



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas**

**Luana Gabriele Nilson**

**CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE BOA COMUNICAÇÃO  
EM EQUIPE DE SAÚDE**

Florianópolis  
2014



**Luana Gabriele Nilson**

**CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE BOA COMUNICAÇÃO  
EM EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Ciências Humanas e Políticas Públicas

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**Co-orientadora:** Prof<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Rubia Lindner

Florianópolis  
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nilson, Luana Gabriele

N695c Construção de Sentidos sobre Boa Comunicação em Equipe de Saúde. Florianópolis, 2014 /, Rodrigo Otávio Moretti-Pires; Orientador, Sheila Rubia Lindner; Co-orientadora. - Florianópolis, SC, 2014.  
151p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Comunicação. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Construcionismo Social. 4. Investigação Apreciativa. 5. Interdisciplinaridade. I. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

*“Construção de sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde”*

**Luana Gabriele Nilson**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

\_\_\_\_\_  
PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (Presidente)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sonia Natal (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Marcia Grisotti (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta (Membro Externo)



*A todos os profissionais que tiram a saúde do papel,  
transformam e se transformam diariamente ao  
construir possibilidades de fazer diferente e a  
diferença.*



## AGRADECIMENTOS

Neste percurso e na vida, foram inúmeras as relações e partilhas generosas que tive, não sendo possível relatar e agradecer a todos, o farei a alguns...

A Deus pela vida, por ser conforto, por me dar as respostas quando solicitado, pela possibilidade de construir essa história.

Aos profissionais da equipe de saúde de Alto Bela Vista e à gestão municipal. Obrigada pelo “sim” ao meu convite, por compartilharem histórias e discursos comigo e possibilitarem o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, meu TUDO, por cuidarem de mim, ouvindo, dando colo, encorajando, dizendo palavras de confiança, sentindo orgulho. São vocês meu orgulho, quem oportunizou que eu chegasse até aqui. Eu os AMO demais! Obrigada por tudo, especialmente pela graça de pertencer a vocês.

À minha irmã Luciana, ao irmão que ganhei há 18 anos, Leandro, e ao meu pequeno príncipe Rômulo, que há 6 anos torna nossas vidas mais coloridas. As palavras nunca serão suficientes para descrever minha gratidão, respeito e admiração por quem são, pela família que formam e pela generosidade ao me incluir nisso tudo. Luci, você é maravilhosa e sem você nada seria. AMO VOCÊS!

Aos meus irmãos Alan Michel, meu lindo, e Artur Maurício, meu príncipe, por serem nosso orgulho, homens que me inspiram, meus parceiros e por quem desejo ser e fazer melhor. Obrigada pela presença na distância e por serem meus. AMO VOCÊS!

Ao meu melhor amor, meu Du. Obrigada pelo amor leve, presente, paciente, cúmplice, companheiro. Obrigada pelo respeito e por me fazer rir, muito! Obrigada por me fazer acreditar, por me valorizar e por confiar mais em mim que eu mesma. Obrigada por ficar feliz comigo e especialmente, por dividir todos os momentos de raiva, tornando-os bem mais fáceis de suportar. AMO VOCÊ sempre mais.

À família que ganhei e que é apoio, presença, amor e carinho sempre: Neusa, Mirian e Diogo. Obrigada pela confiança, a torcida e a partilha.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Rodrigo, pela oportunidade de caminhar contigo nos últimos dois anos, aprendendo, desconstruindo e construindo posicionamentos pessoais, profissionais, de vida. Obrigada pela confiança, estímulo à autonomia, à reflexão e à inquietação.

À Carmem, pessoa linda e generosa, que ajudou a tornar possível o sonho do mestrado, foi companheira de viagens, de disciplinas, de cafés, de deliciosos papos. Obrigada por abrir as portas da sua vida, do seu lar e até de seu convívio familiar para mim e por ser inspiração em minha carreira profissional.

À Gisele, através da qual cheguei ao Telessaúde, por sua confiança, apoio e conhecimento compartilhado, especialmente quando eu mais precisei, abrindo também as portas da sua casa para me acolher.

Ao Prof. Dr. Murilo por compartilhar seu conhecimento e orientar os caminhos para o Construcionismo Social. Obrigada pela graça e privilégio de partilhar contigo ao longo desse caminho.

Ao Prof. Dr. Cutolo e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia, pela generosidade em orientar, instruir, indicar caminhos possíveis, mas especialmente por despertarem minha admiração e respeito e o desejo por aprender mais.

Ao Marcos, meu amigo querido. Muito obrigada por confiar em mim, pelas conversas que sempre me fazem crescer, por (literalmente) me dar trabalho e por não conseguir dizer não aos meus chamados desesperados.

Ao Fábio, com quem aprendi muito ao longo desses últimos anos. Obrigada pela disponibilidade e sugestões, pelos exemplos, por tantas vezes que dividiu e construiu conhecimento conosco. Tens minha admiração.

Aos colegas de mestrado e de caminhada acadêmica, e àqueles que, mais que colegas, tornaram-se amigos: Mateus, Elyana, Amanda, Deise, Ana Maria, compartilhando histórias, sorrisos, e sendo presentes.

A todos os amigos de Floripa, especialmente à Juliana, Luise e Marina, por serem, verdadeiramente, presentes em minha vida.

A todos os amigos de Peritiba (e região), pela torcida e por seguirem comigo. Especialmente à Aline, Vanessa, Cíntia e Laila, por me ouvir, por torcer e vibrar comigo.

Aos amigos espalhados pelos caminhos já percorridos e que são sempre presença: Thelmo, Jaqueline, Ana Claudia e Priscila, vocês são incríveis!

À equipe do Núcleo Telessaúde SC, com quem tenho construído uma história maravilhosa desde a mudança para Florianópolis. Obrigada pelas oportunidades, a parceria, a aprendizagem, a vida compartilhada.

Ao NECST - Núcleo de Estudos Críticos em Saúde e Transformação Social, e a cada um de seus integrantes, onde há três anos tenho oportunidade de construir novas possibilidades de olhar para o mundo e a vida. Obrigada pelo auxílio para meu crescimento como pessoa e profissional.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Cristina Marino Calvo, com quem seguirei o percurso acadêmico, agora como doutoranda, e ao NEPAS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde e todos os seus integrantes, que já me receberam calorosamente.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila, por compartilhar esse momento comigo, pela disponibilidade, amabilidade e cuidado em todos os momentos de contato.

À CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo auxílio através de bolsa para que eu pudesse cursar o mestrado.

Aos membros da banca pelo aceite em participar e pela oportunidade de compartilhar e ter suas contribuições.

À UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, por ser espaço de oportunidades e aos professores e funcionários do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Saúde Pública, pelas infinitas contribuições e momentos de partilha e construção de conhecimento.

À Luana, pela confiança e tranquilidade na vida do lar, com quem pude contar ao longo desses dois anos em momentos importantes para que as demandas do mestrado pudessem ser cumpridas.

A todos que, de perto ou de longe, foram apoio, torcida, estímulo ou caminho, para que eu pudesse concluir essa etapa de formação. Muito Obrigada!



*“Você sai da faculdade, onde você é o futuro do Brasil,  
e passa a ser a realidade do Brasil. [...]*

*Aí você trabalha em consultório particular, sozinho,  
mas vai um tempo e cai de pára-quadras em uma  
Unidade de Saúde, e chega se “achando”, mas percebe  
que não sabe nada e precisa ir com calma para  
aprender, se inserir, compreender, ser aceito. [...]  
Com o tempo, vem o respeito, a confiança, o vínculo, a  
comunicação em equipe, e aí você pode mesmo  
contribuir e fazer a coisa acontecer com os colegas.  
Mas nenhum de nós consegue dar conta sozinho.*

*E é muito bom ver as suas ideias acontecendo e todos  
gostando.”*

*(Falas de um dos protagonistas do estudo durante as  
entrevistas).*



NILSON, Luana Gabriele. **Construção de sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde**. 2014. 151 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

**Co-Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sheila Rubia Lindner

## RESUMO

Trabalhar em equipe no contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS) tem na comunicação e no compartilhamento de experiências e conhecimentos, um dos alicerces para o alcance do cuidado integral como resposta às complexas necessidades de saúde. A comunicação e sua aplicação na saúde tem sido abordada em diversos estudos, com reflexões sobre sua aplicação para a transmissão de informações e para melhorar o cuidado aos usuários, havendo poucos estudos sobre sua importância nas relações entre os profissionais. Nesse sentido, este estudo se propõe a apresentar a construção de sentidos sobre a boa comunicação com uma equipe de saúde a partir do emprego da Investigação Apreciativa (IA) como tecnologia para a pesquisa. A IA tem sido utilizada para possibilitar a pesquisa construcionista relacional, vendo na linguagem uma construtora de realidades e valorizando aquilo que funciona bem nas equipes. Traz como referencial o Construcionismo Social, que valoriza o contexto social, histórico e cultural e a multiplicidade para a construção de diferentes discursos a partir das relações. Trata-se de um estudo empírico, descritivo e qualitativo, desenvolvido com uma equipe de saúde ampliada, no contexto da ABS, no Meio-Oeste de Santa Catarina. A construção do estudo se deu pela interação entre os protagonistas (pesquisadora e profissionais participantes) em momentos individuais e dois encontros de grupos, guiados por roteiros com perguntas apreciativas na forma de entrevista semi-estruturada. Em forma de narrativa é descrita a aplicação da IA e a construção de sentidos sobre boa comunicação em equipe feita pelos protagonistas, levando em conta as características do trabalho em equipe. É apresentada uma proposta de significação dos sentidos construídos a partir da relação da boa comunicação, caracterizada pelos protagonistas, com o conceito ampliado de saúde, de clínica ampliada,

de integralidade, de interdisciplinaridade e de apoio matricial, considerando a intersubjetividade presente no trabalho da equipe participante. A IA oportunizou a valorização da atuação e a confiança dos protagonistas ao refletir sobre a boa comunicação no contexto relacional e de trabalho em equipe, construindo um discurso que apontou a postura colaborativa para o alcance do que entendem como melhor. Além disso, a boa comunicação foi apontada como um caminho para o alcance de respostas às necessidades e à complexa realidade em saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação. Atenção Básica à Saúde. Construcionismo Social. Investigação Apreciativa. Interdisciplinaridade.

## ABSTRACT

Teamwork in the Primary Health Care (PHC) context has in the communication and in the experience and knowledge sharing one of the foundations for achieving comprehensive care to address the complex health needs. The communication and its application in the health area has been addressed in several studies, with reflections on its application for the information transmission and for improvement of the health system users care, however there are few studies about its importance in the relations between professionals. Thus, this study proposes to present the construction of meanings about good communication in health teams using the Appreciative Inquiry (AI) as a research technology. The AI has been used to enable relational constructionist research, seeing the language as a realities constructor and appreciating what is working well in teams. It brings the Social Constructionism as a reference, which values the social, historical and cultural context and the multiplicity for the construction of different speeches from relations. This is an empirical, descriptive and qualitative study conducted with an extended health team in the Primary Health Care context, in the Midwest of Santa Catarina State. The construction of the study was given by the interaction between the protagonists (researcher and professional participants) in individual moments and in two group meetings, guided with appreciative questions in the form of semi-structured interviews. In narrative form it is described the application of AI and the meaning construction about good team communication taken by the protagonists, considering the teamwork characteristics. It is presented a significance proposition of the meanings constructed from the ratio of good communication, characterized by the protagonists, with the broad concept of health, extended clinic, comprehensiveness, interdisciplinarity and matrix support, considering the intersubjectivity present in the participant health team work. The AI provided an opportunity for the appreciation of the performance and the protagonists' confidence to reflect on good communication and the relational and teamwork contexts, building a speech that pointed at collaborative attitude towards achieving what is understood as better for the team and system users. In addition, good communication was

identified as a way to reach answers to the needs and to the complex reality of health.

**Keywords:** Communication. Primary Health Care. Social Constructionism. Appreciative Inquiry. Interdisciplinarity.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Fases da Investigação Apreciativa.....	54
<b>Figura 2:</b> Sentindo a Boa Comunicação como ferramenta relacional na equipe.....	78
<b>Figura 3:</b> A comunicação entre ESF, NASF e gestão. ....	97



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	- Atenção Básica à Saúde
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CS	- Construcionismo Social
EPS	- Educação Permanente em Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IA	- Investigação Apreciativa
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS-SUS	- Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS
PNH	- Política Nacional de Humanização
PSF	- Programa de Saúde da Família
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
SF	- Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	- Universidade Aberta do SUS



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>CONSTRUINDO UM CAMPO DE CONHECIMENTO.....</b>	<b>29</b>
1.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO .....	29
1.2 TRABALHO EM EQUIPE – REALIDADES E POSSIBILIDADES .....	33
1.3 O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO: MODERNIDADE E PÓS-MODERNIDADE .....	38
1.4 CONSTRUCIONISMO SOCIAL E AS CONTRIBUIÇÕES PARA A PESQUISA EM SAÚDE .....	42
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>EM BUSCA DA COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>45</b>
2.1 DIFERENTES DISCURSOS SOBRE COMUNICAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE .....	45
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>A CONSTRUÇÃO PELA ATUAÇÃO.....</b>	<b>53</b>
3.1 APRESENTANDO A INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA .....	53
3.2 INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA E O TRABALHO EM SAÚDE.....	56
3.3 PESQUISANDO COM A INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA .....	58
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>CRIANDO SENTIDOS PARA A BOA COMUNICAÇÃO .....</b>	<b>61</b>
4.1 O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO .....	61
4.2 A BOA COMUNICAÇÃO NO DISCURSO DOS PROTAGONISTAS DA PESQUISA .....	64
4.3 SIGNIFICANDO OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE BOA COMUNICAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA .....	79
<b>CONSIDERANDO A FINALIZAÇÃO.....</b>	<b>99</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>115</b>
<b>Apêndice A – Roteiro de Perguntas para Entrevistas Individuais</b> .....	<b>117</b>
<b>Apêndice B – Roteiro de Perguntas para Entrevistas com o Grupo</b> .....	<b>118</b>
<b>Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Sujeito de Pesquisa</b> .....	<b>121</b>
<b>Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Gestão</b> .....	<b>122</b>
<b>Apêndice E – Retorno às demandas trazidas pela equipe durante as entrevistas individuais e em grupo: Carta de Sugestões</b> .....	<b>123</b>
<b>Apêndice F – Artigo para submissão na Revista Interface</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>147</b>
<b>Anexo A – Parecer Comitê de Ética</b> .....	<b>149</b>
<b>Anexo B – Autorização da Gerente Regional de Saúde</b> .....	<b>151</b>

## APRESENTAÇÃO

Protagonista é aquele que desempenha o papel principal, e é nesse sentido que inicio a apresentação desse trabalho, que é fruto da atuação de vários protagonistas para a construção de sentido para o que denominamos “boa comunicação em equipe de saúde”. O protagonismo de uma equipe que, acreditando em mim e na proposta que os fiz, aceitou criar comigo uma descrição sobre parte do que são e do trabalho que desenvolvem.

