em estudo ou sendo funcionário do local pesquisado. Assim, um observador oculto não pode entrevistar seus sujeitos, bem como um observador conhecido pode descobrir que certos segredos do grupo lhe eram ocultados.

Para Haguette (1992), o observador é parte do contexto, sendo observado, no qual ele ao mesmo tempo modifica e é modificado. O papel do observador pode ser tanto formal como informal, encoberto ou revelado, dispensar muito ou pouco tempo na situação da pesquisa, ser parte integral ou periférica na estrutura social.

Nesta pesquisa, utilizou-se uma observação revelada com um mínimo de participação.

A equipe observada contou com 23 colaboradores, sendo 03 enfermeiros (ENF); 02 médicos (MED); 03 auxiliares de enfermagem (AE) e 14 agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam em quatro equipes de PSF de um Centro de Saúde (CS) da Prefeitura de Belo Horizonte; além da gerente do serviço. Nem todas as pessoas observadas foram entrevistadas.

Observaram-se momentos de interação entre os profissionais de saúde que ocorriam em reuniões semanais de cada equipe; cenas e fatos ocorridos na recepção, corredores, cozinha do Centro de Saúde que permitiram desvelar como se dá o processo de comunicação entre os profissionais desta Unidade Básica.

Na primeira fase da observação, estudei os informantes em seu cenário de forma anônima, onde eles ainda não sabiam o objetivo de minha presença. Foram 03 dias de observação, perfazendo um total de aproximadamente 12 horas.

Posteriormente, eu mesma me apresentei ao grupo como enfermeira – pesquisadora e tive uma boa receptividade da maioria das pessoas. Os objetivos e a forma da coleta de dados foram claramente explicitados a todos e, dos 30 profissionais que estavam trabalhando na Unidade no período da coleta de dados, 23 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV), atendendo as recomendações da Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi-lhes assegurado o sigilo das informações fornecidas e seu anonimato, já que foram identificados por nomes de figuras da mitologia greco-romana. Certamente no início do trabalho estive presente a sensação de estranhamento dos profissionais em relação à minha pessoa, mas com o passar do tempo este sentimento foi dando lugar à confiança e à empatia.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas a partir das seguintes questões norteadoras:

- *O que é comunicação para você no seu trabalho?*
- *Como é para você a comunicação entre os profissionais de saúde no dia-a-dia desta Unidade?*
- *Como você percebe essa comunicação refletindo no seu trabalho em equipe?*

A partir desses questionamentos emergiram outros que permitiram obter dos sujeitos os dados essenciais (SPRADLEY, 1979), como por exemplo, para retomar a pergunta norteadora ou até mesmo para solicitar que o colaborador delongasse mais sobre determinado assunto.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, de acordo com Minayo (1992). Através dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, já que se insere como meio de coleta de dados de fatos ocorridos dentro de um contexto social.

A mesma autora afirma que nas entrevistas semi-estruturadas, utilizam-se questões abertas, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como perguntas estruturadas, ou seja, previamente formuladas.

Spradley (1979) também propõe que o pesquisador se prepare para a entrevista selecionando um local e um tempo adequados.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes, com a prévia permissão dos sujeitos e, imediatamente após a sua realização, foram transcritas pela autora na íntegra, identificadas pelo nome fictício de cada um dos informantes. A cada entrevista transcrita procedeu-se sua análise, identificando-se os pontos a serem contrastados, validados e esclarecidos em um novo contato com o informante, conforme a necessidade.

A coleta de dados incluiu ainda a elaboração de um diário de campo, onde registrou-se data, horário, local, sujeitos envolvidos e todas as percepções verbais e não-verbais que emergiram no momento.

3.3. Procedimentos de Análise de Dados

Considerando as características da abordagem qualitativa, a compreensão dos dados baseou-se em alguns pressupostos do proposto por Leininger (1991). Para ela, a análise e a coleta de dados são processadas simultaneamente. Compreende as seguintes fases:

- **Coleta, descrição e documentação de dados brutos:** o pesquisador faz a coleta e o registro dos dados, iniciando a análise das questões em estudo, ou seja, faz interpretações preliminares para identificar seus significados. Os dados foram coletados nas observações e entrevistas semi-estruturadas.
- **Identificação e categorização de dados:** os dados são estudados, identificando as semelhanças e diferenças quanto às afirmações e aos comportamentos dos sujeitos. Os dados obtidos são ainda classificados de forma a permitir a compreensão da situação ou questões em estudo, ficando preservado o significado do contexto.
- **Análise contextual e de padrões:** os dados são apurados para permitir a descoberta de padrões de comportamento, significados estruturais e análise contextual. Na busca de padrões recorrentes, o pesquisador examina as interpretações, componentes ou categorias de dados e busca a saturação, consistência e credibilidade dos dados. Considerando o processo cíclico da pesquisa, abordado por Bom Meihy (1996), e ainda conforme é recomendado no processo de validação de resultados, em abordagens qualitativas, deve-se nesta fase adotar estratégias que permitam aos informantes checarem os resultados coletados e transcritos pelo pesquisador.
- **Temas, achados relevantes e formulações teóricas:** os dados são sintetizados. Essa fase exige muita reflexão para uma análise criativa e criteriosa. O pesquisador faz a abstração dos subtemas, podendo fazer formulações teóricas e recomendações.

A análise das entrevistas semi-estruturadas obedeceu à seguinte seqüência:

- Primeiramente, fez-se uma transcrição literal da entrevista, considerando todo o diálogo e a indicação de risos, pausas e vícios de linguagem.
- Após a transcrição, fez-se uma leitura geral e, depois, leituras exaustivas até a extração de subcategorias encontradas nas entrevistas. Nesse momento, foi criada uma técnica de categorização por cores, onde cada subcategoria adquiriu uma cor. Cada trecho da entrevista referente àquela cor era destacado na narrativa.
- Em nova análise mais aprofundada, comparou - se as subcategorias encontradas nas entrevistas e elas foram agrupadas de forma que possuíssem significados em comum.
- A partir disso, foram identificados os seguintes temas: “Concepção de Comunicação”; “Processo de Trabalho e Comunicação” e “Implicações do Processo Comunicativo no Trabalho em Equipe”

CAPÍTULO 4

4. O CENÁRIO DE ESTUDO

“É impossível não se comunicar: atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem – Paul Watzlawick

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde em virtude da importância que a Atenção Básica adquire por sua expansão e difusão dentro do SUS, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos. É, também, um serviço com um grande fluxo de pacientes, gerando uma situação de ansiedade para equipe profissional, sendo um local onde o processo de comunicação precisa estar muito bem definido para a garantia da qualidade e da humanização do cuidado.

Além disso, não foram encontrados estudos sobre esta temática realizados em Unidade Básica, principalmente na visão dos profissionais de saúde.

A cidade de Belo Horizonte possui um sistema de saúde estruturado em 09 Distritos Sanitários definidos num certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades de saúde fazem parte de um Distrito, constituído por Unidades Básicas como os Centros de Saúde (C.S.), Unidades Secundárias como os Postos de Assistência Médica (PAM), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada Unidade Básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência do Centro de Saúde".

Dentre as várias Unidades Básicas de Saúde existentes na cidade, foi escolhido um Centro de Saúde do Distrito Sanitário da Pampulha da Secretaria Municipal de Saúde, devido à facilidade da pesquisadora de inserção e acesso neste serviço.

As atividades médicas assistenciais existem nesta comunidade há mais de 30 anos, quando apenas um médico e uma atendente de enfermagem atendiam no cômodo de uma capela uma vez por semana.

Em 1980, a Prefeitura assumiu a assistência, alugando uma casa no bairro para o atendimento. Porém, após três anos, as atividades foram interrompidas por falta de local, já que o governo não pagava aluguel da casa de saúde. A comunidade então reativou o serviço num bar-restaurante de uma moradora do bairro. Após as pressões comunitárias a Prefeitura cedeu algumas salas em uma escola municipal para o atendimento médico. Em 1996 foi construído um prédio (atualmente UPA - Pampulha), para ser o posto de saúde do bairro que funcionou por mais de quatro anos, até que, em 2001, foi inaugurado o novo espaço onde hoje se encontra o C. S.

Atualmente possui uma área de abrangência total de aproximadamente 22500 habitantes, contando com 04 equipes de saúde da família. Setenta por cento da área é coberta pelo PSF, sendo que os trinta por cento restantes pertencem a uma área de baixo risco, mas possuem uma equipe de referência.

A unidade oferece ainda serviços de saúde mental; odontologia; zoonose e programas de diabetes, hipertensão arterial, asma, gestantes e desnutridos; além do curso de orientações a cuidadores de pessoas acamados.