O trabalho de equipes da Saúde da Família (SF) é um elemento-chave para buscar comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular<sup>1</sup>. E foi a ideia de uma equipe de saúde que trabalhasse na perspectiva de comunicação e construção de um modelo de atenção para atender aos seus próprios anseios e expectativas e aos de seus usuários, realizando trabalho com qualidade, que me motivou a trabalhar com esse tema.

O trabalho em saúde pode ser desenvolvido de formas diversas, desde aqueles mais centrados na tecnologia até os mais criativos, com foco nas relações pessoais, que são amplamente desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas equipes de SF e Atenção Básica à Saúde (ABS).

Sempre acreditei nos mais criativos, leves e diferentes. E continuo acreditando. Nas minhas verdades, desde a graduação, o que eu queria era fazer diferente, mudar o mundo para melhor, transformar e deixar marcas boas na vida das pessoas às quais dedicasse meus cuidados. Mas eu também sempre quis mais que cuidar. Sonhava, e ainda sonho, em ajudar a formar aqueles que farão saúde com qualidade, um Sistema Único de Saúde (SUS) para todos e melhor, profissionais do bem e pelo bem. Motivos pessoais me fizeram deixar o sonho de ser docente para um pouco mais tarde e fui para o serviço, ser enfermeira em uma equipe de ABS.

Foi nessa equipe que aprendi realmente a ser profissional da saúde e me realizei em cada cuidado prestado e em cada movimento para que o trabalho fosse melhor. Também foi nessa equipe, em contato com outras equipes da região, que tive certeza que é lá, junto de cada usuário, no dia-a-dia de trabalho em cada UBS, que tudo pode ser

diferente, e melhor. Também foi nesse período que cheguei à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através da Especialização em Saúde da Família oferecida em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), que me oportunizou conhecer o professor Rodrigo Moretti e tornar-me sua aluna por dois semestres antes de iniciar o mestrado.

Confesso que sempre foi, e ainda é, um desafio. Sinto como se fosse um livro de infinitas páginas em branco sendo completadas em cada momento de construção nos estudos em sala de aula, nas reuniões de grupo, nas orientações. Sendo mestranda me percebi adulta, e muitas vezes senti vontade de fugir, buscar colo e ficar fisicamente perto de quem me oferece conforto. Mas percebi também, que mesmo cansada, não consigo mais permanecer no conforto, quero fazer mais e melhor o diferente tão almejado.

Nesses dois anos de mestrado fiquei ainda mais convicta de que quero ser docente, mas que não consigo, não quero e não acredito que seja possível, ficar distante do serviço, das UBS, dos efeitos do que podemos fazer sobre aqueles que entregam tudo em nossas mãos.

Sempre soube, portanto, que minha dissertação estaria vinculada ao trabalho em saúde, aos processos que o fazem acontecer, e, durante a elaboração do projeto, através do professor Rodrigo, fui apresentada ao professor Murilo Moscheta, através do qual pude conhecer o Construcionismo Social (CS), e me identifiquei com a postura para o desenvolvimento do meu trabalho empírico.

O projeto que deu origem a essa pesquisa tratava do processo de trabalho nas equipes de saúde e do protagonismo dos profissionais para o sucesso do serviço. Durante a qualificação, a discussão com a banca me fez perceber que eu já tinha uma expectativa sobre o sucesso, que estava vinculada à forma como a equipe se comunica.

Percebi então que gostaria de compreender melhor esse processo e que minha busca estava intimamente relacionada ao relacionamento da equipe e os efeitos das relações sobre sua comunicação.

Entendo ser imprescindível empregar na saúde tecnologias que possibilitem a construção de uma forma de entendimento entre as pessoas e a construção de uma realidade própria. A tecnologia permite que determinado resultado seja alcançado através de um processo que requer o desenvolvimento de ações articuladas e conhecimento teórico<sup>2</sup>.

Assim, apresento minha dissertação: estudo empírico, qualitativo, descritivo, e no qual procurei estabelecer espaço para os envolvidos construir sua realidade, em uma perspectiva de convite ao diálogo,

segundo Corradi-Webster<sup>3</sup>. Além disso, a pesquisa qualitativa produz uma possibilidade de interpretação, sendo, cientificamente, uma versão da realidade; e a entrevista aberta, na qual os sujeitos são convidados a falar sobre um tema, possibilitam reflexões mais profundas<sup>4</sup>.

O início se deu com a realização de levantamento bibliográfico, com investigação de referências sobre a organização do serviço público de saúde no Brasil, tendo foco na ABS e equipes de SF, partindo então para a busca de referências sobre trabalho em equipe e comunicação em saúde. Os principais referenciais utilizados foram publicações do Ministério da Saúde (MS) sobre ABS, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), publicações sobre Construcionismo Social (CS), Trabalho em Equipe, Comunicação e Investigação Apreciativa (IA). Além de livros consultados, foram realizadas buscas aos bancos de dados: scielo.org, lillacs e portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca por referencial seguiu durante toda a pesquisa.

Para Cooperrider, a IA compreende uma abordagem para diagnóstico e criação de soluções de trabalho, com cooperação para investigação do que há de melhor em determinado local de trabalho para construir coletivamente sentidos e soluções criativos<sup>5</sup>.

Posteriormente ao período de trabalho de campo, foram inseridos referenciais sobre o Conceito Ampliado de Saúde e a Clínica Ampliada, Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersubjetividade em saúde.

O interesse em trabalhar o tema “trabalho em equipe” e a partir deste a comunicação, foi se moldando ao longo da minha vida acadêmica e profissional, já que é amplamente utilizado no cotidiano da enfermagem e no campo da saúde coletiva em geral, e há muita dificuldade para a real configuração e exercício do trabalho em equipe.

A escolha do município para realizar a pesquisa foi por amostra intencional, mas mesmo sem sabermos, iniciou muito tempo antes de seu início. Minha história está intimamente ligada à região, já que ali residi a maior parte da vida e atuei como enfermeira de ABS por quatro anos e meio. Além disso, meu orientador, professor Rodrigo, trabalhou com projetos voltados ao trabalho das equipes na região e também já conhecia a forma de organização e o potencial das equipes.

O contexto social, histórico e cultural pode ser mais facilmente compreendido pelo contato prévio dos pesquisadores, sendo importante para que a pesquisa e a construção do entendimento no processo discursivo seja possível<sup>6</sup>.

Optamos então por desenvolver o estudo na 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional – Gerência de Saúde de Concórdia, no Meio-Oeste catarinense e o início foi a busca pela autorização da Diretora Regional de Saúde para desenvolver a pesquisa na região, sendo apresentado o projeto, seus objetivos e a metodologia escolhida para a investigação.

Os municípios da região são, em geral, pequenos e com equipes ampliadas (ESF, NASF, equipe de apoio: administrativa, motoristas, recepcionista, entre outros). Por tratar-se de uma pesquisa construcionista social, qualitativa, em que se buscou uma investigação apreciativa sobre a comunicação no trabalho em equipe de saúde, optou-se por trabalhar com uma equipe de saúde apenas.

Partindo do exposto e da nossa admiração pela estrutura e organização da secretaria de saúde, escolhemos o município de Alto Bela Vista para desenvolver a pesquisa.

Alto Bela Vista é um município jovem, criado pela Lei Estadual nº 9.861 de 04 de julho de 1995<sup>7</sup>, que tem na agropecuária a principal fonte de sua economia, mas também tem indústria em seu território, destacando-se pela produção de produtos enzimáticos (coalho) no estado. O censo IBGE 2010 aponta a população em 2.005 habitantes e a estimativa para 2013 estava em 2.007 habitantes<sup>8</sup>.

Das cinco avaliações estaduais de desempenho na Atenção Básica, realizadas em Santa Catarina entre 2008 e 2013, Alto Bela Vista foi premiado, entre os municípios com até 10 mil habitantes em: 2008 – dados referentes a 2007; 2011 – dados referentes a 2010; e, 2013 – dados referentes a 2012<sup>9</sup>.

O município conta com uma equipe ampliada de saúde, composta por uma equipe de ESF, um NASF, além de outros profissionais, que atuam em uma UBS que fica na sede e dois postos de saúde no interior – ambos vinculados diretamente à unidade e onde atendem os mesmos profissionais.

De nossa pesquisa, participaram: gestor, coordenadora de saúde, médico, dois enfermeiros, quatro técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, duas fisioterapeutas, farmacêutica, nutricionista, psicólogo, assistente social, atendente de enfermagem, auxiliar administrativo, agente de vigilância sanitária, auxiliar de serviços gerais. Não conseguiram participar devido as demandas do trabalho: um médico, uma fonoaudióloga e os três motoristas.

O município passou pela quinta eleição municipal desde sua

criação, sendo a primeira vez que houve mudança partidária no executivo, havendo assim, mudança também na gestão da equipe de saúde. No momento da pesquisa, o gestor e a coordenadora da unidade estavam à frente da equipe há um ano.

Nosso objetivo com o estudo foi construir sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde na ABS, partindo do pressuposto de que a comunicação faz parte da execução do trabalho em saúde. Para isso, o referencial teórico que orientou a construção da pesquisa está centrado em estudos sobre o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais de saúde, na comunicação e sua relação com a saúde, e no Construcionismo Social, com emprego da Investigação Apreciativa como tecnologia para o desenvolvimento metodológico e a viabilização estratégica de um processo de construção que pudesse inspirar os protagonistas do estudo, e todos que puderem ler o trabalho, para uma prática mais relacional a partir do diálogo nas equipes de saúde.

De acordo com Spink<sup>10:34-5</sup>:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. [...] Tomamos a produção de sentidos como um processo interativo: ninguém produz sentido individualmente. Situamos o sentido como uma construção social, e enfatizamos que tal construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que é essa construção que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social.

E é por meio desta descrição de sentido que buscarei descrever o sentido de boa comunicação para os protagonistas desse estudo.

A produção de sentidos coletivos como resultado da pesquisa, é fruto também dos conceitos teóricos que a fundamentaram, sendo dedicada a compreender o processo de trabalho de uma equipe de saúde, dando destaque à comunicação entre seus membros.

Um trabalho que, segundo Schwartz, é mais que execução de tarefas, mas necessariamente a atividade singular em “que há sempre *uso de si* na atividade de trabalho, *uso de si por outros*, e *uso de si por si*”<sup>5:15</sup>, o que remete ao caráter subjetivo e relacional presente na

constituição das equipes e na forma como se comunicam e constroem relações e cuidado.

Há produção de sentidos a partir das relações construídas e estabelecidas entre aqueles que compõem a equipe de saúde quando realizam suas atividades de trabalho e criam interação, aprendizagem, criatividade e ação, sendo a comunicação não linear, mas adaptável aos diferentes contextos e usos que a equipe dela fizer para responder às diferentes necessidades e demandas próprias e daqueles que cuidam.

O trabalho está organizado em capítulos que discorrem sobre todo o percurso de pesquisa.

O **Capítulo 1** traz a apresentação da construção teórica desenvolvida para fundamentar a proposta de pesquisa. Passando por uma apresentação da organização do trabalho na ABS e a formação das equipes e pela apresentação do CS como uma forma para pesquisar em saúde. A apresentação teórica segue no **Capítulo 2** com a descrição de diferentes discursos sobre comunicação e sobre comunicação e saúde.

O **Capítulo 3** é dedicado ao detalhamento da tecnologia escolhida para o desenvolvimento metodológico e construção deste estudo – a Investigação Apreciativa, e sua aplicação em pesquisas na saúde.

Finalmente o **Capítulo 4** inicia com uma descrição do contexto em que a pesquisa foi desenvolvida, seguida da descrição dos sentidos construídos pelos protagonistas deste trabalho para a boa comunicação em sua equipe, sempre detalhando a construção coletiva durante todo o percurso. Além disso, apresento uma proposta, construída a partir da atuação na pesquisa, de conceitos que significam a importância da boa comunicação para o trabalho em saúde, as relações entre os trabalhadores e os efeitos sobre os usuários: clínica ampliada, integralidade, interdisciplinaridade, apoio matricial e intersubjetividade.

## **CAPÍTULO 1**

### **CONSTRUINDO UM CAMPO DE CONHECIMENTO**

#### **1.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO**

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foram elaboradas propostas que, em 1988, a Constituição Federal estabeleceu como direito de saúde para todos enquanto um dever do Estado, criando o SUS, regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que propõe sua organização em níveis de Atenção – Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade<sup>11,12</sup>.

Promulgada a Lei Orgânica de Saúde, cada local apresenta seu modelo de atenção refletindo a sua singularidade, relações de poder e políticas locais, cultura e práticas assistenciais, compreendendo um conjunto de procedimentos praticados pelos serviços de saúde de forma sistemática e extensiva. As ações para atenção em saúde expressam a forma como se dá a organização do modelo, e devem ser condizentes com os princípios doutrinários do SUS e promover sua organização em redes de atenção<sup>13</sup>.

A política de saúde pública brasileira contempla três princípios filosóficos: integralidade, equidade e universalidade, que são ideais a serem buscados por gestores, profissionais de saúde e usuários, mas difíceis de serem incorporados e implementados em uma cultura de atendimento centrada na tecnologia hospitalar e no trabalho médico. Ressalta-se que ainda há distância entre o que se espera dos serviços de saúde e o que efetivamente se encontra na prática – distância da saúde como direito universal e responsabilização associada aculpabilização das pessoas como responsáveis pelo próprio cuidado<sup>14</sup>.