Conforme informações coletadas no próprio C.S. com os profissionais e/ou através de relatórios, temos abaixo a média de atendimentos diários feitos na unidade (de 2ª a 6ª feira de 7 às 19 h):

- Coleta de sangue - 30
- Vacinação - 30
- Curativos (e retirada de pontos) - 20
- Injeções - 25

- Micronebulizações - 10
- Aferição de dados vitais - 55
- Visitas pela equipe de zoonose (desratização, leishmaniose, dengue) - 35
- Visitas pelos Agentes Comunitários de Saúde - 10
- Consultas de enfermagem - 20
- Consultas odontológicas - 25
- Consultas médicas – 60
- Acolhimento – 45

Vale ressaltar que, durante o período deste estudo, o registro da produtividade não foi feito adequadamente pelos profissionais. Poucos sabem o quanto se atende e quem sabe, não informa precisamente. Portanto, nota-se uma lacuna sobre a importância destas informações para os profissionais de saúde desta unidade.

A figura 2 ilustra as várias as atividades profissionais:

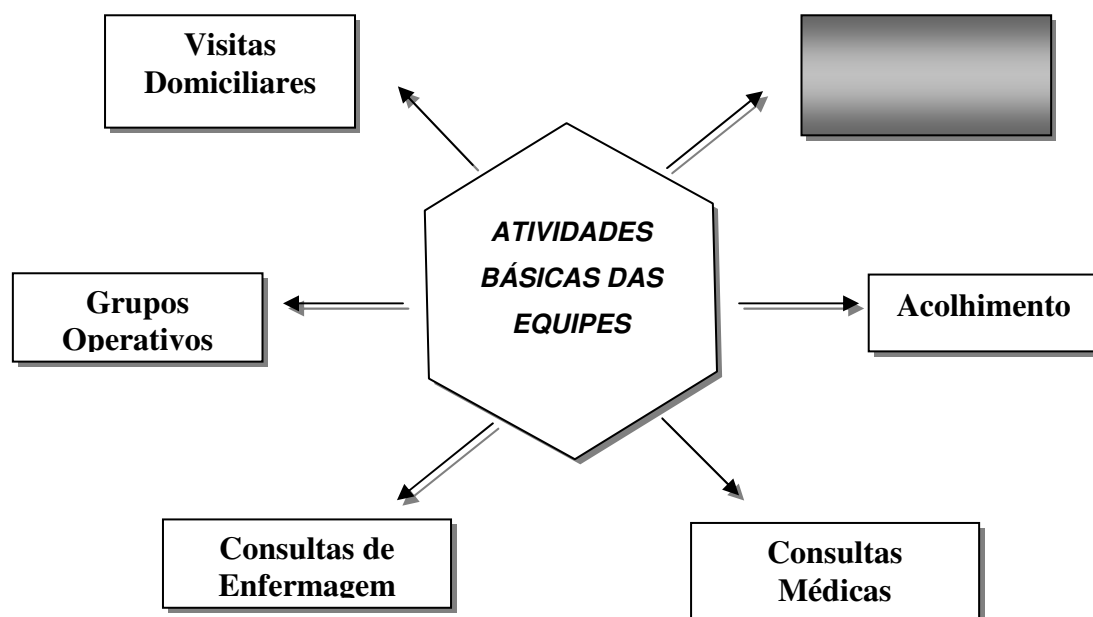


FIGURA 2: Atividades básicas das equipes de saúde da família

Devido ao período de tempo destinado a este trabalho ser escasso, acompanhamos apenas as atividades profissionais ocorridas durante as reuniões semanais, em destaque na fig.2.

O cenário foi explorado a partir de observações do fluxo de atendimento, organização do serviço, ambiente, processo de trabalho, diálogos formais e informais dentro e fora do centro de saúde e relatos de antigos funcionários que conheciam bem a história da Unidade.

Um dos aspectos que chama a atenção é que as interações ocorrem em um local cheio, barulhento e pouco espaçoso. O quadro de avisos da recepção reservado para informações aos profissionais é desorganizado, com folhas empilhadas. Não existe um profissional designado para fazer a manutenção desse local e, portanto, várias pessoas colocam e retiram os avisos, não havendo organização. Há muitos cartazes afixados nas paredes e portas, causando certa poluição visual e contradições de informações. Há, por exemplo, um cartaz afixado na sala de vacinação escrito: “*Horário de Funcionamento de 9:00 às 17:30*” e outro na porta da recepção com o *horário de 8:00 às 18:00!*

Nenhum profissional usa crachá de identificação e existem várias salas sem placas ou com placas erradas. Devido ao ambiente ruidoso, alguns profissionais falam alto para serem ouvidos.

Este contexto dificulta a comunicação. Vários estudos sobre comunicação apontam que um ambiente ruidoso e desorganizado prejudica a compreensão das mensagens (GAMBLE & GAMBLE, 1987; OLIVEIRA, 2000). Parece que muitos profissionais perdem tempo e às vezes não entendem os avisos afixados nos quadros e paredes. A falta de identificação de alguns cômodos e de profissionais também atrapalham a comunicação quando se quer localizar alguém ou algo dentro do Centro de Saúde.

As cenas observadas e falas dos sujeitos nas reuniões semanais de equipe, nos corredores e diversos setores da unidade ajudaram na descrição deste cenário. As análises das observações revelam em vários momentos como a comunicação reflete no processo de trabalho que se apresenta de forma desorganizada.

Percebi um clima hostil de alguns profissionais devido ao fato de várias consultas terem sido atrasadas porque os exames de alguns pacientes não foram encontrados na recepção ou talvez pelo excesso de agendamentos.

Outro exemplo é o fato das fichas de pacientes que participam de grupos ficarem nas pastas ao invés de serem recolocadas nos respectivos prontuários. Muitos profissionais reclamam a falta de organização e responsabilidade. Uma funcionária disse: *“A gente nunca sabe quem deve organizar isso!”*

Algumas reuniões semanais de equipe ficam comprometidas pela falta de espaço. Uma reunião, por exemplo, começou no salão, mas precisou ser interrompida, pois o local seria utilizado para outra atividade. A equipe precisou ficar em um pequeno consultório para terminar a reunião que foi interrompida diversas vezes por pessoas que entravam e saíam da sala. Noutro dia, reuniões de duas equipes tiveram que acontecer no mesmo local por falta de espaço.

Acrescido a isso, percebe-se que ainda existe a hegemonia médica também no modelo de saúde da família. É o médico que coordena e conduz as reuniões semanais de equipe. O enfermeiro geralmente não se posiciona e se pronuncia apenas quando solicitado. Na maioria das vezes também é o médico quem lidera as atividades da equipe. Certo dia, uma ACS disse: *“Nossa, a médica não veio hoje? Como faremos o grupo à tarde?...”* No grupo de hipertensos/diabéticos, perguntei a uma ACS se o enfermeiro e o médico se alternavam na condução do grupo e ela respondeu: *“Às vezes sim, só que a enfermeira sempre chega atrasada e a médica já fez quase tudo...”*

O poder médico ainda é cultuado nos serviços o que dificulta a compreensão do que é trabalhar em equipe. A perpetuação do modelo biomédico diminui a autonomia dos outros profissionais e aumenta a responsabilidade dos médicos. Porém, isso faz com que existam práticas individualizadas, distantes do conceito de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, traduzindo a realidade dos serviços de saúde.

Portanto, o cenário em que os sujeitos estão inseridos apresenta uma estrutura complexa, com uma vasta quantidade de atribuições profissionais. Observa-se certa desorganização na comunicação visual e escrita; muito ruído; pouco espaço, sendo um local onde ainda nota-se resquícios do modelo biomédico.

CAPÍTULO 5

5. O GRUPO DE COLABORADORES

“Para entender-se a si mesmo, o homem precisa ser entendido por um outro. Para ser entendido por um outro, ele precisa entender o outro.” – Thomas Hora

Em relação ao grupo, observei os informantes em suas atividades profissionais diárias ocorridas no serviço de saúde, principalmente, em relação às ações comunicativas: comunicação verbal e não-verbal. Além disso, acompanhei as reuniões periódicas das equipes, as conversas informais e várias interações entre os profissionais na Unidade. Vale reafirmar que participei de 08 reuniões semanais, sendo pelo menos uma de cada equipe e entrevistei 07 profissionais.

Diante da magnitude da experiência que foi conviver com esse grupo em poucos meses, acredito ser impossível descrevê-lo em sua totalidade, visto que cada colaborador possui características ímpares. Portanto, para melhor identificação dos sujeitos apresento algumas características de cada entrevistado, conforme quadro 1:

ENTREVISTADO	IDADE	CATEGORIA PROFISSIONAL	NÍVEL ESCOLARIDADE	TEMPO NA UNIDADE	CRENÇA RELIGIOSA	Nº EMPREGOS
TETHYS	29	ENF	Superior completo	4,6 anos	católico	03
ATHENA	50	AE	Médio completo	13 anos	católico	01
EURÍDICE	50	AE	Médio completo	20 anos	católico	01
GAYA	36	ENF -GERENTE	Superior completo	10 anos	católica	01
PANDORA	23	ENF	Superior completo	2 meses	espírita	02
ANTÍGONA	28	MED	Superior completo	1 ano	católico	01
PERSEU	50	ACS	Médio incompleto	5 anos	católico	01

QUADRO 1: Caracterização dos entrevistados

As características acima foram destacadas porque de uma forma ou de outra implicam nas análises dos sujeitos: a escolaridade e a categoria profissional ajudam a compreensão de pontos de vistas relativos à formação profissional; a crença religiosa auxilia na interpretação das falas do ponto de vista pessoal; o tempo na unidade e a existência de outros empregos também ajudam a analisar o vínculo da pessoa no C.S.

Conforme Velho (1994) efetuar cortes dentro de um universo cultural pode ser um risco metodológico para se estudar um grupo, já que esse isolamento é ilusório, pois faz parte de um sistema amplo. Mas, como em toda pesquisa, os cortes são necessários e iremos fazê-los com todo o rigor científico.

Em certas culturas, o foco poderá ser dado às diferenças, enquanto em outras, à semelhança. Umas serão mais individualizadas que outras (DAMATTA, 1997; VELHO, 1994). É o que podemos perceber nas quatro equipes da Unidade onde foi realizado o estudo. Há uma certa particularidade em cada uma, como veremos à frente, apesar de todas estarem atuando dentro das mesmas diretrizes e bases do PSF.

Neste estudo conceberemos cultura segundo Motta (1991) e Velho (1994) que definem como sendo um conjunto de crenças, conhecimentos, costumes, hábitos, aptidões, valores, comportamentos e significados resultantes de uma experiência coletiva e compartilhados pelos membros do grupo num contexto simbólico, envolvendo um campo de comunicação comum.

Cudicio (1992) analisou as representações de cultura de alguns especialistas. Segundo ele, é preciso acrescentar mais dois elementos nucleares da cultura: a percepção do ofício e o tipo de relação com o entorno.

A percepção do ofício estaria ligada a como as pessoas o vivenciam; à percepção do mesmo como tendo um papel social específico ou puramente egocêntrico; ao valor atribuído aos produtos do ofício enquanto objetos vividos como positivos e de grande valor

ou como objetos negativos e de fraco valor; ao conhecimento da identidade do ofício; à importância concedida à capacitação; etc.

A relação com o entorno se refere a duas possibilidades extremas: um entorno ameaçador e um entorno vivenciado como ecológico ou repleto de oportunidades. Estas duas percepções implicariam valorações diferentes dentro de um grupo cultural.

Um ambiente ecológico leva a valorar tudo aquilo que possa criar novos recursos, tudo aquilo que vá no sentido de uma ótima adaptação ao entorno. Quando o ambiente é percebido como uma selva perigosa, são valoradas as condutas que apontam à proteção das aquisições, a vencer na concorrência; neste caso, a relação é apresentada como uma luta, a qual aparece na comunicação interna e externa do grupo. É importante entender aqui que o tipo de relação com o entorno se expressa no tipo de organização interna e nas prioridades definidas nas decisões institucionais.

O sistema de poder também seria afetado pela percepção do entorno. O referido autor cita a este respeito que, em um entorno onde a comunicação é um dos valores centrais, os comunicadores do grupo concentram um importante poder formal e informal que se insere como um traço dominante da cultura. Em outros casos, prevalece o poder ligado à profissão, por exemplo, o "poder dos médicos".

A multiplicidade profissional inserida dentro de cada equipe faz com que o trabalho se torne multidisciplinar, porém a construção da identidade e a elaboração de projetos individuais fazem diferentes mundos se interpenetrarem. As várias categorias: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde pertencem ao mesmo grupo, mas nota-se a existência de traços ainda individualistas e pouco comprometimento. Nem todas as pessoas compartilham os mesmos signos; ou seja, alguns profissionais decodificam os mesmos símbolos de formas diferentes, fazendo com que muitas vezes o

processo comunicativo não se torne um sistema de interação recíproca, o que dificulta a comunicação de acordo com Paes da Silva (1996).

Segundo Littlejohn (1988) a interação interpessoal de pequeno grupo além de ser fundamental, produz efeitos individuais também importantes. No grupo estudado, essa interação com o outro ainda é bastante distante, tornando frágil a comunicação sócio-emocional entre os membros.

Isso faz com que estes profissionais estejam inseridos na chamada equipe agrupamento, como afirma Peduzzi (2001), ou seja, o trabalho em equipe se resume a uma justaposição de ações e agrupamento dos agentes, onde a comunicação muitas vezes é unidirecional, há uma hierarquia de poder, baixa autonomia entre os membros e distanciamento de um projeto assistencial comum.

Cudicio (1992) também diz que o entorno, ou seja, o contexto em que o grupo está inserido, implica no nível de entrosamento, adaptação e condutas dos membros. No grupo estudado percebe –se que o ambiente e as várias atribuições dos profissionais fazem com que a criação de novos recursos de envolvimento e de comunicação seja afetada, como veremos nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 6

6. A CONCEPÇÃO DE COMUNICAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO COTIDIANO PROFSSIONAL

“Compreendo a fúria em suas palavras, mas não as palavras” – William Shakespeare

Através das observações do grupo em estudo e relatos obtidos por meio das entrevistas, pude perceber que existem diferentes concepções de comunicação:

“Comunicação para mim seria um contato informal com os colegas de trabalho de forma objetiva e clara”.– Tethys

“(...) é a parte essencial do desenvolvimento do processo de trabalho”.– Pandora

“(...) é importante falar a mesma língua”.– Athena

“(...) é o instrumento maior que a gente tem para tá conversando com as pessoas no trabalho, conversando com os pacientes que a gente tá atendendo”.– Antígona

“(...) é ter liberdade com o outro, assim poder chegar e conversar”.– Perseu

Informalidade; instrumento de trabalho; interação universal; comunicação verbal; expressão de liberdade do sujeito, respectivamente, são alguns significados atribuídos a comunicação pelos colaboradores. Em contrapartida, Littlejohn (1988) e Paes da Silva (1996) concebem a comunicação como sendo um processo complexo de interação

simbólica, a partir da transmissão e recepção de mensagens por meio de signos, resultando em mudança ou como denominam os autores, reação.

Realmente, pode-se observar que há pouca interação entre os profissionais e um certo distanciamento, resultando em um “*contato informal*”, o que foge do objetivo básico da comunicação que é transformar as pessoas em agentes determinantes, influenciando o outro, o ambiente e a si mesmo (STEFANELLI, 1990).

Alguns colaboradores, apesar de considerarem que a comunicação é a “*essência do trabalho*”, não utilizam como ferramentas do processo de trabalho a interação verbal e não-verbal.

Outros dizem que comunicar é “*falar a mesma língua*”. Isso revela ser necessário existir uma linguagem que utilize a mesma rede de significados entre os profissionais da unidade, para que possa trabalhar em equipe.

Ainda se observa a importância que se dá apenas à comunicação verbal. Stefanelli (1990), Dobbro et al (1998), Paes da Silva (1996) afirmam que a comunicação não-verbal é vital para a interação com o outro.

Mendes et al (1987) e Dobbro et al (1998) citam que a criação de vínculo, confiança, ajuda o indivíduo a conhecer o outro e, assim, permite maior efetividade da comunicação, já que proporciona uma “*liberdade com o outro*”. Porém, esta concepção de comunicação dada por Perseu foi percebida como um anseio deste profissional, já que não se observou a criação de vínculos entre os membros deste grupo.

Todas essas concepções diferentes nos remetem a pensar que os sujeitos deste grupo percebem que a comunicação é uma ferramenta importante no trabalho, porém eles não têm claramente a idéia de como funciona o processo comunicativo, ou seja, não há um reconhecimento através dos sentidos, não havendo, portanto a interpretação dos signos e a resposta no outro, como explicam Paes da Silva (1989) e Dobbro et al (1998).

O contexto em que esses profissionais desenvolvem sua prática também tem contribuído como um fator determinante no processo comunicativo. É notório que os profissionais inicialmente inseridos na estratégia do PSF não tinham consciência da dimensão e complexidade do trabalho a ser realizado, uma vez que o Programa trazia a possibilidade do aprender fazendo. Antes do PSF, todo o processo de trabalho ocorria dentro da unidade básica. Hoje, a implementação das visitas domiciliares, a presença do ACS, faz com que haja o trabalho extramuros, onde o foco é a família, a comunidade. Isso leva a uma maior aproximação do profissional com o cliente e, conseqüentemente, as expectativas e as demandas da população aumentam, gerando uma grande diversidade de interação. Esse novo modelo requer um esforço gerencial para criar novos canais de comunicação e outros meios de desenvolver uma abordagem integral (MOTTA, 2001).

São várias as atividades profissionais que requerem grande responsabilidade de todos os membros, como foi mostrado no Capítulo 4 deste trabalho.