A ABS compreende o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral com impacto sobre a situação de saúde e autonomia das pessoas

envolvidas e sobre os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, valorizando o contexto sócio-cultural em que se insere e a complexidade do cuidado em saúde<sup>15-17</sup>.

Como principal estratégia para implementar a ABS no Brasil, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). A história da ESF no Brasil inicia em 1991 com o início do PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Em dezembro de 1993 é criado o PSF, como nova abordagem à ABS no Brasil; a ideia veio para aumentar a capacidade do serviço público de atender a população com maior dificuldade de acesso e melhorar os resultados em saúde com ações individuais e coletivas, desde a proteção da saúde até o tratamento, tendo a promoção da saúde como principal foco. Trabalhando de forma participativa para ser efetivamente o contato preferencial dos usuários ao entrarem no serviço<sup>18</sup>.

A equipe de SF torna-se a estratégia para mudança da atenção em saúde. Prevê assim, trabalho de equipe multidisciplinar, focada na realidade em que está inserida, planejando e agindo de forma compartilhada e estimulando o controle social<sup>19</sup>.

Noronha e Lima Filho<sup>20</sup> falam do trabalho em saúde da família como forma de tornar o SUS dinâmico, e da formação dos profissionais de saúde como mecanismo para qualificar a APS.

O foco da equipe de SF em ser reorganizadora da ABS é pautado nos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade, para ampliação da resolutividade dos serviços, através da expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, reorganizando e reorientando o modelo assistencial de forma a garantir acesso de todos aos serviços de saúde, com base na promoção desta e no fortalecimento do vínculo com a comunidade, tendo na família a unidade de intervenção de equipes multiprofissionais qualificadas para o trabalho<sup>17</sup>.

De acordo com Merhy e Franco<sup>21</sup>, a equipe de SF pode ser entendida como modificadora dos processos de trabalho quando efetivamente transforma e reorganiza o trabalho, indo além dos diversos interesses envolvidos (corporativos, burocráticos, políticos e de mercado) e impactando na forma de se produzir cuidado em saúde.

O incentivo na equipe de SF ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional, integral e resolutivo, focado na família em sua comunidade, valoriza os processos de significação social e entre os sujeitos envolvidos em tais processos<sup>22</sup>.

Além do trabalho estruturado, basicamente desenvolvido com o

uso de instrumental e conhecimento técnico, as relações pessoais são fundamentais para a produção do cuidado e o relacionamento e funcionamento da equipe. E é isso a que se propõe a equipe de SF e que, no entanto, muitas vezes, apesar de buscar mudar a forma de produção do cuidado, permanece na dificuldade para mudar a organização do trabalho clínico, que permanece focado na lógica biologicista, fugindo do aprofundamento das relações profissional – usuário e da lógica da integralidade em saúde, que requer mudanças no agir para cuidar entre estes<sup>21</sup>.

Para fortalecer as equipes de Atenção Básica e ampliar a capacidade desta de responder aos problemas de saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, sendo que atualmente as portarias que regulamentam o NASF são a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2 do NASF e cria a modalidade 3, possibilitando o acesso de todos os municípios, independente do número de equipes de SF que possua, à equipes do NASF<sup>23</sup>.

Os NASF são equipes compostas por profissionais de diferentes formações, para atuar de forma interdisciplinar e apoiar os profissionais das equipes de SF, bem como das equipes de ABS que atendem populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais) e Academia da Saúde, atuando no território sob responsabilidade das equipes<sup>17</sup>. Os NASF não são um novo serviço de saúde, mas sim o apoio para a efetivação da interdisciplinaridade, compartilhando atendimentos e responsabilidades, trocando saberes, capacitando e orientando para o trabalho, através da comunicação, que pode ocorrer em momentos de reuniões, atendimento conjunto, telefone, e-mail ou outro<sup>2</sup>.

Atualmente, as orientações acerca da organização de equipes de saúde para trabalhar em ABS, contemplam questões de cunho organizacional, sendo que as equipes de SF devem ser multiprofissionais, compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem, odontólogo, técnico ou auxiliar de saúde bucal, e agentes comunitários de saúde (ACS), e outros profissionais, de acordo com a realidade local – epidemiológica e institucional, e as necessidades de saúde da população; esta equipe deve

ser responsável por um território definido, com população adscrita, de no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, devendo ter ACS em número suficiente para atender 100% da população, e cada um pode ser responsável por, no máximo, 750 pessoas, podendo a equipe ter, no máximo, 12 ACS<sup>17</sup>.

Os profissionais da equipe devem desenvolver jornada de trabalho de 40 horas semanais, realizando ações assistenciais e de atenção à saúde, desenvolvidas na unidade, em domicílio e espaços da comunidade, tendo caráter integral, contínuo e organizado, priorizando grupos de risco e estimulando a autonomia no cuidado, a qualidade de vida e a qualificação dos modelos de atenção através de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, de forma articulada também intersetorialmente, para fortalecimento da gestão local e controle social<sup>17</sup>.

No caso do NASF, há três modalidades de equipes<sup>23</sup>:

- ✓ NASF 1: atende de 5 a 9 equipes de SF ou ABS para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe Ribeirinha e Fluvial), com atuação dos profissionais de, no mínimo, 200 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.
- ✓ NASF 2: atende 3 a 4 equipes de SF ou ABS para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe Ribeirinha e Fluvial), com atuação dos profissionais de, no mínimo, 120 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.
- ✓ NASF 3: atende 1 a 2 equipes de SF ou ABS para populações específicas (equipe Consultório na Rua, equipe Ribeirinha e Fluvial), com atuação dos profissionais de, no mínimo, 80 horas semanais, sendo que cada ocupação deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Os profissionais a compor o NASF podem ser: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista e obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista, arte educador<sup>17</sup>. A opção pelas diferentes profissões dependerá da realidade e necessidades de cada equipe ou município.

A proposta de trabalho organizado com a integração das equipes de ESF e NASF visa superar o enfoque tradicional e fragmentado ainda presente na assistência em saúde e ser mais resolutivo no cuidado integral a cada usuário, o que depende da comunicação entre profissionais, profissões e saberes de forma horizontal e contínua, reorientando o trabalho com a construção de momentos relacionais em que todos possam ser atores no processo<sup>2</sup>.

O trabalho do NASF é embasado pelas mesmas diretrizes da ABS já citadas, mas se orienta pelo apoio matricial, que organiza seu trabalho na troca de saberes para elaborar projetos para intervir no território, oferecendo apoio especializado às equipes de SF, atuando de forma colaborativa e compartilhada, nas dimensões clínico-assistencial (diretamente com os usuários) e técnico-pedagógica (apoio educativo às equipes)<sup>23</sup>.

O NASF propõe um modelo de cuidado para superar a lógica curativa, especializada, fragmentada e individual, buscando coresponsabilização e gestão integrada do cuidado, de forma integrada com as equipes de SF<sup>24</sup>. Não é um serviço de referência, mas sim uma equipe de apoio integrada e articulada às equipes, de forma a qualificá-las para potencializar os resultados dos serviços prestados com articulação interdisciplinar e coresponsável, sendo uma das atribuições dos profissionais que o compõem, utilizar espaços de reuniões para implementar o apoio, através do diálogo e estímulo ao raciocínio<sup>2</sup>.

## 1.2 TRABALHO EM EQUIPE – REALIDADES E POSSIBILIDADES

O mundo moderno intensificou a especialização e o individualismo, promovendo a busca pelo sucesso individual e diminuindo o trabalho em grupo, mas duas características importantes do trabalho em saúde incluem o fato de que este trabalho não gera um produto material, e sim um produto para satisfazer a uma necessidade, e o trabalho em saúde só se dá com a soma de saberes, já que nenhuma profissão na saúde detém conhecimento suficiente para trabalhar e produzir saúde sozinha, sem colaboração das demais profissões<sup>25</sup>, trazendo um olhar integral.

O modelo unicausal – biomédico, apesar de ter se tornado hegemônico nos serviços a partir do final do século XIX, não deu conta de melhorar os indicadores sanitários, porém favoreceu o intenso desenvolvimento e valorização do complexo médico-hospitalar, mas

com o passar do tempo cresceu a necessidade de repensar o modelo de atenção. Na segunda metade do século XX, principalmente através do Movimento pela Reforma Sanitária, a busca por uma nova visão do processo saúde-doença se intensificou, incorporando as dimensões biológica, social, higienista/preventivista, de forma a compreender integralmente o processo saúde-doença, levando em conta os contextos social, histórico e psíquico e necessitando, portanto, de ações para proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde<sup>26</sup>.

Na proposta da Reforma Sanitária de um modelo integral, as relações de grupo são permeadas por diferentes posturas individuais e grupais, e expressam o contexto histórico, social e cultural envolvidos, o que tem reflexos sobre a construção do trabalho de forma singular. Marsiglia<sup>27</sup> apresenta as equipes de SF justamente com atribuições relacionadas à identificação da comunidade com suas necessidades próprias e atuante na busca pelas soluções dos problemas junto com os profissionais e gestores. E ainda, que o trabalho se dê em uma perspectiva de integração e relações horizontais, com valorização de todos e privilegiando o diálogo como ferramenta para a ação conjunta.

Porém, Guanaes e Mattos<sup>22</sup> apresentam dificuldades apontadas por diversos autores em relação à construção do trabalho das equipes de SF: para articulação interna da equipe; para estabelecer a construção de ações intersetoriais com a comunidade e o controle social; para expandir as práticas para além da doença e da individualidade do cuidado em busca de interdisciplinaridade e ações integrais para o cuidado da coletividade.

O trabalho em saúde apresenta características de trabalho coletivo institucional, profissional, com divisão do trabalho baseada em Taylor e nas teorias administrativas para sua organização e gestão, sendo considerado por Campos que a regulamentação do trabalho – normas administrativas e padronização técnica, são influências fortes do taylorismo<sup>19</sup>.

De acordo com Pires<sup>28:511</sup>, o trabalho em saúde:

é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua produção. [...] O produto é indissolúvel do processo que o produz, é a própria realização da atividade. O trabalho em saúde envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para

assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividade de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação.

A proposta de equipes multiprofissionais veio para solucionar entraves da fragmentação do trabalho e do cuidado, mas há entraves entre a complementaridade e interdependência dos saberes, que, para conquistar eficácia e eficiência nos serviços, precisa aliar autonomia técnica à articulação de ações dos profissionais; isso ainda num contexto em que há distância entre as necessidades e propostas políticas e assistenciais, requerendo aproximação dos atores nos contextos político-ideológicos e de processo de trabalho<sup>19</sup>. Mas para consolidar seu trabalho, as equipes multiprofissionais precisam superar a centralidade do atendimento médico e curativo.

Ribeiro, Pires e Blank<sup>19</sup> apresentam estudos em que se lêem pontos positivos, onde as equipes trazem a melhoria das condições de vida e saúde da população assistida, mas também pontos negativos e limitações, expressas principalmente pelo caráter normativo e prescritivo, que não dá opções aos municípios, impõem critérios fixos que desconsideram a complexidade e diversidade brasileiras, bem como propõe composição de equipe que muitos autores apontam como insuficiente para atender as expectativas do programa, o que é agravado pelas condições de trabalho precárias e vínculos trabalhistas variados. A sobrecarga dos atendimentos acaba por afetar o tempo que deveria ser disponibilizado para o planejamento e avaliação e outras atividades propostas pela PNAB.

Franco e Merhy apontam a normatividade das equipes de SF como problema para sua implementação, cuja regulação é feita pelo MS, que prescreve a receita para que se efetive, incluindo a fechada formação profissional das equipes, e propondo que, sendo cumprida a prescrição, os resultados serão atingidos<sup>19</sup>. Porém, os estudos sobre trabalho em equipe multidisciplinar não abordam o funcionamento das equipes de forma que contemple a articulação entre os profissionais<sup>29</sup>.

Fortuna et al<sup>30</sup> propõem um trabalho em equipe que seja o veículo para novos caminhos no trabalho em saúde. Mas um trabalho em saúde que, além de ser produção de trabalhadores e equipe, vá produzir seus trabalhadores e equipe, em um processo contínuo que se constitui a partir das relações entre as pessoas, de poder, saber, afeto, interesse e desejo, e que enfrenta dificuldades, momentos bons e ruins durante o percurso, porém possibilita um aprender e construir com o grupo.

Para que haja trabalho em equipe é preciso mais que diferentes profissões atuando em um mesmo espaço. Trabalho em equipe se dá com conexão de processos de trabalho a partir de conhecimento e valorização sobre o trabalho do outro e sua participação no cuidado em saúde, havendo pactuação consensual acerca do que se espera alcançar e como caminhar para isso; um trabalho que considere o trabalhador humano e possibilite satisfação e realização pessoal<sup>19</sup>.

Em saúde, os trabalhadores têm atitudes que envolvem escolhas pessoais, num contexto de produção que envolve tensão pelo posicionamento de trabalhadores, usuários, gestão, mercado, todos com certa liberdade, o que influencia o modelo assistencial desenvolvido<sup>21</sup>.

Importante ressaltar a fala de Cecílio<sup>21:5</sup>:

[...] em torno da questão das necessidades, onde os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Assim, podemos considerar que o trabalho se configura como a expressão de uma necessidade, enquanto forma de a pessoa manifestar sua autonomia, mas também se relacionar com o outro e contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde, para si e para o outro.

Ao falar sobre o tema Gestão Colegiada em Saúde, Campos<sup>31</sup> apresenta a autonomia profissional como determinante para o alcance dos resultados esperados, mas questiona a forma de se operacionalizar esse modelo horizontal de gerir, tornando o trabalhador realmente responsável por sua obra, a tal ponto que possa sentir-se bem quando seu trabalho é reconhecido como importante e admirado pelos demais, e aí encontrar satisfação.

Em seu estudo, Peduzzi<sup>29</sup> considera o trabalho das equipes multiprofissionais como trabalho coletivo onde há relações de troca entre os profissionais que interagem no cotidiano do trabalho. Assim, o trabalho em equipe prevê mudanças na atuação e organização do trabalho individual para desenvolver um processo de trabalho coletivo, onde a interação dos diversos profissionais entre si operacionaliza a construção de um projeto coletivo, que, no campo da saúde pode

contemplar as demandas de trabalho<sup>32</sup>. Os autores deixam claro que o saber profissional isolado é pouco para a complexidade exigida pela saúde, reforçando a importância do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe na ESF e NASF é um caminho para a implementação do princípio de integralidade, desenvolvido a partir de profissionais com diferentes saberes e formação e possibilitando maior resolutividade. Mas há dificuldades no processo de trabalho, que no NASF são apontadas por Nascimento e Oliveira<sup>24</sup> como devidas a formação dos profissionais, muito distanciada do SUS e da ABS.

Ao pensarmos na equipe de saúde como produtora do cuidado, uma proposta é a atuação compartilhada, humanizada, com responsabilização e vínculo, extrapolando os limites de ações impostas verticalmente pela equipe, mas construídas com usuários, famílias, comunidade<sup>33</sup>.

Para “dar conta” das exigências, há cada vez mais cobrança para com trabalhadores em suas instituições, públicas ou privadas, e torna-se cada vez mais explícita a dificuldade de se trabalhar em equipe. Ao mesmo tempo em que se exige competitividade e desenvolvimento pessoal, se espera cooperação e trabalho em equipe. Os profissionais que compõem as equipes estão permanentemente sofrendo pressão de aspectos e saberes particulares e de outras forças que o cercam, assim como dos usuários que, cada vez mais, esperam que os profissionais de saúde lhes ofereçam e garantam saúde<sup>34</sup>.

A forma como são constituídas as equipes de SF visa oferecer respostas positivas às demandas e necessidades de usuários e comunidades e os NASF se inserem então nas equipes de ABS para que as intervenções em saúde sejam mais amplas e integrais, avançando na busca pela integralidade da atenção em saúde<sup>2</sup>.

Mas de que trabalho em equipe estamos falando? Falamos de um trabalho onde pessoas, com habilidades e conhecimento diversos, se complementam, atuando de forma comprometida umas com as outras e comprometidas com o objetivo comum que pactuaram ao construir em conjunto o plano de trabalho da instituição a qual fazem parte<sup>35</sup>. Estes mesmos autores referem que alguns elementos são importantes quando se busca compreender as características e o funcionamento de uma dada equipe: objetivos, conhecimento e habilidades de seus membros, coordenação do trabalho e plano de trabalho. Tais elementos e a articulação entre si é que pode fazer de um grupo de pessoas uma equipe, ou não.

Assim, o trabalho em equipe pode acontecer pela relação de

interação entre os diferentes profissionais, articulados e trocando conhecimento para produzir saúde onde atuam<sup>2</sup>. E ao apresentar falas acerca do trabalho em equipe, não há como não buscar a forma como se dá o processo de entendimento e as relações que permeiam o seu funcionamento, já que o local de trabalho vem ocupando lugar central na vida do indivíduo, sendo determinante em seu modo de pensar, interagir e se expressar<sup>5</sup>.

### 1.3 O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO: MODERNIDADE E PÓS-MODERNIDADE

Após apresentar o lugar do qual estamos falando sobre ABS e trabalho em equipe de saúde, passaremos a falar um pouco da postura que escolhemos para a construção desse estudo – construcionista social, e para isso, é importante contextualizarmos brevemente o momento histórico no qual o CS emerge.

Iniciamos então com a Modernidade, um período apresentado pela Sociologia como sendo o período das ideias, dos descobrimentos, da capacidade técnico-científica. O trabalho produtivo passa a permear esse processo e ser visto como importante a partir do desenvolvimento do capitalismo, e é base para o desenvolvimento das cidades e a mudança da organização social<sup>36</sup>.

Ibáñez<sup>37</sup> situa a Modernidade como período histórico com início na passagem do século XV para o XVI, na Europa, que traz em seu discurso a razão como meio para emancipação, para a liberdade e o progresso. Ainda, aponta que a modernidade apresenta a ideologia de representar as coisas através da produção de conhecimento, com aspecto universal da verdade única e com foco no sujeito e no individualismo deste. Nesse contexto, não há pluralidade e diversidade, mas sim a unificação e secularização dos discursos. O autor aponta ainda a Modernidade como uma época que se percebe como tal, se coloca como “melhor em relação ao passado e útil para o futuro, se leva a sério e valoriza seus valores, e que retira de Deus o lugar fundamental para colocar nesse posto seus princípios absolutos”<sup>37:96-7</sup>.

Com o desenvolvimento da imprensa muda a forma de relação com o conhecimento e se perde a ação humana do processo de conhecimento marcado na caligrafia dos escritores e reprodutores das obras, o que permeia a crença da Modernidade que pode haver conhecimento sem autor, traduzindo na neutralidade o cerne do

conhecimento, que passa a ser mais acessível e secular, não apenas de domínio pelos iluminados religiosos<sup>37</sup>.

A Modernidade se organiza em oposição ao absolutismo das crenças cristãs, mas substitui Deus pelo absolutismo da ciência, capaz de produzir verdades universais para explicar o mundo com foco no indivíduo e no evolucionismo<sup>6</sup>. Moscheta<sup>38</sup> apresenta o paradigma da ciência moderna como fundamentado em uma ontologia dualista, cujo método busca a verdade e usa a linguagem como representação, concebendo o ser humano individual, em uma busca da representação do mundo universal.

O homem passa a se reconhecer como autor de conhecimento, se estabelece um modo de organizar relações sociais, há secularização do conhecimento, culminando essas condições materiais com uma lógica de pensamento onde a razão e as racionalidades passam a se impor<sup>39</sup>.

Guanaes e Mattos<sup>22</sup> apontam que a perspectiva moderna se propõe a revelar a estrutura ou essência de seus objetos de pesquisa, com procedimentos cientificamente controlados, que permitem conclusões acerca da natureza essencial das coisas.

A lógica discursiva da modernidade é assim, uma lógica universal, de indivíduos dotados todos dos mesmos direitos e necessidades, sendo uma lógica homogeneizante, mas que estabelece uma noção de liberdade<sup>37</sup>. O discurso do real, verdadeiro e neutro permeia as relações na Modernidade, em uma busca do sujeito individual por descobrir tudo o que existe, difundindo-se a noção de autonomia, escolhas, direito, democracia<sup>38</sup>.

Mas além de ser uma época de discurso legitimador, histórica e sociologicamente, a Modernidade é dita como um processo onde acontecem alguns fenômenos que alcançam elevada expressão no capitalismo e modernização, com destaque na década de 1950<sup>37</sup>.

Foi também nessa época, na passagem da década de 50 para a de 60, no último século, que instaurou-se um movimento de quebra com o movimento modernista e o capitalismo clássico – produção industrial e luta de classes, rompendo com suas bases e propondo uma nova sociedade, em um momento econômico que denomina-se capitalismo tardio<sup>40</sup>.

No início do séc.XX, passa-se a denunciar que a universalidade não existe. A invenção do computador e o modo com o qual lidamos com as tecnologias de informação têm destaque; a secularização se espalhou ao máximo, e o mundo, que no Modernismo se ampliava, passa a ficar pequeno, produzindo a relativização, e o que se tomava

como verdade passa a ser confrontado com outras formas e possibilidades<sup>37</sup>.

Surge a Pós-Modernidade, que promove a dispersão do conhecimento, a mudança da relação das pessoas com o tempo: tudo tem um tempo de vida, e as coisas ficam velhas antes mesmo de serem inúteis<sup>6</sup>.

A Pós-Modernidade ou Modernidade Tardia compreende a transformação atual da Modernidade, uma passagem da sociedade industrial moderna para a sociedade do risco<sup>10</sup>.

Entender o que é pós-modernidade não é algo simples. Existem diversos autores que tentaram definir pós-modernidade, mas não há um consenso sobre essa definição. Alguns autores nem utilizam a expressão pós-modernidade para definir o momento contemporâneo que estamos vivendo. Por exemplo, Bauman (1998, 2005) denomina de modernidade líquida, Giddens (1991, 2002) usa a expressão modernidade tardia, Jameson (1991), capitalismo tardio e Harvey (1992), sociedade pós-industrial. O fato de não ser fácil encontrar uma definição clara de pós-modernidade nos estudos sociológicos contribui demasiadamente para que os estudos organizacionais não apresentem em seus textos uma definição de pós-modernidade inequívoca<sup>41:270-1</sup>.

Estabelece-se um discurso crítico contrário ao discurso Moderno, em oposição à universalidade e valorizando a multiplicidade, a crítica às falsas certezas modernas, situando-nos enquanto indivíduos subjetivos, em construção, e críticos de nossas necessidades e direitos<sup>42</sup>. A linguagem é central e o conhecimento é relativo, não dominante; é um período marcado pelo uso do computador, que estabelece relação nova entre a realidade e seu conhecimento, propondo a criação de outras possibilidades para a realidade, questionando conceitos não úteis<sup>37</sup>.

A Pós-Modernidade se distancia do fundamentalismo e defende o pluralismo, a diferença, as perspectivas diversas e as pequenas histórias – antes desvalorizadas, em um mundo que não tem centro<sup>42</sup>. Passa-se a valorizar as relações que envolvem os sujeitos com o mundo<sup>22</sup>.

Todas essas mudanças invocam também uma mudança discursiva, que se estabelece no discurso pós-moderno, onde, confrontando com os limites encontrados antes, entendemos que a racionalidade por si não é um valor sendo bom em si mesmo. E o

conhecimento passa a ser encarado como dependente de relações que estabelecem uma forma de ver o mundo e a realidade, que é relativista, e “[...] torna-se impossível distinguir o real de sua representação”<sup>38:81</sup>. Criamos a noção de que a realidade é complexa demais para uma explicação unificadora. A linguagem não é mais representação, ou pelo menos é uma representação falha, deficiente, cheia de equívocos. E vamos caminhando para a produção de um discurso marcado pela crítica.

Conforme aponta Peters, a Pós-Modernidade precisa ser compreendida muito além de um movimento epistemológico, representando também um momento histórico, entendida assim como ontologia, e que envolve cultura, economia, sociedade, política, etnias, artes, tempo-espaço, estética, etc.<sup>41</sup>. Souza<sup>41</sup> reforça que o pós-modernismo não expressa apenas questões ontológicas ligadas ao conhecimento, mas abrange como período histórico, dimensões além do conhecimento científico.

Não se produz mais uma narrativa explicativa do mundo, mas sim variedade nos modos plausíveis (e não verdadeiros) de compreensão e o conhecimento passa a ser visto a partir de sua utilidade e a que ou quem serve, não existindo linguagem neutra<sup>6</sup>. Trabalha-se na possibilidade de múltiplas descrições, retirando o pesquisador da posição de neutralidade, pois todo conhecimento tem efeitos e implicações, e com isso legitima a multiplicidade, ampliando possibilidades de descrição e os modos de dizer as coisas com valor e participação do “eu” pesquisador, que precisa ser crítico em relação aos efeitos do que diz. Há um reposicionamento da utilidade do conhecimento, pois não existe um só modo de se dizer as coisas. E é aqui que emerge o construcionismo.

Para Spink<sup>10</sup>, a Pós-Modernidade tem três características fundamentais: globalização, individualização e reflexividade. A primeira elimina distância e a impõe com a mesma facilidade, sendo bem representada pela mídia eletrônica. A individualização trata da mudança de conceitos clássicos como família, trabalho, educação, e da mudança de valor de instituições ou referências. E a reflexividade abre caminho para o Construcionismo Social, quando aponta para a necessidade de rever conceitos, quebrar hegemonias e propor mudanças, preocupando-se com a ética.

## 1.4 CONSTRUCIONISMO SOCIAL E AS CONTRIBUIÇÕES PARA A PESQUISA EM SAÚDE

Kenneth Gergen, em 1985, afirmou “que a investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem”<sup>10,9</sup>.

Arendt<sup>41</sup> apresenta o Construcionismo Social (CS) como um movimento teórico pós-moderno, conforme proposto pela Psicologia Social. Um movimento que é anti-essencialista e questiona o realismo, expressa formas de ação sobre o mundo e valoriza a multiplicidade em oposição ao discurso universalista da modernidade<sup>43</sup>. O discurso do CS trata de possibilidades, que não são únicas, valoriza especificidades históricas, culturais e locais e a linguagem como ação social, e tem foco na interação e no processo<sup>43</sup>. O discurso anti-realista questiona a existência do real e a verdade, encarando o conhecimento como construção social.

O CS não pressupõe alguma existência de mundo além de nossa relação com ele; o que podemos saber emerge da construção do conhecimento relacional entre os sujeitos<sup>38,44</sup>.

McNamee<sup>44</sup> apresenta diversos discursos das ciências humanas ou sociais, como discursos em relação ao que existe (ontologia), sobre o que pode ser conhecido sobre aquilo que existe (epistemologia), e sobre como esse conhecimento pode ser produzido (metodologia); ainda, que diferentes recursos variam em relação ao que enfatizam e a forma como o fazem, com ética; diferentes discursos também se apresentam com opiniões diferentes sobre o que é científico; e apresenta como importante valorizar e não diminuir práticas baseadas na comunidade.

Gergen<sup>45</sup> apresenta quatro premissas que fundamentam o CS. A primeira aponta que o conhecimento não é possível pela observação, mas sim é construído com múltiplas possibilidades que mudam com o contexto social, histórico e cultural daqueles que estão em interação. A segunda, que as construções da realidade mudam de acordo com o momento histórico e as pessoas que estão em relação. A terceira premissa trata da verdade a serviço daqueles que a validam para sustentar padrões. E por último, a verdade é questionável como forma absoluta de descrever uma realidade, sendo propostas verdades múltiplas e construídas, com centralidade na linguagem que é fruto da ação social.

O CS apresenta o conhecimento como sustentado por processos sociais, que consolidam valores a partir da regularidade de

coordenações, padrões e expectativas, e trata o conhecimento como legitimação ou silêncio de diferentes vozes, de forma a articular tais entendimentos criativos distintos<sup>45</sup>. Estas vozes, enquanto convidam para alguns padrões, excluem outros, mas suportam esse papel como diferentes possibilidades<sup>3</sup>.