Observei que o processo de trabalho das equipes é estressante e sobrecarregado como também mencionam os sujeitos. Os profissionais relatam que falta tempo para dialogar com os colegas e há uma grande carga de trabalho:

“A gente sente muito distante do outro (...) perde um pouco esta questão do diálogo com o colega” – Tethys

*“(...) poderia ter mais reuniões que não acontecem por falta de tempo mesmo!”
– Eurídice*

“(...) há coisas que deixam a desejar devido à sobrecarga de trabalho que cada um tem e o tempo que a gente não tem...” – Tethys

A escassez do tempo destinado à comunicação revela a priorização em que cada profissional remete à suas ações diárias. Rotsburg (2004) afirma que a quantidade necessária

de recursos humanos deve levar em consideração a assistência, sob o ponto de vista técnico, financeiro e social, já que trabalhar com um número de pessoas inferior às necessidades do serviço acarreta sobrecarga de trabalho, levando ao esgotamento físico, fadiga, estresse e baixa produtividade. O mesmo autor acrescenta que o estresse ocupacional é um problema de natureza individual e perceptiva, resultante de uma forma inadequada de lidar com os agentes estressantes, acarretando problemas de saúde física e mental e conseqüências organizacionais importantes.

Os dados coletados estão em consonância com os apresentados por Machado (2000) onde a maioria dos médicos e dos enfermeiros declara ser desgastante o exercício de suas atividades no PSF, ou seja, 73,24% e 61,72% respectivamente. A autora diz que o vínculo precário foi um dos motivos alegados pelos profissionais como geradores de desgaste ocupacional. Também o excesso de trabalho; a falta de recursos humanos, materiais e medicamentos, a dificuldade de acesso às áreas de trabalho, a baixa remuneração, a falha no sistema de referência e contra-referência foram apontados como as principais causas de desgaste no exercício profissional.

Nota-se também que esse processo de trabalho aliena os profissionais de tal forma que eles não conseguem utilizar os dados do sistema de informações que eles mesmos produzem:

“(...) as pessoas estão assim, meio aéreas... não usam aquilo que produzem porque não sabem o que estão fazendo (...) Dessa forma você não consegue ter um controle de quão resolutivo está sendo o seu trabalho”. – Pandora

“(...) deixa a equipe frágil, porque fica parecendo que não se sabe o que está acontecendo em cada área...” – Gaya

Dejours (1988) afirma que nem sempre as organizações contribuem para que o trabalho seja fonte de prazer e felicidade. Ele aponta nuances da relação entre trabalho e

alienação, em sua dimensão humana, onde o trabalhador constrói “estratégias defensivas”, como atitudes de rechaço e estranheza com os seus papéis por não tolerar a mobilização interna a que são submetidos em seu cotidiano de trabalho.

A proposta do processo de trabalho nas unidades básicas do novo modelo de saúde pública, PSF, criado em 1994, foi de que houvesse uma descentralização, humanização da assistência e resolutividade das ações. O sistema de informações deveria ser um dos instrumentos que, de alguma forma, contribuísse para o planejamento de ações na rede básica direcionando o que deve ser feito para melhorar as necessidades de saúde da população, conforme diz Starfield (2000). Entretanto não se levou em consideração a demanda excessiva e as condições de trabalho existentes na atenção primária e a falta de capacitação profissional, principalmente no que se refere ao aspecto técnico e emocional do trabalhador. Acrescido a isso, como afirma Pedrosa (2001) nota-se a inexistência de uma responsabilidade coletiva, sendo perceptível a fragmentação das informações e conseqüente baixa resolutividade das ações em saúde.

Portanto, o que dizem Pandora e Gaya exprime a realidade existente nos serviços. Os profissionais trabalham de forma desenfreada, não sabem o quanto produzem; não conseguem sistematizar e registrar sua produção e, com isso, acabam não conseguindo criar formas de atender melhor sua clientela, já que desconhecem o perfil de seus usuários.

A complexidade da equipe multiprofissional exige a articulação dos diferentes processos de trabalho e o confronto de especificidades e saberes variados, sendo, portanto, o nível de entrosamento e confiança entre os membros envolvidos no grupo um fator essencial (MENDES et al, 1987; PAES DA SILVA, 1989; DOBBRO et al, 1998; RIBEIRO et al, 2004). Percebe-se que esse entrosamento entre os profissionais é diferente em cada equipe.

Observei claramente que a falta de coesão do grupo afeta o processo de comunicação e o trabalho, retratado na seguinte situação: uma ACS discutiu com uma médica em uma

reunião de equipe porque só fora avisada naquela hora sobre uma atividade que deveria ser feita e entregue no dia seguinte, já que as outras ACS já estavam com o serviço finalizado. A gerente precisou ser chamada para amenizar o clima.

A figura do ACS dentro deste contexto deve ser entendida como um canal de comunicação entre a comunidade e a unidade de saúde. Pinheiro et al (2004) discute que o agente comunitário é quem mais se aproxima dos problemas sociais e de saúde da população e a eficácia de sua ação é determinante na construção do perfil da clientela, o que direcionará as condutas da equipe. Ele tem a função de tentar traduzir a realidade de saúde da comunidade e seus modos de andar a vida.

Nota-se, porém, claramente que há uma certa dificuldade de envolvimento deles com o restante do grupo profissional. Pinheiro et al (2004) ratifica que há questões culturais que criam resistência dos profissionais de saúde (relações de poder ligadas à hierarquização do saber) e da comunidade (processo de confrontação de saberes) limitando o potencial mobilizador do ACS. Dessa forma, o sujeito é considerado estrangeiro para si mesmo.

No estudo realizado, percebe-se que existe uma interação entre os próprios ACS, mas ao mesmo tempo percebe-se que eles estão um pouco distantes dos demais membros da equipe. Os outros profissionais, muitas vezes, utilizam linguagem científica, o que dificulta a decodificação e compreensão de significados por parte dessa categoria, já que eles não têm formação na área de saúde.

Alguns aspectos não-verbais observados nos agentes comunitários chamaram a atenção, como por exemplo, o comportamento deles nas reuniões de equipe. Geralmente eles são os primeiros a chegar. Conversam, brincam e se interagem de uma forma bastante descontraída. A reunião somente se inicia quando aparece o enfermeiro ou o médico, sendo clara a mudança de postura dos ACS. Na maioria das vezes eles não expressam suas opiniões nem são convidados a fazê-las. Além disso, freqüentemente, eles se mostram distantes do que

se discute ou começam com conversas paralelas. É notório que, apesar de os profissionais de saúde saberem que o ACS é importante para a equipe já que ele é o elo entre a instituição e a comunidade, a maior parte deles não o valorizam como deveriam. Pinheiro et al (2004) e Campos (1994) salientam que os outros membros da equipe desqualificam os saberes populares de que o agente comunitário é porta voz. Talvez seja preciso questionar a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os ACS e como uma adequação no processo de comunicação pode colaborar para uma participação mais ativa do ACS dentro da unidade.

Além da falta de coesão entre alguns membros, também existe uma comunicação que ocorre **dentro** e **fora** da equipe, o que desencadeia uma alta complexidade de informações no âmbito da atenção básica, afetando o processo de comunicação e o trabalho. O diagrama da figura 3 ilustra o fluxo de circulação da comunicação no Centro de Saúde:

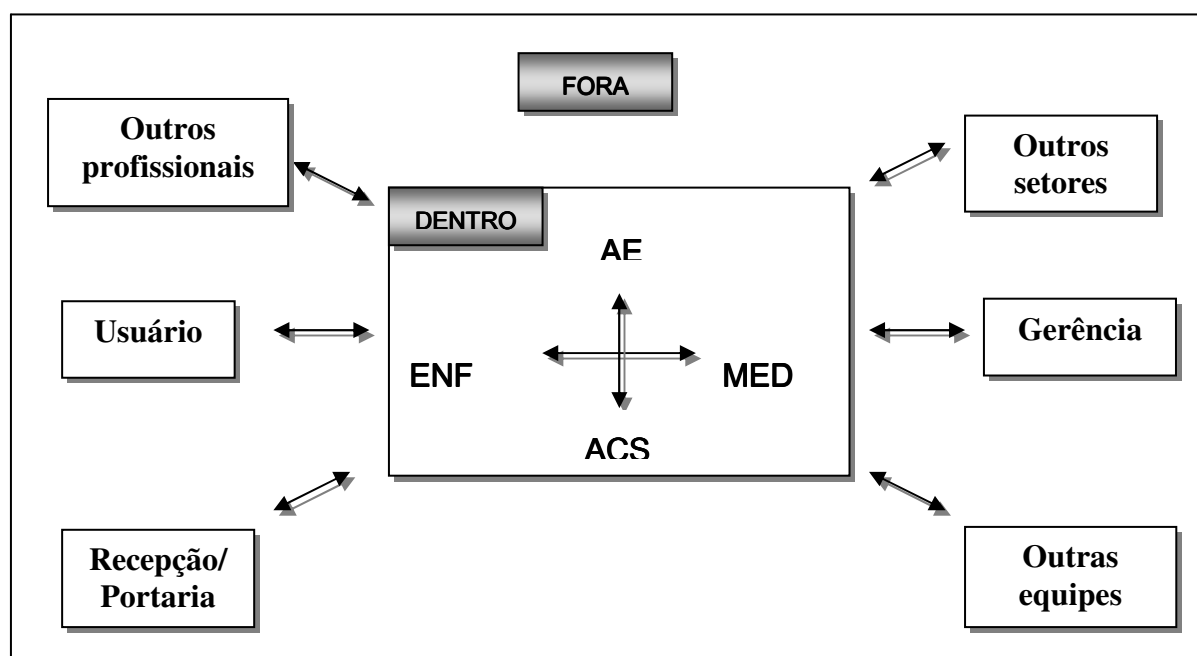


FIGURA 3: Circulação da comunicação dentro do C.S.