Seu foco não está no indivíduo, mas na interação e no processo que produz entendimento no contexto conversacional; como pensamento pós-positivista, o CS apresenta outras possibilidades de discurso, contrariando um método único para provar algo como descrição absoluta da realidade<sup>38,44</sup>. “[...] o discurso construcionista social propõe a compreensão de que o conhecimento é sustentado por processos sociais”<sup>22:1010</sup>.

O CS, que expressa formas de ação sobre o mundo e valoriza a multiplicidade, tem a linguagem como central e que possibilita comunicação e construção social através da expressão; uma linguagem relacional, vista como construção da realidade, e não como mera representação da mesma<sup>44</sup>.

Para Spink e Menegan a linguagem é um meio de representar a realidade<sup>46</sup> e não é abstrata, mas sim um ato<sup>5</sup> cuja utilização interfere ou modifica tudo a sua volta.

A postura construcionista é crítica em relação a tudo que se toma como óbvio e os padrões que produziram tais descrições, e valoriza discursos dissidentes; olha para os efeitos da produção, a partir da opção por seguir um percurso e uma maneira de falar sobre algo<sup>43</sup>. O conhecimento é tratado como um artefato social, sustentado por processos sociais, onde não há evolução, mas mudanças<sup>6</sup>.

Há o estímulo à criatividade e a valorização do significado a partir da relação, pois são elas que compõem a sociedade<sup>47</sup>.

O pesquisador construcionista assume postura de curiosidade e respeito para conhecer e reconhecer outras tradições, realidades e valores, através do diálogo<sup>47</sup>.

Há, segundo Gergen<sup>45</sup>, preocupação com as formas de linguagem que permeiam a sociedade. Assim, linguagem é ação, a palavra tem implicações e é tida como performática<sup>43</sup>. O sentido não é do pesquisador, e sim da construção dos sujeitos, a partir do uso que fazem da palavra e do estabelecimento das práticas discursivas.

A pesquisa construcionista abre espaço para o autor estar presente, sem pretender ser detentor da verdade. A verdade estabelece diálogo e questionamento com os saberes, não sendo mais que cristalizações temporárias de conhecimento<sup>48</sup>. Para Corradi-Webster<sup>3</sup>, a

verdade surge das descrições mais legitimadas pelos processos sociais, fruto de diferentes formas de se dizer algo e compor verdades.

O CS não se propõe à interpretação, mas estabelece o diálogo, reconhecendo e legitimando a construção como existente, mas não única, onde o pesquisador é sujeito ativo e contextualizado com os demais atores; suas pesquisas se propõem a contar histórias construídas em processos com sentidos próprios, de forma coerente, prevendo utilidade e a produção de efeitos, que não podem ser previamente dados, pois respondem ao que se dá durante o percurso; percurso que é permeado por processo de construção de sentidos legitimados com o grupo, possibilitando reflexão, inclusive sobre a forma de emprego da linguagem através das palavras, que delimitam o que se diz, e que refletem a realidade local, os processos históricos, culturais e sociais<sup>3</sup>.

O CS desafia a diferença entre fatos (“reais”) e valores (frágeis e subjetivos), pois a descrição de fatos nunca é isenta de valores daquele que estiver os escrevendo, e não adotam verdades universais ou absolutas, mas sim diferentes verdades que refletem o compartilhamento de algo por um grupo e decorrente do modo como este vive ou se organiza e “[...] as afirmações de verdade encontram-se invariavelmente vinculadas às tradições de valor”<sup>47:30</sup>.

Guaaes e Mattos<sup>22:1010</sup> resumem que os discursos construcionistas contemplam:

- a) uma postura crítica quanto ao conhecimento tido como dado; b) o reconhecimento da especificidade histórica e cultura do conhecimento; c) a compreensão de que o conhecimento é sustentado por processos sociais; e d) a visão de que conhecimento e ação social andam juntos.

Para Gergen, “o sentido então é construído na coordenação de um enunciado com a resposta a ele”<sup>3:11</sup>, e é no relacionamento humano grupal que se produz e sustenta determinado conhecimento<sup>3</sup>. Nesse contexto, os autores apresentam a construção de autonomia vista como a construção colaborativa de relações fortalecedoras entre os sujeitos envolvidos em dado processo, e não como a capacidade individual para tomada de decisões. E a saúde pode ser então reconhecida em sua complexidade, como espaço de diferentes tradições culturais e múltiplas vozes. Ressalto aqui a importância da coletividade e a possibilidade de olharmos as múltiplas vozes e sentidos que permeiam as relações e a comunicação nas equipes de SF.

## CAPÍTULO 2 EM BUSCA DA COMUNICAÇÃO

### 2.1 DIFERENTES DISCURSOS SOBRE COMUNICAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Para que ocorra o entendimento na relação entre os profissionais que compõem uma equipe, entende-se nesse trabalho que a comunicação seja imprescindível. Por saber que há inúmeras formas de se empregar o termo comunicação, passarei a discorrer sobre diferentes discursos que a abordam.

A primeira forma de emprego da comunicação que apresentaremos, refere-se à forma tradicional e primeiramente pensada, que trata da Comunicação como produto da articulação entre os elementos: transmissor, receptor, canal de comunicação, destino. Essa Teoria pode ser chamada Teoria Matemática da Comunicação ou Teoria da Informação, e foi elaborada em 1949 por engenheiros matemáticos, Shannon & Weaver, que apresentaram o sistema de comunicação como fonte de informação, que é possível pelo envio de mensagens na forma de um sinal, do transmissor ao receptor, sendo possível a presença de ruídos que interfiram no processo de comunicação<sup>49</sup>.

Assim, no modelo proposto por Shannon & Weaver, a comunicação inicia com a fonte, que detém a informação, e a mensagem é emitida em forma de sinais, enviados por um canal, para que o receptor converta novamente os sinais em uma mensagem<sup>50</sup>. Esse discurso apresenta a comunicação como transmissão de informações entre emissor e receptor.

Hohlfeldt, Martino e França<sup>49</sup> mencionam ainda outros dois grupos que trabalham a comunicação. Um deles é a Corrente Funcionalista, que pesquisa as funções exercidas pela comunicação de massa na sociedade, abordando as hipóteses sobre as relações entre indivíduos, sociedade e meios de comunicação de massa. E o outro grupo, apresentado como o principal, é a corrente *Mass Communication Research*, que estuda os efeitos da comunicação desde a década de 20.

Outra possibilidade discursiva de se falar em comunicação é apresentada pela Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. Jürgen

Habermas é um autor que tem sua formação com base na Teoria Crítica, porém, acaba se afastando desta e trilhando seu próprio caminho. É um pensador otimista, que usa da tendência humana a se comunicar, ao diálogo e consenso, o caminho para a emancipação.

Para Habermas, a esfera pública é uma arena de debate público, na qual questões de interesse geral podem ser discutidas e opiniões formadas, que é necessária para a participação democrática efetiva e que lubrifica as engrenagens do processo democrático.<sup>51:533</sup>

Habermas apresenta sua teoria da racionalidade ligada à argumentação como base para a ação comunicativa em busca do consenso, e aponta que por meio da argumentação se oportunizam os processos de aprendizagem, assimilando o insucesso de intervenções através dos discursos, que têm configurações distintas dependendo do emprego e da situação, sendo os argumentos os meios empregados para reconhecimento de uma pretensão de validade apresentada por um sujeito, que pode ser produzido e transformado em conhecimento<sup>52</sup>.

Em sua obra, Habermas fala da multiplicação dos conflitos em todas as dimensões da vida social e dos fenômenos patológicos da sociedade moderna, que são objeto de sua crítica social, em seu conjunto e causas<sup>53</sup>. Habermas trabalha com os conceitos: Sistema econômico (sistema dinheiro) e Sistema estatal-burocrático (sistema poder), para uso de coisas e pessoas; e, Mundo da vida – esfera privada da família, das relações de amizade e vizinhança, e a esfera pública, constituída de instituições e discussões culturais e políticas; apresentando a invasão e colonização do mundo da vida pelo sistema, gerando patologias do mundo da vida, que podem ser resolvidas pela comunicação<sup>52</sup>.

Segundo Habermas<sup>52</sup>, a racionalidade relaciona-se com o conhecimento, mas muito mais com a forma como os sujeitos o adquirem e empregam. Para Habermas, a afirmação é racional quando satisfaz as condições para o entendimento mútuo entre os envolvidos e promove o consenso, e a ação orientada para um fim é racional quando são satisfeitas as condições para que a intervenção seja bem-sucedida no mundo.

A Racionalidade Comunicativa prevê espaços para comunicação livre de coação e de conflitos, partindo de nível de conhecimento comum e objetivo, buscando a verdade e a eficácia, e o consenso, ou chegando ao inverso, sob as mesmas condições<sup>52</sup>. O consenso se pauta

em razões, e acontece a partir da prática comunicativa entre sujeitos racionais em situações adequadas, que tem na linguagem a mediadora do processo<sup>52</sup>.

Argumentações compõem os processos de aprendizagem, que nos possibilitam conhecimento teórico e discernimento moral, renovação e ampliação da linguagem avaliativa e minimização de enganos e dificuldades de entendimento; estando a lógica da argumentação nas ações de fala<sup>52</sup>.

Habermas propõe que uma ação ou afirmação são racionais quando são passíveis de crítica e fundamentação, e que a racionalidade tem estreita relação com a maneira que os sujeitos adquirem conhecimento. Sua racionalidade comunicativa contempla a racionalidade de uma forma mais ampla, além apenas da verdade e da eficácia, e emprega o termo “racional” a pessoas com conhecimento falível, mas que usam expressões válidas na defesa contra a crítica, ou expressões simbólicas que corporificam conhecimento, atendendo à relação com o mundo objetivo e estando abertas ao julgamento objetivo, que contempla o significado comum entre comunicante e observadores<sup>52</sup>.

Ação Comunicativa por Habermas apresenta a ação como realização de relações sociais e a comunicação como elemento da ação, não apenas como troca de informações, mas uma forma de entendimento entre as partes, através da linguagem para o entendimento mútuo<sup>53</sup>.

Na prática comunicativa no mundo da vida, só é possível o entendimento mútuo a partir da validade do saber de fundo entre os comunicantes, que se estrutura em três componentes: Cultura – acervo para interpretar situações; Sociedade – conjunto de ordens legítimas que dá base para solidariedades; Personalidade – competências que formam a identidade<sup>53</sup>.

O agir comunicativo é assim, dependente de um acordo dos envolvidos sobre o que é reconhecido como válido naquele processo, buscando o êxito no consenso baseado em razões<sup>52</sup>.

Peduzzi<sup>29</sup> articula a teoria do agir comunicativo de Habermas ao processo de trabalho das equipes, como forma de contemplar a dinâmica da ação multiprofissional. O autor reforça que o agir comunicativo se dá quando os sujeitos envolvidos se entendem de forma intersubjetiva e interagem em acordo, livres de qualquer forma de coação, em busca do consenso para construção de seus planos de ação. A comunicação é assim central e intrínseca no trabalho em equipe, desenvolvendo-se em um processo participativo e de intervenção.

Para a ação comunicativa por Habermas, pretensões de validade entre os sujeitos apoiam a relação que se estabelece entre diferentes mundos – objetivo, social e subjetivo, expressando, respectivamente, o estado das coisas, as normas sociais e a subjetividade de cada um, com o uso da linguagem articulado entre todos pelo mundo da vida, de forma que a comunicação é mediada pela linguagem e orientada para o entendimento<sup>54</sup>. Com a aplicação dessa teoria, Peduzzi et al<sup>54</sup> confirmaram a importância da comunicação dos profissionais com os usuários e entre os profissionais, não podendo esta comunicação ser dissociada do trabalho integrado em equipes de saúde.

Entende-se que, através da razão comunicativa se estabelece um processo de debate que permite ampla argumentação e participação, de forma solidária e sem opressão<sup>55</sup>.

Há vários questionamentos à proposta do agir comunicativo, sendo a crítica do sociólogo Pierre Bourdieu a mais expressiva, onde considera que não é possível construir encontro e troca comunicativa livre de desigualdades sem considerar tudo que o antecede, sua estrutura e os desencontros entre os diferentes atores envolvidos no processo comunicativo<sup>55</sup>.

Já para o CS, a comunicação assume posto de recurso para construção, e não repasse de informações; os recursos da comunicação são apontados como atividade de interação entre os sujeitos<sup>44</sup>. A comunicação é algo além da troca de informações, prevê a colaboração que cria significados; e em saúde, isso pode significar abandonar pré-julgamentos para que profissionais possam construir junto com seu usuário quais são as suas necessidades. É importante proporcionar ao usuário o sentimento de aceitação pela equipe<sup>14</sup>.

O CS preocupa-se assim com os processos de comunicação, com as interações entre os envolvidos na pesquisa, as ações conjuntas para construção das realidades relacionais em que vivem, onde os significados não são fenômenos individuais, mas com participação das tradições, comunidades, práticas para entendimento local e identificação do que se torna real, verdadeiro e bom<sup>3,44</sup>.

Vilela e Souza e Moscheta<sup>14</sup>, com base em conceitos de estudos anteriores, propõem níveis para modificação de ação no trabalho em saúde. O primeiro nível é o nível micro, que contempla a esfera relacional no contato profissional e usuário e o processo de comunicação, com o emprego de conceitos como responsividade (prática atenta e co-participativa, com co-autoria na construção do cuidado) e posicionamento (criar contextos de conversação para

entendimento) para estabelecer a comunicação usuário – profissional – usuário.

O segundo nível é o nível mezo (médio), tratando da arena institucional, a organização do serviço com foco na comunidade, atenção de grupo, empregando a responsabilidade relacional, que considera diferentes vozes, construídas e legitimadas em diferentes grupos. Nesse nível, traz a valorização das múltiplas vozes para a construção do entendimento.