As falas de alguns entrevistados revelam que dentro da equipe existe troca de informações e validação das mensagens pela maioria dos membros e observa-se entrosamento, empatia e boa articulação das informações:

“Na minha equipe a gente se comunica muito bem!” – Eurídice

Segundo os vários autores estudados (STEWART, 1972; LITTLEJOHN, 1988; STEFANELLI, 1990; PAES DA SILVA, 1996), comunicar é o processo de transmissão e validação de mensagens. No entanto, apesar das falas revelarem a existência da interação entre os membros de algumas equipes, não se percebe claramente se a decodificação correta dessas mensagens realmente ocorre.

Esta questão ainda é mais problemática no processo de comunicação inter-equipe:

“(...) eu vejo que é meio truncado... fica a equipe no seu núcleo e quando a gente vai fazer uma referência para outro profissional, fica difícil!” – Pandora

“O pessoal dá recepção, parece que não se apropriou do trabalho em equipe ainda direito! Eles ficam ali no atendimento pontual e quando as equipes precisam de alguém de referência que tá ali na recepção, as pessoas só sabem pegar o prontuário e entregar na nossa mão (...) quando é um pepino eles não tem resolutividade... jogam na sua mão. A comunicação é unilateral, não tem muita troca!” – Pandora

“Dentro da equipe a gente tenta uma comunicação melhor (...) a gente tem mais dificuldade na comunicação com as pessoas fora da equipe.” – Antígona

“No aspecto pessoal a comunicação se dá muito fácil (...) é meio difícil a comunicação em relação ao trabalho” – Pandora

Para uma comunicação efetiva é necessário haver um sistema de interação e mudanças (PAES DA SILVA, 1996; DOBBRO et al, 1998). A interação precisa ocorrer

bilateralmente. Assim, as informações que têm um significado único, devem ser compreendidas da mesma forma por todos os membros do grupo. Desta forma, o resultado esperado pode ser realmente alcançado e todos terão êxito em suas ações. Além disso, podemos inferir que talvez a falta de entrosamento e confiança entre os sujeitos que não são da mesma equipe não proporciona a percepção do não-verbal. De acordo com Stefanelli (1990); Paes da Silva (1996) e Dobbro et al (1998) a percepção do não-verbal aumenta as possibilidades de comunicação.

A não apropriação do trabalho em equipe ressaltada por Pandora é discutida por Motta (2001). O autor diz que no processo de trabalho em equipe é preciso que todos os membros compreendam o valor e o significado das atividades de cada um. Campos (1994) também leva em consideração que a ampliação das atividades a serem desenvolvidas nas unidades básicas exige que os profissionais da área administrativa tenham um treinamento em saúde para colaborar na coleta de informações e organização do serviço.

Outro ponto importante observado é a falta de profissionais que tem acarretado um desfalque nas equipes. Em todas as quatro equipes existentes na Unidade, há falta de pelo menos um membro. São um médico, dois enfermeiros e dois ACS afastados por motivos diversos: na equipe rosa, por exemplo, muitos profissionais reclamam da falta da enfermeira que está em licença prolongada. Tanto os ACS quanto as AE reclamam a falta de suporte para discutir dúvidas, realizar grupos, entre outros. Esse fato tornou-se evidente quando um colaborador externou-me que a sobrecarga de trabalho aumentou muito para os que ficaram depois que alguns profissionais foram embora:

“A demanda continua a mesma e as consultas tiveram que ser remanejadas...”

– Tethys

Não podemos deixar de ressaltar a importância do profissional enfermeiro no contexto do PSF. Mesmo que o próprio profissional não se valorize e que ainda haja

resquícios do modelo biomédico, é notória a importância que ele exerce na condução da equipe, já que ele tem em sua formação básica conteúdos relativos tanto à visão holística do cuidado, quanto noções de administração e recursos humanos. É claro que cada profissão tem uma nascente de conhecimentos, mas essa condição não dá a nenhuma delas a soberania terapêutica e todas estão sujeitas ao trabalho em equipe, como melhor forma de ação na atenção básica.

Athena também relata que muitas vezes não participa das reuniões semanais de sua equipe porque no mesmo horário ela precisa fazer outra atividade e não há ninguém para ficar no seu lugar:

“(...) sou difícil para ficar porque o horário da minha reunião é o horário que eu tô no curativo...”

Como exposto acima, a sobrecarga de trabalho (ROTSBURG, 2004; DEJOURS, 1988), a demanda excessiva (PEDROSA, 2001), a dificuldade de entrosamento (MENDES et al, 1987; PAES DA SILVA, 1989; STEFANELLI, 1990; CAMPOS, 1994; DOBBRO et al, 1998; RIBEIRO et al, 2004), a não apropriação do serviço (CAMPOS, 1994; MOTTA, 2001), dentre outros fatores, contribui para uma alta rotatividade profissional nas unidades básicas de saúde, dificultando a criação de vínculos que facilitem a comunicação e o trabalho em equipe. Soares et al (2003), acrescenta que as razões que levam a essa rotatividade e suas conseqüentes implicações nos fazem pensar que os modelos de contratação e formas de atuação dos gestores devem ser reavaliados, senão esta proposta de mudança do plano assistencial dificilmente logrará êxito.

Para melhor entender o processo de comunicação desse grupo, elaborou-se um diagrama (figura 4) onde todas as formas observadas de comunicação verbal entre os profissionais pudessem ser visualizadas:

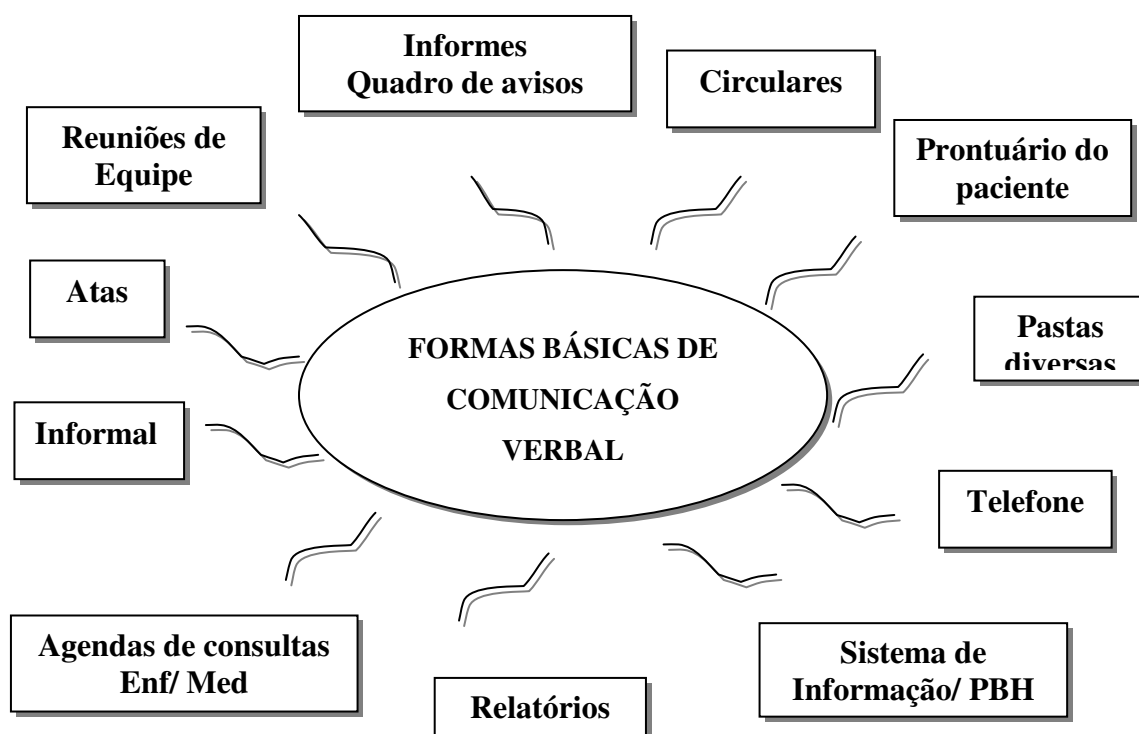


FIGURA 4: Formas básicas de comunicação verbal dos profissionais dentro do C.S.

A percepção do não-verbal auxilia na compreensão mais precisa das mensagens emitidas (STEFANELLI, 1990; PAES DA SILVA, 1996; DOBBRO et al, 1998), sendo de suma importância para que possamos estabelecer relacionamentos interpessoais efetivos. Porém, apenas um entrevistado (enfermeiro) citou a forma de comunicação não-verbal como também importante no processo comunicacional:

“Acho essencial todas as formas de comunicação....gestos, palavras, escrita (...) a forma como a pessoa olha nas reuniões, a forma como a gente direciona uma palavra com o colega influencia muito na forma como a comunicação se dá” – Pandora

Podemos dizer que a formação do enfermeiro é diferenciada das outras profissões de saúde, em relação a esse tema. Além da questão do gênero, as mulheres são ligeiramente mais sensíveis que os homens; os cursos de graduação em enfermagem hoje estão mais

voltados para uma formação onde o sujeito tenha uma visão holística. Já existem vários grupos de estudo e disciplinas optativas na enfermagem sobre comunicação. Conforme Paes da Silva (2000), a formação acadêmica tende a fazer com que o profissional de enfermagem busque controlar a expressão de seus sentimentos e emoções, de forma a não interferir no seu desempenho cotidiano.

Em relação à comunicação verbal, ressaltamos a grande quantidade de informações armazenadas. Os sujeitos reclamam a existência de vários tipos de informações com conteúdos do mesmo teor, repetitivos, que não têm fluxo e apresentam pouca utilidade justamente para quem usa:

“(...) é muito papel, muita pasta, muita separação que fragmenta muito o serviço!” – Pandora

A divisão funcional do serviço acaba fragmentando as práticas, tornando as relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas e divididas (COLLIÈRE, 1989; WALDOW, 1996; JESUS et al, 2001). Campos (1992) reitera que a base da organização dos serviços básicos de saúde deveria quebrar a costumeira divisão e burocratização do processo de trabalho em saúde. O trabalho em equipe objetiva superar a inércia burocrática através da descentralização que delegue a cada membro ampla autonomia, não necessitando de um quantitativo tão extenso de planilhas pobres e irreflexivas.

Podemos, portanto, dizer que uma concepção adequada de comunicação, uma boa interação profissional e pessoal e uma definição clara de papéis são fatores facilitadores do processo comunicativo e conseqüentemente melhoram o processo de trabalho em grupo.

O exposto reafirma a opinião de Paes da Silva (1996) quando refere que uma comunicação adequada nas relações de trabalho se desenvolve quando conhecemos as características próprias e do outro, reconhecemos as diferenças entre as pessoas e

desenvolvemos a habilidade de lidar com o ser humano de forma adequada às necessidades de cada um e de acordo com as exigências do contexto.

CAPÍTULO 7

7. COMPREENDENDO AS IMPLICAÇÕES DO PROCESSO COMUNICATIVO NO TRABALHO EM EQUIPE

“A chave das relações pessoais reside, muitas vezes, no fato de se conhecer a linguagem do corpo, e nisso consiste o segredo de tantos que tão bem sabem lidar com os outros”. – Julius Fast

A comunicação é imprescindível no trabalho em equipe e para que ela seja efetiva é preciso que emissor/receptor estejam dispostos a se interagirem. Portanto, é necessário empatia, disponibilidade, confiança, interesse e utilização dos cinco sentidos.

A partir dos dados coletados percebe-se que ainda a comunicação é entendida, pela maioria dos profissionais, apenas como forma verbal expressão. Sendo assim, é difícil entender como estes profissionais compreenderão o não-verbal expresso por seus clientes, tão importante para o êxito no diagnóstico, tratamento e cuidado.

Os relatos de nossos colaboradores revelam o reflexo do processo de comunicação no trabalho em equipe. A maioria deles percebe a importância da comunicação para o fluxo do trabalho em equipe, para o entrosamento e integração dos membros:

“Não dá para trabalhar em equipe se a gente não se comunica bem!” – Pandora

“A falta de informação faz a gente trabalhar mal mesmo! (...) Quanto melhor circular as informações, mais por dentro a gente estiver das coisas, mais fácil vai ser o trabalho!” – Gaya

Sabemos, porém, que para haver esse grau de integração no trabalho da equipe a comunicação precisa ser bidirecional, ou seja, deve ocorrer adequadamente a decodificação das informações e a resposta do outro. (CARVALHO, 1979; DOBBRO et al, 1998). Além

disso, para tornarmos ainda mais efetivo o processo comunicacional, devemos tomar consciência da linguagem corporal (FERRAZ, 1991; PAES DA SILVA 1989,1996; STEFANELLI, 1990).

Percebe-se, também, que o processo de comunicação reflete na geração de conflitos:

“Uma comunicação ruim sempre dá atrito, dá conflito e gera estresse...” –
Antígona

Frustrações, angústias e conflitos sempre permearam nosso cotidiano profissional em todos os serviços (PAES DA SILVA, 1996; OLIVEIRA, 2000; JESUS et al, 2001; ANGERAMI, 2004). A comunicação é uma aliada fundamental na tentativa de reduzir esses problemas e dificuldades dentro de um grupo. Infelizmente, podemos ver que a cadência de trabalho diário não respeita o corpo e as relações interpessoais, mas o exercício da escuta, do toque, da empatia, ajuda-nos a superar melhor estas questões.

A comunicação é um processo fundamental na organização de um serviço, pois permite a realização de ações coordenadas, redução de diferenças e aproximação de pessoas (MOREIRA, 1989; DOBBRO et al, 1998; OLIVEIRA, 2000). Nota-se, porém, um cenário incompatível com um processo comunicacional adequado, onde os emissores e receptores não compartilham a mesma rede de significados:

“Eu vejo que não é uma comunicação que flui...quando fico sabendo de uma coisa, o ACS já tá sabendo, o AE também e aquele usuário já passou por vários profissionais e chega até mim e conta tudo de novo!” – Pandora

“(...) esse fluxo de pacientes aqui no C.S. tumultua muito (...) se a gente não resolve o problema dele e ele precisa vir aqui várias vezes, aí complica ainda mais...” – Eurídice

“(...) a comunicação no trabalho tá meio truncada. As funções que você delega, a forma como você comunica não é encarada como uma delegação de função e sim como um favor!” – Pandora

Isso faz os profissionais não se interagirem efetivamente, torna as ações repetitivas e estressantes dificulta a decodificação correta das mensagens, o entrosamento e a coesão do grupo, prejudicando consideravelmente o trabalho em equipe. Ferraz (1998) afirma que a estrutura e funcionamento de um grupo sofrem oscilações dependendo do grau de adesão de seus membros, do potencial de influência de cada um deles e do quanto cada um acredita estar investido de uma missão a desempenhar.

Outra questão que devemos pontuar é que o fato das informações sobre produtividade não serem utilizadas e difundidas adequadamente pelos profissionais revela que a proposta do PSF de monitorização da saúde da população de abrangência e emprego de políticas e programas de prevenção de agravos (BRASIL, 1990) fica comprometida, já que a maioria dos profissionais das unidades básicas desconhecesse perfil de seus usuários, o número das pessoas em risco e os tipos de doenças prevalentes.

“(...) mas você sabe me dizer quantos meninos de puericultura vocês estão acompanhando? - “ Ah, não sei!” Você sabe me dizer quantas gestantes tem na área de vocês? - “ Ah, não sei!” Outro dia perguntei pra eles quantos asmáticos eles tinham que usavam bombinha e ninguém soube me responder! E isso é um programa quase chave da prefeitura, bem divulgado, né...” – Gaya

Nessa fala a gerente desabafa sobre quão difícil é fazer os profissionais entenderem a importância destas informações, divulgar corretamente esses dados para o grupo e como isso compromete o trabalho em equipe e a organização de todo o serviço de saúde da rede. Isso até influencia na discussão dela junto à Secretaria Municipal para solicitação de mais profissionais, para dizer se uma equipe está mais sobrecarregada que a outra, quantos

atendimentos estão sendo feitos, qual o número de materiais e remédios utilizados por área, dentre outros. Porém, se não existem esses dados não há como argumentar com os dirigentes.

Motta (2001), corroborando com vários autores supra citados, acrescenta que equipes coesas produzem melhores resultados, entusiasmam-se na ação e se orgulham da concretização; geram mais informações sobre o trabalho e sentem-se seguras na auto-avaliação. É elementar então, que profissionais pouco interagidos não saibam o quanto produzem, fazendo com que a unidade não acompanhe as transformações na saúde que acontecem em sua área de abrangência, comprometendo o planejamento das ações e o cuidado prestado.