E o terceiro nível, um nível macro de domínio cultural, abrangendo a formação profissional e investimentos para educação permanente dos profissionais, situada cultural e politicamente com a sociedade e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Apresentam a busca pela construção de significados e a co-responsabilização como estratégias para superar a distância profissional – usuário, e um convite para uma busca da responsabilidade coletiva e pela dimensão pública da saúde. Mas reconhecem a dificuldade em superarmos o tecnicismo para recuperar a subjetividade, bem como para tornar as práticas relacionais e a comunicação o alicerce das práticas em saúde<sup>14</sup>.

A associação dos termos comunicação e saúde, apesar de acompanhar a história da Saúde Pública Brasileira, passa a ser objeto de ensino e pesquisa a partir dos anos 90<sup>56</sup>. Os mesmos autores realizaram uma busca da produção de conhecimento sobre comunicação e Saúde no Brasil, no campo da Saúde Coletiva, entre 1987 e 2012, e apontaram diferentes abordagens da comunicação: divulgando a saúde como mercadoria, como produto para o consumo; na função de modeladora de comportamentos a serviço dos interesses sanitaristas, fazendo da comunicação a “simples” transmissão ou replicação de informações; e, a partir da Reforma Sanitária e implantação do SUS, com o processo de redemocratização, inicia a busca para que a comunicação oportunize o direito à saúde e o controle social, e para que possibilite a construção de espaços dialógicos entre os diferentes.

A comunicação como ferramenta para entendimento entre profissionais e equipes na ABS, não é assunto amplamente discutido em publicações, estando a comunicação na saúde mais presente na área clínica e biomédica, bem como relacionada à formação profissional, comunicação entre profissionais e pacientes, como recurso para promoção da saúde e como mecanismo a serviço dos serviços para divulgar diferentes atuações; havendo poucos estudos sobre a contribuição da comunicação para a qualidade na saúde<sup>56</sup>.

Donato e Gomes<sup>57</sup> apresentam estudo sobre a importância da comunicação na formação dos profissionais de saúde, percorrendo a história e apresentando diferentes autores e propostas para formar quem vai ajudar a fazer a Saúde Pública acontecer, junto com governo e sociedade, apontando a importância da educação para ampliar a capacidade de diálogo. Fazem referência em seu artigo, ao início das reflexões sobre Comunicação nas décadas 1930 e 1940, quando teóricos críticos da Escola de Frankfurt apresentam a Teoria da Indústria Culturais e seus efeitos.

Em pesquisa realizada por Araújo e Rocha<sup>58</sup>, com equipes de Saúde da Família em Natal, Rio Grande do Norte, a comunicação apareceu, juntamente com o diálogo, a necessidade de se encontrar, ter interação e união na equipe, como necessária no trabalho das equipes, auxiliando na mudança do modelo de saúde e reorganização para um modelo mais adequado para atender a população. Os pesquisadores observaram que a prática comunicativa pode ser uma ferramenta para o consenso e o alcance dos objetivos da equipe.

Silva e Trad<sup>32</sup>, em estudo com uma equipe de Saúde da Família em um município da Bahia, investigaram a articulação dos profissionais da equipe para a construção de um projeto assistencial comum e identificaram a comunicação como manifestação da equipe para responder demandas dos usuários, com a procura de colegas da equipe quando não conseguiam responder sozinhos, nem sempre com entendimento entre os profissionais. O uso da reunião de equipe foi identificado como espaço para os membros da mesma conhecerem o trabalho uns dos outros e a comunicação como transmissão de informações técnicas, pouco relacionada a espaço de discussão crítica e busca por consensos coletivos. Como fatores que restringiam a interação comunicativa entre a equipe, o excesso de famílias atendidas foi destacado, assim como o fato de a equipe ser muito grande.

Fortuna et al<sup>30</sup>, ao falar dos momentos de reuniões ou encontros da equipe, referem que os momentos de conversa são difíceis, pois são permeados pelas diferenças entre os envolvidos, que nem sempre são conhecidas ou reconhecidas. Retoma esses aspectos quando coloca a comunicação como importante para a equipe, mas como espaço de incompreensões quando não há entendimento, o que pode dificultar a troca e o crescimento do grupo por produzir falso entendimento.

Silva<sup>59</sup> utilizou textos de Mikhail Bakhtin para discutir a produção de sentidos através da comunicação, a partir de estudo etnográfico de um Instituto de Saúde Coletiva. O diálogo que acontece a

partir de canais de comunicação estabelecidos, permite a produção de sentidos e entendimento entre os envolvidos, o que vai bem além de uma representação da realidade.

Já Corrêa e Ribeiro<sup>60</sup> aplicaram a teoria de Bakhtin para analisar a comunicação na relação profissional – usuário em processos de educação em saúde e as interações discursivas presentes.

A comunicação aparece ainda como importante veículo para a participação popular e o acesso de todos os brasileiros à saúde. Ribeiro, Cruz e Maríngolo<sup>61</sup> apontam que através da comunicação é possível o alcance do direito universal à saúde e que a comunicação, além de valorizar integralmente os indivíduos, oferece espaço para que estes protagonistas para a construção da saúde e viabilização do acesso a ela. Em sua tese, a partir de uma pesquisa vasta na bibliografia nacional e internacional sobre trabalho em equipe na saúde, Peduzzi<sup>62</sup> aponta a comunicação entre os profissionais como uma das características desse trabalho, assim como a interdependência entre os profissionais, o apoio e cooperação para a construção de uma linguagem e projeto assistencial comum, entre outros.

Em estudo sobre as modalidades de equipes e a multidisciplinaridade na saúde, Pereira<sup>46</sup> investigou também o componente comunicacional no trabalho de equipes de ESF e a dimensão comunicativa foi pouco referida entre as características do trabalho em equipe, sendo a cooperação e a colaboração fortemente associadas, e havendo diferentes relatos sobre a troca de informações entre os profissionais, que tem na reunião de equipe importante espaço de troca, planejamento, discussão de casos, repasse de informações e resolução de conflitos. A autora apresenta entre as suas considerações finais que a relação interpessoal é tida como ponto crítico no trabalho em equipe e que a comunicação é uma possibilidade para otimizar a construção do entendimento e articulação nas equipes.

No livro “Comunicação e Saúde”, Araújo e Cardoso<sup>63</sup> falam de temas relacionados à comunicação e saúde no contexto da saúde pública brasileira, apresentado a comunicação como um processo relacional. As autoras iniciam com uma apresentação geral sobre o campo de comunicação e saúde conversando com as políticas públicas; seguem falando da comunicação e sua relação com os caminhos do SUS, os modelos de comunicação empregados e as relações de poder que permeiam o processo; em seguida, analisam a comunicação e saúde utilizando como parâmetro os princípios e diretrizes do SUS; e, finalizam com uma conversa sobre a atualidade e as mudanças que vem

surgindo no cenário da comunicação e da saúde, refletindo sobre questões que interferem no binômio: comunicação e saúde. Destaco a intensa vinculação entre comunicação e informações midiáticas ao longo da história da saúde pública no Brasil, mas também a relação descrita pelas autoras da comunicação nas relações de equipe e desta com seus usuários, prevendo a capacidade de contextualizar dos sujeitos que comunicam, tratando aqui de contextualização enquanto valorização de saberes, realidades, vozes, para um processo de comunicação além do repasse de informações.

De forma geral, a comunicação é pouco pensada no contexto das relações entre os profissionais que compõem as equipes de saúde. É mencionada como necessária, mas há poucas reflexões mais profundas sobre como se constroem os caminhos para que aconteçam. E é nesse ponto que emerge esse estudo.

## **CAPÍTULO 3**

### **A CONSTRUÇÃO PELA ATUAÇÃO**

#### **3.1 APRESENTANDO A INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA**

Apropriando-se da postura relacional, que promove a construção social dos objetivos, a gestão do trabalho requer uma postura que alcance envolvimento e comprometimento de profissionais, gestores e daqueles que serão beneficiados pelo serviço, considerando a linguagem e a comunicação entre os aspectos de interação, permanência e construção sócio relacional no trabalho e, além disso, a dinâmica das relações e as transformações dos sujeitos, bem como a organização da sociedade para refletir sobre a forma de atuar nos ambientes organizacionais para acompanhar essas mudanças<sup>5</sup>.

Podem existir outras formas de apresentar a gestão, mas nossa opção é por falar dela como uma parte do trabalho em saúde e do trabalho em equipe, construída com os diversos agentes do trabalho, gestores e usuários, que ao interagirem produzem e estruturam a forma de acontecer que melhor atenda às suas necessidades e realidade<sup>64</sup>.

E é com essa configuração que apresentamos a Investigação Appreciativa (IA), na proposta de Cooperrider e Varona, como um processo em busca de sentidos coletivos desenvolvidos de forma colaborativa e cooperativa e com foco no que os participantes propõem como sendo o que dá certo<sup>5</sup>. A IA surgiu no fim da década de 1980, como uma tecnologia para gestão de mudanças nas organizações, a partir de estudos de David Cooperrider e seus colegas, nos Estados Unidos<sup>5</sup>.

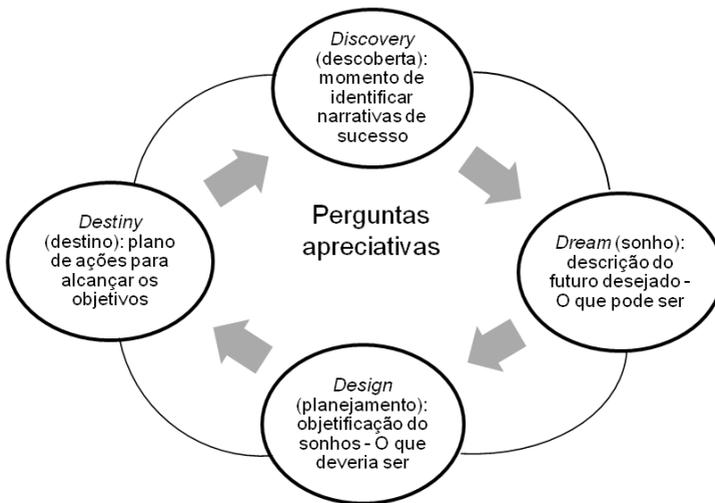
A busca pelo que há de melhor nos profissionais e organizações, mobiliza para mudanças através de perguntas que focam no que dá certo, do fortalecimento das capacidades e do desenvolvimento das potencialidades explícitas e não explícitas de quem participa do processo que emprega essa tecnologia. Não há realidade que represente diferentes situações, e aquilo que se eleger como foco promove a construção de uma dada realidade, sendo bom e o melhor naquele contexto em que acontece, para tais protagonistas construindo sua história. A IA compreende a exploração e reconhecimento do que há de

melhor nas pessoas e tudo que as cerca<sup>65,66</sup>.

Sua aplicação se dá através do Ciclo 4D, que compreende quatro fases<sup>65,67</sup>:

- ✓ *Discovery* (descoberta): busca entre os participantes das narrativas de sucesso e revelar a capacidade de fazer o melhor. É desenvolvida através de entrevistas com perguntas que convidam a falar sobre o que dá certo, que podem ser feita entre os pares ou por quem desenvolve a pesquisa. É a fase que prepara pra o restante do ciclo e que promove a apreciação do que há de melhor em seu grupo ou local de trabalho;
- ✓ *Dream* (sonho): nessa fase os participantes elaboram uma descrição do futuro que desejam, imaginando seu local de trabalho ao alcançáros desejos e o que entendem como pontos fortes;
- ✓ *Design* (planejamento): desenvolvimento do planejamento para alcançar os sonhos. Traz para a construção do futuro os exemplos listados como bons do passado e aquilo que deu certo, objetificando o que buscam;
- ✓ *Destiny* (destino): estabelecimento do plano de ações para cumprir o planejamento e realizar os sonhos de forma alinhada aos princípios, visão e valores do seu grupo.

**Figura 1:** Fases da Investigação Apreciativa.



**Fonte:** Adaptado pela autora de Dutra<sup>5</sup>.

Há alguns pressupostos que, segundo Cooperrider e Whitney, guiam a IA desde sua elaboração: sempre há algo que funciona, a realidade é fruto do nosso foco, múltiplas realidades criam realidade, perguntas têm influência sobre o grupo, falar de experiências que dão certo promove confiança no futuro e valorização das diferenças, e a realidade é criada pelo uso da linguagem<sup>65</sup>. Assim, é dado destaque ao que é descrito como êxito, e, a partir dos relatos dos participantes, é possível construir uma realidade em que há valorização do que dá certo, sem descartar que há problemas, mas estimulando uma postura apreciativa, de forma a promover envolvimento e estímulo para planejar o alcance de metas que respondam aos desejos do grupo.

Para o construcionismo, os problemas são construídos, então, com o emprego da IA e o estímulo ao diálogo e reflexão sobre as histórias de realização que deram certo, se estabelecem realidades relacionais renovadas e a possibilidade de construção de um projeto do qual os participantes façam e sintam-se parte<sup>47</sup>. Faz-se estabelecer laços e vínculo, estimulando o sentimento de pertencimento e importância no grupo, construídos nesse processo.

De acordo com Coperrider e Whitney<sup>67</sup>, quando empregada, a IA compreende princípios e práticas com a ideia de que o trabalho em grupo, além de alcançar objetivos, transforma através do convite para uma “revolução positiva” e produz efeitos sobre os sujeitos envolvidos. Essa tecnologia convida as pessoas a contar histórias e assume a ideia da construção social da realidade para seu extremo de sucesso em cada contexto, em especial com ênfase na metáfora e narrativa, formas relacionais de conhecimento, sobre linguagem e em seu próprio potencial. O sucesso aqui colocado compreende tudo que é entendido pelos protagonistas como “o que dá certo”.

Com o seu emprego se estabelece espaço para construção coletiva de sentidos sobre o objeto investigado, a partir da participação de todos os envolvidos. Cria-se a cada pesquisa, apesar do emprego do mesmo método, um novo processo e resultados próprios, que são reflexo da realidade daquele grupo, local, momento<sup>65</sup>.