Também devemos levar em consideração que o contexto realmente pode dificultar o processo comunicativo (GAMBLE & GAMBLE, 1987; LITTLEJOHN, 1988; PAES DA SILVA, 1996). Os profissionais inseridos numa UBS se deparam com intenso fluxo diário de pessoas, barulho excessivo, número vasto de atribuições, tempo e espaço reduzidos, alta rotatividade profissional, existência de vários tipos de informações e impressos de igual teor, o que compromete uma comunicação adequada. Porém, cabe a cada um criar mecanismos efetivos para exercê-la, já que é tão importante para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Talvez um dos mecanismos pode ser a maior valorização e inserção do ACS dentro da equipe. A equipe profissional deve dar maior importância à figura deste elemento que liga o serviço à comunidade. Percebi que o sentimento existente no ACS é de distanciamento em relação ao restante da equipe. É preciso haver maior abertura, confiança e liberdade entre todos os membros da equipe para que se possa exercer plenamente a percepção verbal e não-verbal.

A comunicação é instrumento essencial do trabalho em equipe, função social e uma competência interpessoal adquirida. É através do relacionamento com o outro e do exercício diário que se pode chegar a um processo de comunicação efetivo. Assim se a diversidade de conhecimentos entre os membros do grupo utilizar como instrumento principal de trabalho um processo comunicativo adequado, todo o trabalho será enriquecido e conseguir-se-á alcançar todos os objetivos.

Não há como conceber que uma comunicação efetiva passa à margem do processo de trabalho e da organização do serviço. A complexidade da organização do processo de trabalho em saúde e as crescentes dificuldades para corresponder à demanda tornam a efetivação do processo comunicativo bastante dificultoso.

Além disso, o pouco entrosamento entre os membros, a falta de percepção do não-verbal e a compreensão errônea do significado do processo comunicacional são outros fatores que tornam o trabalho dos profissionais de saúde de uma unidade básica um conjunto ações fragmentadas, estressantes e pouco resolutivas.

CAPÍTULO 8

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E O SURGIMENTO DE NOVAS INDAGAÇÕES

“A conduta humana se parece muito com o desenho. A perspectiva se altera quando o olho muda de posição. Não depende do objeto e sim de quem está olhando”. – Vincent Van Gogh

Ao percorrer a trajetória proposta para a realização de um estudo sobre a comunicação e o trabalho em equipe, percebo que ao término deste trabalho a temática não se esgotou e que novas indagações ainda podem ser feitas.

Então, nesse momento, cabe refletir sobre o que esta experiência proporcionou para o meu crescimento pessoal e profissional, assim como para a perspectiva de compreensão da comunicação no cotidiano do trabalho.

O desafio de realizar uma pesquisa em tão pouco tempo constituiu-se o obstáculo mais difícil, mas que pôde ser superado a partir do momento em que me rendi à condição de pesquisadora iniciante e propus limitar o estudo ao meu objetivo. É claro, que houve outras limitações a serem superadas. As entrevistas, por exemplo, foram marcadas e remarcadas por diversas vezes com alguns sujeitos pela falta de tempo que eles relatavam ou pelo número de vezes em que fomos interrompidos no momento da gravação. Outro exemplo é que combinei uma conversa com três ACS distintos, mas apenas um aceitou fazer a entrevista quando pude perceber, juntamente com outros aspectos não-verbais, que estes sujeitos têm receio de se expor, já que eles sabiam que eu era enfermeira e pesquisadora.

Acredito que a partir dessa experiência, minha visão como pessoa e profissional acerca do processo comunicativo verbal e não-verbal com o outro se ampliou de maneira que agora posso dizer que estou mais atenta e sensível às nuances da comunicação.

O desenvolvimento deste estudo também permitiu que os próprios colaboradores repensassem mais conscientes sobre o processo comunicativo que permeia em seu campo de trabalho.

No mundo atual, problemas como falta de tempo, sobrecarga de trabalho, dificuldade de interação com outro, tornam-se comuns e tendem a serem deixados de lado, pois as soluções exigem mudanças de paradigmas e isso sim é uma grande questão para muitos.

Comunicar não é apenas informar, como pensa a maioria de nossos colaboradores. Exige paciência, disponibilidade, interação e percepção do não-verbal. Não é um processo difícil, depende sim de vários fatores, mas os dois componentes principais são o desejo de interagir com o outro e o contexto em que se está inserido.

Esse desejo é vital para a existência de uma equipe de trabalho com objetivos comuns. Havendo esse desejo, há a vontade de compartilhar tarefas, afetividades, dificuldades e limitações. Havendo essa vontade, fica fácil compartilhar a mesma rede de significados e vivenciar a comunicação.

Assim, apesar de os profissionais de saúde inseridos na unidade básica estarem num contexto onde as características que os rodeiam dificultam a comunicação, cabe a eles desejarem a interação com o outro e criar mecanismos para isso, para ser possível dizer que se trabalha em equipe.

Uma das barreiras que chamou a atenção no estudo foi o permanente estresse em que os profissionais vivenciam no cotidiano de trabalho, expressos nos comportamentos observados e na própria fisionomia. Muitos chegam à unidade correndo, mal se

cumprimentam, já vão pegando os prontuários e atendendo. O próprio paciente que sai chama o próximo. Outros são indiferentes, cumprimentam-se, formalmente, sem nenhum desejo de interação. Poucos são aqueles que se mostram alegres e satisfeitos com o serviço.

É claro que como em toda pesquisa, surgem aqui algumas questões que podem ser melhor ampliadas em futuros trabalhos sobre os entraves do processo de comunicação, tais como: *Como é possível valorizar a comunicação não-verbal no trabalho da equipe de saúde?*

Os dados também mostraram o descomprometimento de alguns em relação às tarefas. Por várias vezes percebi profissionais chegando atrasados, conversas paralelas nas reuniões de equipe, discussões acerca de consultas marcadas erroneamente, exames colocados em locais inapropriados, recados repassados de maneira truncada. *Será que estes profissionais compreendem a importância de seu papel para o desempenho do trabalho da equipe? Que instrumentos podem ser criados e implementados de modo a melhorar a comunicação entre os profissionais?*

Sabemos que o PSF está estruturado nas ações do trabalho em equipes multiprofissionais. Mas, infelizmente, percebemos também que este modelo de organização do serviço das unidades básicas tem se expandido num vazio pragmático (CONILL, 2002). Pode-se dizer que isso se deve a estratégias comunicacionais desastrosas, fragmentação técnica e social do processo de trabalho, em que lhes escapa a visão do todo existindo uma dicotomia entre o pensar e o fazer.

A formação dos profissionais de saúde ainda está alicerçada no modelo biomédico, curativo e individual. O conteúdo dos cursos de graduação sobre comunicação interpessoal é pequeno, quase nulo. Quanto ao nível médio este tema não está especificado em nenhuma disciplina. Ceccim (2004) também afirma que todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de

saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo corporativo-centrado, para o eixo coletivo-complexo.

Corroboro com as idéias do autor e vejo o despreparo destes profissionais para atuarem em consonância tanto com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação quanto para os princípios do SUS, estruturados em três pilares: orienta-se pelo sistema vigente de saúde, pelo trabalho em equipe e pelo atendimento integral à saúde. Isso requer que as instituições formadoras revejam a concepção pedagógica praticada dentro das escolas, superando o distanciamento existente entre ensino – serviço com a promoção de sua articulação, principalmente, em relação a técnicas de comunicação interpessoal.

Acredito ser importante discutir sobre a compreensão do processo de comunicação entre os profissionais, deixando claro que este instrumento é fundamental para a integralização das ações e torna o trabalho mais dinâmico, mais resolutivo, mais harmônico e bem mais agradável.

Recomendo aos membros do grupo que reavaliem o processo de trabalho em equipe, favorecendo uma comunicação efetiva tendo por referencia a abertura, o respeito e o compartilhamento de informações, sempre percebendo o outro e encorajando a participação de todos.

Assim como Motta (2001), sugiro a criação do diálogo estratégico como forma planejada de compartilhar expectativas, intenções e análises sobre a razão de ser de uma equipe de saúde. Essa técnica desenvolve de modo participativo, a comunicação e a reflexão entre os membros sobre o mundo à sua volta, bem como o significado que cada colega atribui aos eventos que percebe. O mesmo autor também indica que para facilitar a interação entre as pessoas haja o desenvolvimento de atividades coletivas regulares na instituição. Isso permite o aprendizado em conjunto.

Concordo com Campos (1992) que diz que as instituições públicas necessitam desenvolver mecanismos de ajuste à complexidade e diversidade da vida, quebrando a rigidez dos relacionamentos interpessoais, dos horários e das padronizações de condutas.

Portanto, recomendo aos gestores que para o pleno funcionamento do trabalho em equipe é necessário uma maior conscientização acerca da importância da comunicação e um novo estilo de gestão dos serviços: descentralizado, democrático, que valorize a autonomia, a liberdade e a iniciativa das equipes de saúde.