Cooperrider e Whitney descrevem cinco princípios da IA: construcionista (descrições são construções que se dão em processos com as pessoas), da simultaneidade (pesquisa como intervenção), poético (a história das pessoas reflete em suas escolhas e construção), antecipatório (futuro construído pela nossa visão dele no presente), positivo (foco no positivo promove engajamento no processo). Esses princípios norteiam a prática da IA pelo pesquisador<sup>65</sup>. O

construcionismo aparece também entre os princípios reguladores apresentados por Varona, que considera que a IA se estrutura em bases teóricas consistentes<sup>5</sup>.

Whitney e Trosten-Bloom definem seis liberdades alcançadas com a IA: liberdade para ser reconhecido e para conhecer o outro; liberdade para ser ouvido – o que é oportunizado nas entrevistas, que despertam para falar e participar da construção permanente daquele grupo; liberdade para sonhar em conjunto e gerar vínculos; liberdade para escolher contribuir e com isso se comprometer e fazer o melhor; liberdade para agir com apoio; liberdade para ser positivo; e também, a liberdade que empodera e conduz à mudança positiva<sup>67</sup>. O sentimento de liberdade vem com a valorização das pessoas e o espaço para que sonhem e idealizem um futuro, produzindo um espaço real de construção de mudanças.

### 3.2 INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA E O TRABALHO EM SAÚDE

A proposta de equipes multiprofissionais veio para solucionar os entraves da fragmentação do trabalho e do cuidado, com desafios que perpassam os conceitos de complementaridade e interdependência dos saberes, e que, para conquistar eficácia e eficiência nos serviços, precisa aliar autonomia técnica à articulação de ações dos profissionais, em um contexto em que muitas vezes há distância entre as necessidades dos usuários e as propostas políticas e assistenciais, requerendo aproximação dos envolvidos nos contextos político-ideológicos e de processo de trabalho<sup>19</sup>.

Trabalhar em equipe em uma proposta de construção de novas possibilidades de produção de saúde entre profissionais que enfrentam dificuldade, momentos bons e ruins durante o percurso, porém tem a possibilidade de aprender e construir com o outro. Pois o trabalho em saúde é complexo e envolve desafios que podem ser superados se houver trabalho conjunto e corresponsabilização, e a pesquisa construcionista social possibilita a inserção da prática dialógica e o estímulo ao trabalho interdisciplinar que oportuniza essa relação de construção compartilhada de sentido para o trabalho<sup>22</sup>.

A IA compreende um modelo metodológico que vem sendo empregado para possibilitar a pesquisa construcionista relacional, levando em conta os modelos tradicionais de pesquisa científica, mas com foco em descrições apreciativas, que traduzem em palavras as

construções do que é entendido como bom em dado contexto. A IA vê na linguagem uma construtora de realidades, e, ao valorizar o que funciona nas equipes, utiliza a pesquisa para produzir possibilidades, multiplicidade e potencialidades<sup>65</sup>.

Para o emprego da IA nas pesquisas em saúde, deve-se considerar a escolha dos tópicos de investigação, levando em conta o que dá certo, através de relatos passados e propondo reflexões sobre o que há de melhor para o futuro, contemplando cada participante e o grupo. O convite para participar, na busca pelo diferente e sua descrição pela compreensão dos sentidos da construção, deve buscar a maior participação possível dos envolvidos no contexto estudado, sendo que, quando for necessário fazer um recorte, a escolha pelos participantes deve ser pensada levando em consideração a diversidade entre eles<sup>65</sup>.

As conversas oportunizadas durante a pesquisa apreciativa devem ser inspiradoras e possibilitar efetivamente a construção de significados e sentidos coletivos, dando à comunicação a responsabilidade que lhe é devida, de promover união e convergência de comportamentos, sonhos e interesses.

Em pesquisa com uma equipe de Consultório na Rua, o uso da entrevista inspirado na IA possibilitou que a equipe refletisse sobre seu trabalho e identificasse aspectos úteis para a continuidade do mesmo<sup>68</sup>. O emprego da metodologia de trabalho com base no CS e na abordagem apreciativa também favorece o trabalho com grupos, aprimorando e fortalecendo a relação entre equipe de saúde e usuários e oportunizando espaço para o diálogo e a interação<sup>69</sup>. Estudo de Razzolini Filho et al<sup>70</sup> aponta ainda a IA como importante metodologia para o planejamento estratégico das organizações, contribuindo para a participação e integração de todos os sujeitos.

Incorporar a prática apreciativa ao trabalho estimula a visualização e foco nos aspectos positivos, a valorização dos envolvidos e a construção de novas possibilidades.

Nessa perspectiva de mudança na organização e funcionamento das equipes de saúde e da forma como se articulam para o trabalho, a IA, pensada em uma perspectiva construcionista social, e o CS são possibilidades para a construção de um novo caminho em direção ao sucesso e realização, que leve consigo aqueles que participam do percurso e o transformam. Com seu emprego e a oferta do CS, a IA possibilita que as descrições de experiências positivas construam outras realidades, com valorização das relações, da reflexão e da investigação como intervenção que produz efeitos sobre os protagonistas em cada

contexto.

### 3.3 PESQUISANDO COM A INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA

A IA tem foco nas descrições lingüísticas apreciativas, no processo de investigação, na construção e processamento da informação, buscando o entendimento, através de postura colaborativa entre pesquisador e participante, sigilo e cuidados éticos bem acordados com o grupo, uso de entrevistas como espaço de negociação e para explorar as narrativas e a utilidade dos relatos construídos, flexibilidade no processo de pesquisa levando em conta os sujeitos envolvidos, o pesquisador como participante e descrição de cada detalhe que busque sentido e coerência ao estudo e descreva o percurso feito<sup>65</sup>.

Com o emprego da IA e o estímulo ao diálogo e reflexão sobre as histórias de realização e sucesso, se estabelecem realidades relacionais renovadas e a possibilidade de construção de um projeto do qual os participantes façam e sintam-se parte<sup>47</sup>.

A escolha do tópico afirmativo é o ponto inicial e mais importante para o processo de IA; ele é descrito em forma de perguntas que compõem as entrevistas<sup>67</sup>. O tópico apreciativo compreende o eixo central sobre o qual se desenvolverá a construção do processo pelo emprego da IA. A apreciação é extremamente estimuladora, pois serve como alavanca para os pontos fortes de profissionais e organizações, estimulando o compromisso na construção de serviços que correspondam aos objetivos dos participantes, em busca de soluções que explorem as forças e todo o potencial em busca de um objetivo comum.

A construção de autonomia vista como a construção colaborativa de relações fortalecedoras entre os protagonistas envolvidos em dado processo, e não como a capacidade individual para tomada de decisões. E a saúde pode ser então reconhecida em sua complexidade, como espaço de diferentes tradições culturais e múltiplas vozes, com importância para a coletividade e a possibilidade de olharmos as relações e a comunicação nas equipes de SF.

Para o emprego da IA, há alguns pontos a se considerar<sup>65</sup>:

- a. Escolha dos tópicos de investigação: deve levar em conta aquilo que deu certo, através de relatos de experiências do passado e propondo reflexões sobre o que há de melhor para o futuro, contemplando cada participante e o grupo;
- b. Convite para participar: deve ser feito com uma descrição para

a compreensão dos sentidos da construção e a busca deve ser para a maior participação possível dos envolvidos no contexto estudado;

c. ciclo 4-D: será desenvolvido para a construção da pesquisa.

O uso de entrevistas é compreendido como espaço de negociação, cujas narrativas a IA vai explorar para a construção do processo apreciativo. A entrevista como coletora de dados na IA prevê construção conjunta; o tempo não é pré-fixado, ela pode se dar em um ou em vários encontros (anteriormente já previstos), deve acontecer em ambiente informal e que respeite o sujeito envolvido<sup>65</sup>. Para McNamee, perguntas que valorizam experiências de sucesso promovem a expansão destas e a construção de possibilidades<sup>65</sup>.

A apresentação dos dados prevê refletir sobre a construção de sentidos e as mudanças produzidas e a utilização do CS tem na linguagem seu elemento central, visto que a IA prevê que o pesquisador busque sentido e coerência às descrições construídas, de forma ordenada e organizada para sua publicação, descrevendo todos os passos de sua análise de forma clara e detalhada, possibilitando a compreensão do percurso realizado, e, de acordo com Savin-Badem esse momento envolve reflexividade e criticidade sobre a análise feita<sup>65</sup>.

A IA como proposta de pesquisa é apresentada como método com aproximação com a Teoria Crítica, a etnografia, o estudo de caso, a análise de narrativa e a pesquisa-ação, tendo como foco o processo de investigação, a coleta e processamento da informação, buscando o entendimento, através dos pontos citados abaixo<sup>65</sup>:

Postura colaborativa: Reed destaca a IA como método colaborativo entre pesquisador e participantes, sendo o pesquisador responsável por encorajá-los a ter voz no processo e levar em conta opiniões e escolhas, mesmo que sejam distintas das suas. Para que consiga a participação, o pesquisador (também participante) deve esclarecer aos envolvidos como será desenvolvida a pesquisa, superando os limites e facilitando a confiança e colaboração.

Convite para a participação na pesquisa: como forma de ampliar a participação e envolvimento com a pesquisa, o pesquisador deve esclarecer os objetivos do projeto e expor de forma clara como ele vai ocorrer; fazer um convite a todos para falarem sobre suas qualidades e importância no grupo, e de que forma cada um entende que pode participar do estudo, envolvendo assim todos e tornando cada um responsável pela pesquisa.

Sigilo e cuidados éticos: componente que requer discussão e acerto no grupo para alinhar o que esperam uns dos outros para que haja respeito ao sigilo e ética.

Uso de entrevistas: para o CS, a entrevista compreende espaço de negociação, cujas narrativas serão tomadas pela IA. A entrevista como coletora de dados na IA prevê construção conjunta sem limites fixos e pode ser realizada pelo pesquisador ou entre pares, mas requer encontro final do grupo para apresentar e discutir dados coletados.

Cronologia do estudo: vai depender do processo de pesquisa, podendo ser construído, reconstruído ou negociado, levando em conta o sentido produzido por cada escolha e a importância do registro de como se dá esse processo todo.

Posição do pesquisador: pode ser de *insider* – membro do grupo pesquisado, ou *outsider* – alguém externo ao grupo. Ambas as posições tem aspectos favoráveis e contrários, pois quando faz parte do grupo, já o conhece com mais detalhes, mas pode também estar carregado de pré-julgamentos e opiniões, comprometendo a construção de sentidos com o coletivo. Porém, sendo externo ao grupo, vai precisar de um tempo para aproximar-se e conhecer o ambiente pesquisado, mas pode favorecer a realização de perguntas nunca feitas. Deve-se levar em conta que o pesquisador construcionista também será protagonista na pesquisa, e deverá apresentar e considerar sua posição, independente de qual seja, durante a construção do estudo e em sua apresentação.

Possibilidades de análise dos dados: busca de sentido e coerência para o estudo, o que envolve uma reflexão crítica do pesquisador, que deve descrever, de forma clara e transparente, todo o percurso feito.

## **CAPÍTULO 4**

### **CRIANDO SENTIDOS PARA A BOA COMUNICAÇÃO**

#### **4.1 O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO**

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Parecer número 374.204, de 26 de junho de 2013 (Anexo A). Após a aprovação, foi obtida a autorização da Gerência Regional de Saúde (Anexo B), sendo apresentado o objetivo do trabalho e todo o planejamento previsto para realizar o estudo. Após a escolha do município e equipe para realizar a pesquisa, o consentimento da gestão municipal e dos profissionais foi obtido antes de iniciar os passos de construção do estudo. Todos foram convidados a participar e aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices C e D), após a leitura do mesmo, permanecendo com uma cópia. Foram explicitados os objetivos, esclarecida a importância das gravações, o cronograma proposto, a utilização das informações para a produção da dissertação, todas as questões éticas envolvidas e o direito a desistência de cada um por qualquer motivo, e sem necessidade de justificativa. A coleta dos dados nas entrevistas e encontros em grupo aconteceram entre os meses de outubro e novembro de 2013. Todos os momentos de contato entre os protagonistas da pesquisa foram gravados para registro integral das informações, sendo respeitadas todas as exigências éticas para manter o sigilo e o respeito.

Reafirmando alguns pontos já apresentados nesse trabalho, citamos que a pesquisa construcionista social, nesse caso desenvolvida através da IA, conforme proposto por Spink, difere do procedimento metodológico tradicional em pesquisa, sendo redimensionados os critérios metodológicos de objetividade, rigor, generalização e validade da pesquisa, sem o interesse na generalização ou replicabilidade, mas sim maior reflexão e debate sobre a situação investigada, oportunizando a construção de outros discursos<sup>71</sup>. Assumindo a construção social da realidade no processo de interação, o conhecimento passa a ser produzido no contexto, sem neutralidade do pesquisador, e o rigor compreende a descrição detalhada dos passos e procedimentos

realizados na pesquisa, dando visibilidade e valorizando o processo para a construção do estudo<sup>71</sup>.

A IA tem sido empregada em pesquisa no campo da administração, relatando seus efeitos para o desenvolvimento organizacional. Para esse estudo, optei por aplicar a tecnologia na pesquisa em saúde com o emprego apenas da primeira fase do ciclo 4-D da IA – Descoberta, de forma a construir narrativas de sucesso sobre boa comunicação em equipe de saúde, com os protagonistas do estudo.

Ao realizar este estudo, a expectativa era de que a boa comunicação fosse crucial para o trabalho de equipes em ABS, não sendo fruto da identificação a partir das entrevistas, mas sim já apresentada como tópico afirmativo a ser descrito para construção de sentidos pelos protagonistas. A expectativa partia da relação previamente estabelecida com os protagonistas e o contexto, mas também, da relação com as leituras desenvolvidas ao longo dos meus anos de contato com o SUS e da minha experiência de trabalho na ABS, onde vivi momentos em que a boa comunicação promoveu mais qualidade e resolubilidade no trabalho com os usuários, mas, principalmente, melhor relação entre os profissionais da minha equipe.

A apreciação foi utilizada para nortear a escolha dos tópicos a serem questionados, construindo uma entrevista sobre boa comunicação como busca ao espaço para reflexão e conversa sobre a boa comunicação na fala de cada um dos participantes.