Como enfermeira e pesquisadora proponho a criação, já na graduação, de disciplinas obrigatórias teórico - prática sobre comunicação em todos os cursos da área da saúde. Também é preciso que as esferas governamentais atentem para a importância da comunicação no trabalho em equipe e se mobilizem a fim de promover capacitação técnica para o aprimoramento desta competência, seja através de seminários *in loco*, seja através da humanização do trabalho em saúde no país como um todo.

Agir sem compreender pode ser perigoso. A falta de comunicação, de participação e de integração gera incompreensões e diminuição da qualidade do cuidado prestado. Trabalhar em equipe exige, compartilhamento, escuta ativa, percepção de nuances de comportamentos, empatia, autoconhecimento, aceitação e abertura para conhecer o próximo e deixar-se conhecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, E.L.S. CAMELO, S.H.H. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.14-21, jan./fev. 2004.

BACHION, M.M. **Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturiente**. 1991. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993. 173p.

BOM MEIHY, J C S. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996. 77p. 78p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080>>. Acesso em: 14 jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 84p.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CARVALHO, E.C.; FERRAZ, A.E.P.; GIR, E. O ensino da comunicação nas escolas de enfermagem do Brasil. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1., 1988, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1988. p.97-103.

CARVALHO, E.C. **Comportamento verbal e enfermagem:** a interação verbal enfermeiro-paciente durante o procedimento da punção venosa. 1979. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1979.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec & Abrasco, 2004. p.259-278.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. 385p.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.191-202, 2002. Suplemento.

CUDICIO, C. **La Programación Neurolingüística, la Cultura de la Organización y su Dimensión Criativa.** Buenos Aires: Granica Ediciones, 1992.

MATTA, R. **Relativizando:** uma introdução à antropologia social. 5.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 246p

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1988. 159p.

DOBBRO, E.R.L.; SOUSA, J.M.; FONSECA, S.M. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influência na comunicação interpessoal. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.32, n.3, p.255-261, out. 1998.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124p.

EDWARDS, B.J.; BRILHART, J.K. **Communication in nursing practice**. Saint Louis: Mosby, 1981. 245p.

ENRIQUEZ, E. **Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social**. 2.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991. 404p.

FERRAZ, A.F. Tornar-se soropositivo: da perplexidade ao confronto com o incógnito. In: MORANDO, L.; GUIMARÃES, R. (Org.). **AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais, 1998. p.111-140.

FERRAZ, A.F. A comunicação terapêutica na prática profissional e social do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p.21-29, jan./dez. 1995.

FERRAZ, A.F. **Análise da comunicação enfermeira-paciente em hospital geral**. 1991. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

GAMBLE, T. K. & GAMBLE, M. **Communication works**. 2.ed. New York: Randon House, 1987

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1992. 224p.

JESUS, D.S.S.; SOARES, S.M.; CARNEIRO, M.L.M.; FREITAS, M.E.A. **Cuidar de si e do outro: a compreensão de uma equipe de enfermagem ambulatorial**. 2001. 60f. Projeto (Iniciação Científica) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LEININGER, M.M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991. 432p.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988. 407p.

LUCENA, A.F.; GOES, M.G.O. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, p.37-48, 1999. Número Especial

MACHADO, M.H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório final - Região Sudeste. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. v.4..

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; NOGUEIRA, M.S. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.8, n.2, p.204-219, jul. 1987.

MENDES, I.A.C. **Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar**: enfoque humanístico. 1986. 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1986

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec & Abrasco, 1992. 269p.

MOREIRA, L.C. **A passagem de plantão enquanto processo comunicativo**. 1989. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 142p.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991. 256p.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e ação social. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

PAES DA SILVA, M.J. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

PAES DA SILVA, M.J. et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.52-58, ago. 2000.

PAES DA SILVA, M.J.; MENDES, E.M.T.; MAYOR, E.R.C.; FRANCISCO, M.C.; CAPELI, S.C.A. Revendo estruturas e reorganizando nossa comunicação. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p.450-457, jul./set. 2000.

PAES DA SILVA, M.J. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Brasiliense, 1996.

PAES DA SILVA, M.J. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes**. 1989. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia; atualização. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M. CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, p.143-147, dez. 2000. Número Especial.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.

PINHEIRO, R. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec & Abrasco, 2004. p.75-90.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar./abr. 2004.

SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P.; MOCELIN, V.L. Como os pais com filhos internados em uma UTI pediátrica percebem a comunicação da equipe de saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9., 2004, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2004. p.84.

SHANNON, C.E.; WEAVER, W. **A teoria matemática da comunicação**. São Paulo: Difel, 1949. 117p.

SOARES, S.M.; SANTOS, M.M.; OLIVEIRA, R.M. **As implicações da rotatividade dos profissionais do Programa de Saúde da Família na regional de Teófilo Otoni**. 2003. 53f. Monografia (Especialização em Saúde da Família, Projeto Veredas de Minas) – Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Escola de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

SOARES, S.M. **Práticas terapêuticas não-alopáticas no serviço público de saúde: caminhos e descaminhos; estudo de caso etnográfico realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2000. 189f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SPRADLEY, J.P. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1979. 247p.

STARFIELD, B. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2000. 725p.

STEFANELLI, M.C.; WAIDMAN, M.A.; PAGLIARINI, K.M. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.82-85, jan./jun. 1997.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa**. 1990. 139f. Tese (Livre-docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

STEWART, D.K. **A psicologia da comunicação**. Rio de Janeiro: Forense, 1972. 191p.

VELHO, G. **Individualismo e cultura:** notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. 149p.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzato, 1998. 202p.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 203p.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 206 - Telefax: (031) 3248.9836 - Belo Horizonte – MG
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

CARTA À GERENTE DO CENTRO DE SAÚDE

Belo Horizonte, 04 de outubro de 2004.

Ilmo. Sr^ª. -----

Gerente do Centro de Saúde -----

Eu, Danielle Sandra da Silva de Jesus, solicito sua autorização para realização do estudo “**O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E O TRABALHO EM EQUIPE: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**” (título provisório) que estou desenvolvendo no curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Sônia Maria Soares.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo é compreender o processo de comunicação refletindo no trabalho em equipe, sob a ótica dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte.

Proponho coletar dados documentais, realizando observações do cenário e entrevistas com os profissionais desta Unidade. Para isso, necessito de uma autorização de V. S^ª para que possa apresentar o projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Na oportunidade, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos do estudo, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certa de contar com a atenção de V. S^ª, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Danielle Sandra da Silva de Jesus

End. da pesquisadora: R. Bérnago, 185, Bandeirantes, BH - Tel.: (31) 9151-3036 - daniellemestrado@yahoo.com.br
End. do COEP/UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, BH – Tel: (31) 3499-4592 – coep@reitoria.ufmg.br

ANEXO II



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 0072005

Título do projeto: “Processo de Comunicação e o Trabalho em Equipe: perspectivas de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde”

Nome do pesquisador: Danielle Sandra da Silva de Jesus

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.

Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 14 de abril de 2005.

ANEXO III

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 025/05

Interesse: Profa. Sonia Maria Soares
Depto. de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 10 de agosto de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Processo de comunicação e o trabalho de equipe: perspectivas de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Eléna de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo (Provisório): O Processo de Comunicação e o trabalho em equipe: perspectiva de profissionais de uma unidade básica de saúde

Autoras: Danielle Sandra da Silva de Jesus (aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais) e Dra Sônia Maria Soares (orientadora).

Síntese do projeto: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com vistas à obtenção do título de mestre, cujo objetivo é compreender o processo de comunicação refletindo no trabalho em equipe, sob a ótica dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte.

Coleta de dados: será feita por meio de observação participante e entrevistas gravadas em fitas cassetes, que serão realizados em local de fácil acesso aos participantes e às pesquisadoras. Os dados coletados terão fins científicos, sendo arquivados sob sigilo, garantindo-se o anonimato, inclusive pelo uso de nomes fictícios. O produto da investigação será apresentado aos sujeitos participantes.

A participação no estudo não se reverterá em benefícios pessoais aos participantes, mas em muito contribuirá para ampliação do conhecimento sobre a problemática. Aos sujeitos deste estudo fica preservado o direito de interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus, de qualquer natureza. Esta pesquisa cumpri os termos da Res. 196/96 do CNS.

Entendimento do participante: Declaro que tive oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, estando as pesquisadoras sempre prontas a respondê-las.

Consentimento: Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar da pesquisa - na qualidade de participante voluntário - e também para a divulgação dos dados por mim fornecidos.

Assinatura do Participante

Data: ___/___/___

Assinatura da Pesquisadora

Data: ___/___/___

End. da pesquisadora: R. Bérgamo, 185, Bandeirantes, BH - Tel.: (31) 9151-3036 - daniellemestrado@yahoo.com.br

End. do COEP/UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, BH - Tel: (31) 3499-4592 - coep@reitoria.ufmg.br