Como a IA não privilegia qualquer forma de análise, para este estudo, optamos pela análise dos dados a partir do contexto de produção de sentidos, sendo considerados todos os aspectos contextuais envolvidos no processo de pesquisa<sup>65</sup>.

A partir disso, o estudo compreendeu a realização de três momentos de produção. O primeiro iniciou com a apresentação do projeto e convite à participação da equipe em reunião, com o detalhamento da pesquisa; posteriormente foram realizadas entrevistas individuais preparatórias para os grupos; e, finalizando, com dois encontros de grupo, onde a equipe foi convidada a falar sobre a boa comunicação e como ela acontece. O segundo momento contemplou a elaboração descritiva do produto construído pelos protagonistas durante os momentos de construção compartilhada no campo e a produção de sentidos a partir deles. O terceiro momento compreende a apresentação do trabalho concluído.

Minha participação durante todo o estudo foi ativa, desde o início do processo, já com a escolha do tópico afirmativo e, posteriormente, na

interação e observação do grupo, contribuindo e negociando, e colaborando durante todas as etapas. E no contexto dessa pesquisa, ser pesquisadora foi um misto de facilidades e dificuldades, pois conhecia a equipe, mas não era integrante da mesma, assim como era externa ao grupo, mas possuía laços e estava inserida na sua história por ter uma história de vida em comum. Desde o início fui bem recebida e me senti acolhida, o que facilitou o transcurso do trabalho.

Foram realizadas 24 entrevistas individuais, preparatórias para os encontros de grupo. As entrevistas aconteceram durante cinco dias inteiros, com duração média de trinta minutos cada uma. Seu uso foi compreendido como espaço de negociação, cujas narrativas foram posteriormente exploradas para construção coletiva nos encontros com o grupo.

Antes de iniciar a entrevista foi sempre reforçada a proposta do encontro e do trabalho, com foco na comunicação, deixando claro que minha compreensão era de que a equipe atua de forma bem sucedida e se comunica bem e a percepção de que a forma de trabalho que o grupo desenvolve poderia servir de inspiração para outras equipes. Assim, era especificado o interesse central na comunicação e que as perguntas seriam para que, durante toda a pesquisa e no momento do grupo, as expectativas de cada um fossem atendidas. Na sequência eram lançadas as perguntas com base em um roteiro semi-estruturado (Apêndice A), dividido em três eixos:

1. Sobre o tema do trabalho: solicitando uma descrição da comunicação entre os profissionais da equipe; também que recordassem algum momento em que tivessem se dado conta da importância da comunicação no trabalho; para contar uma história que me ajudasse a entender algum momento em que perceberam que se comunicaram bem; concluindo com um pedido sobre a disponibilidade de cada um em dividir a história relatada com o grupo no momento posterior em que fossem abordadas;
2. Sobre o grupo: questionando sobre como se sentem em situações de grupo; salientando que a voz de cada um era importante e pedindo para que dissessem de que forma eu poderia contribuir para que se sentissem a vontade para falar e contribuir. Para os cargos de gestão também foi perguntado de que forma poderiam contribuir para que todos se sentissem a vontade no momento de grupo, levando em conta que ocupavam um cargo de liderança perante a equipe;

3. Sobre o processo: pedi para cada um falar sobre quem é e quem é na equipe; o que era preciso haver no momento de grupo para que se sentissem bem e incluídos; de que forma entendiam poder contribuir com o estudo; que voz precisavam deixar em casa para que a conversa no grupo acontecesse da melhor forma; o que esperavam de mim enquanto pesquisadora a conduzir a construção do estudo; e, solicitei para que imaginassem que tínhamos feito a conversa no grupo e que estavam voltando para casa depois dela muito convictos de que tinha sido ótimo, perguntando então o que havia acontecido na conversa para os fazer sentir dessa forma.

Todas as gravações das entrevistas foram ouvidas na íntegra para organizar as informações e preparar a etapa seguinte. Durante as entrevistas, ao ouvi-las tantas vezes depois disso, ao transcrever trechos por mim considerados importantes para preparar os encontros em grupo, respondendo às expectativas apontadas individualmente nas entrevistas, ficou ainda mais presente para mim o caráter relacional da equipe como determinante para fazer a comunicação acontecer, e o processo de comunicação como crucial para o trabalho interdisciplinar.

Finalizadas as entrevistas, foram revistos os roteiros propostos para os encontros de grupo, de forma a responder às expectativas do grupo e dar sequência à construção de sentidos sobre a Boa Comunicação para a equipe (Apêndice B).

#### 4.2 A BOA COMUNICAÇÃO NO DISCURSO DOS PROTAGONISTAS DA PESQUISA

O contato com a equipe iniciou através da coordenação da mesma, por e-mail, seguida de visita à Unidade, agendando horário para apresentar a proposta ao grupo e fazer o convite à participação. A apresentação do projeto foi feita em um momento de reunião de equipe, com explanação que deu ênfase aos objetivos e à metodologia. Todos foram convidados a participar, e todos os presentes aceitaram. Após a aceitação para realização do estudo, no mesmo dia, foi realizada também conversa para anotação dos melhores dias da semana e horários para as entrevistas individuais, de forma que se adequasse à rotina de trabalho da equipe. Após organizar as informações, elaborou-se o cronograma, que foi encaminhado por e-mail ao coordenador de equipe, que retornou

com a aprovação de todos, confirmando os agendamentos.

Moscheta e Santos<sup>72</sup> apontam que avoz do pesquisador não deve se impor sobre o conteúdo e produzir uma descrição dos participantes da pesquisa que seja imutável, definitiva, sendo primordial que os profissionais concordem, mas que principalmente desejem participar do estudo, o que pode ser conseguido pelo convite a todos os profissionais, a partir da apresentação do projeto aos mesmos. Para esses autores, na perspectiva dialógica, um relato que apresenta os participantes de uma pesquisa como parte de um processo de transformação, deve incluir que o pesquisador é também construído e transformado neste processo, não sabendo previamente como ser pesquisador naquele contexto.

As entrevistas individuais oportunizaram esse espaço de construção e transformação, pois geraram demandas à pesquisadora e aos demais protagonistas para que o restante do percurso de pesquisa pudesse responder às expectativas e também facilitar a realização dos momentos de grupo.

Além das respostas às perguntas, durante as entrevistas, vários participantes abordaram outros assuntos. Todos, com diferentes descrições, mencionaram a dificuldade que estão tendo para melhorar a comunicação entre o gestor e a coordenadora da unidade com o restante da equipe, pois ambos iniciaram o trabalho à frente do grupo há um ano, não conheciam o trabalho desenvolvido e foram indicados pela gestão municipal para os cargos.

A mudança da gestão promoveu desconforto. “O sucesso de qualquer organização ou empresa depende, substancialmente, da capacidade de seus membros para uma eficaz negociação de significados”<sup>47:61</sup>. Para que haja aceitação da liderança, é preciso que o significado seja criado no contexto das relações, pois não se é líder sozinho, é preciso criar esses papéis com diálogo<sup>47</sup>. E esse processo de construção de significados a partir das relações entre todos os integrantes da equipe ainda está se estabelecendo, ficando claro para mim a partir das falas dos participantes, que é uma busca da equipe o alinhamento dos objetivos e a melhora do relacionamento e da comunicação.

Os conflitos e tensões emergem do encontro dos projetos individuais e coletivos no espaço em que produzem saúde, o que no caso desta equipe, é compreensível a medida que a nova gestão também apresentou novos projetos, que precisam ser discutidos com toda a equipe para que sejam conhecidos e organizados em acordo com os projetos da equipe que já estava atuando há mais tempo<sup>25</sup>.

Mas como não se faz trabalho em equipe isoladamente e é preciso formar equipe para alcançar a complexidade das demandas do trabalho em saúde<sup>73</sup>, o movimento do grupo em busca de aprimorar ainda mais a comunicação pode ser um caminho.

Durante as entrevistas, um dos participantes, quando conversava comigo na entrevista, ilustrava todas as respostas que dava com histórias ocorridas com o grupo. Em uma delas, contou de sua atuação profissional antes de iniciar na equipe, de como trabalhava bem sozinho e achava que não precisava do SUS ou da saúde pública. Quando surgiu a oportunidade de trabalhar na ABS, inicialmente ficou receoso, assim como também foi recebido com receio, e mencionou ter demorado um tempo para ser aceito pelo grupo e ter mais espaço, passando então a se sentir parte da equipe, integrante, participando das construções coletivas e aprendendo a importância de se comunicar, dialogar e respeitar os outros.

Esse relato descreve outro caso em que a equipe precisou de tempo para demonstrar confiança e incluir o novo integrante do grupo.

### **Grupo 1:**

O primeiro encontro de grupo aconteceu sete dias após o término das entrevistas individuais. Teve início com a apresentação de uma síntese das entrevistas, pontuando questões sobre o tema e os interesses em participar, e terminando com a síntese das regras para o grupo, que foram listadas a partir do que cada um pontuou como importante para que tudo transcorresse bem, e a solicitação da concordância ou não, por todos.

Ao observar a presença de uma profissional que não participou dos momentos de entrevistas individuais, convidei-a para participar e se sentir incluída no grupo, falando da importância de sua participação, agradecendo e explanando de forma geral os passos já cumpridos para a construção do trabalho, deixando-a a vontade para fazer inclusões ou perguntas se desejasse.

Todo o grupo foi convidado então a ouvir a síntese geral das informações construídas após as entrevistas individuais. O início foi com os apontamentos sobre como é a comunicação no grupo, depois os aspectos que chamaram atenção sobre quem são enquanto equipe, e, as regras e expectativas apontadas para que o momento em grupo fizesse todos se sentir bem, incluídos e com vontade para participar. Finalizando com o que esperavam de mim, para atender as expectativas de cada um.

Reforcei com o grupo que algumas questões conversadas nas entrevistas foram bem específicas para que pudéssemos nos conhecer melhor e alinhar os interesses com a participação no estudo.

Durante as entrevistas a comunicação foi apontada pelo grupo como boa, onde todos têm espaço, são ouvidos e são importantes. Destacaram as reuniões que realizam no início das manhãs de segundas-feiras e mensalmente, a comunicação por bilhetes, telefone e individualmente como espaço de diálogo e comunicação. A proximidade entre todos, a forma como a equipe se ajuda, conversa, interage, tira dúvidas, e um não deixa o outro sem resposta, foi considerado o que faz a comunicação ser possível. Comunicam-se muito de forma não verbal, através do olhar, e foi muito colocada a amizade no grupo, que vai além do trabalho. Retrataram a equipe como família, onde ninguém está sozinho, refletindo também nos resultados com a população e na comunicação com esta. Todos trouxeram em suas falas a organização do grupo como facilitadora do diálogo e comunicação, pois todos trabalham juntos e próximos, e há espaço para todos falarem, sendo a participação de cada um importante para o grupo.

Para Motta, o espírito de equipe é desenvolvido quando há um grupo pequeno, que reflete estratégias em conjunto, desenvolve atividades coletivas regulares e o incentivo às diferentes habilidades<sup>46</sup>. Dutra<sup>5</sup> considera ainda, que o indivíduo precisa se sentir pertencente ao grupo para que o seja possível o trabalho em equipe.

Levando esses discursos em consideração, bem como as falas dos participantes, entendo que esse grupo trabalha em equipe e se entende também dessa forma.

Se a construção social compreende a construção de sentido através de atividade colaborativa<sup>47</sup>, então podemos dizer que o sentido da boa comunicação para o grupo está na construção contínua de formas de manutenção do contato e inclusão do outro no fazer saúde. “Num sentido mais amplo, podemos dizer que, quando nos comunicamos uns com os outros, construímos o mundo no qual vivemos e, se mantivermos nossas tradições, a vida poderá prosseguir como de costume”<sup>47:22</sup>.

*Para os construcionistas, a linguagem é usada pelas pessoas para realizar coisas em conjunto. Quanto mais ricas forem as nossas conversas e diálogos, maiores serão nossas aptidões para a coordenação humana. [...] o construcionismo promove novas formas de entendimento e de ação. [...] um convite único à multiplicidade e à inovação. O*

construcionismo propicia a esperança de uma forma de diálogo que se constrói entre todos, em prol da constante integração, da invenção de formas de vida e da substituição do conflito mortal pela comunhão que proporciona vida<sup>47:111</sup>.

A comunicação é composta pelo seu conteúdo, mas também pelo sentimento de quem se comunica, e sua efetividade vai contemplar o que é expresso verbalmente, mas também as expressões não-verbais e a forma como compomos a maneira de falar<sup>74</sup>. Todos os participantes do estudo trouxeram em suas entrevistas relatos sobre o relacionamento interpessoal com laços fortes no trabalho e além dos limites do mesmo, sendo a boa comunicação um reflexo dessas relações estabelecidas.

As relações em equipe de saúde permeadas pela comunicação possibilitam o alcance dos objetivos propostos para a ABS e requerem capacidade para escutar o outro e lidar criticamente com a tradição que se impõem na rotina dos serviços<sup>2</sup>. A construção de uma equipe, com integração de trabalhos e saberes é escolha de um conjunto de profissionais que atuam em um mesmo serviço, e cuja formação de equipe lhe é própria e específica, permeada pela interação comunicativa entre os profissionais, mantendo permanentemente a comunicação e avaliação desta para atender aos objetivos pensados e esperados<sup>73</sup>.

Identifiquei esta escolha pela integração e a formação da equipe nas histórias contadas por cada um dos protagonistas desse estudo durante as entrevistas individuais, que me ajudaram a criar um entendimento dos momentos descritos como sendo de boa comunicação em equipe. Nas histórias escolhidas pelos protagonistas para relatar momentos em que entendiam que sua equipe se comunicava bem, abordaram a comunicação nas seguintes situações:

- Comunicação com olhar e mobilização para encaminhamentos;
- Planejamento por todos para ações de sucesso;
- Comunicação com a equipe para tratar ferida crônica e resolver o problema;
- Preocupação de todos para ajudar familiares quando ocorreu acidente na família de um colega, informando, apoiando;
- Relatos dos ACS que apontam casos para discutir e conversar em equipe, sendo propostos os encaminhamentos para dar resolução (cinco histórias remeteram diretamente aos ACS);
- *Feedback* da equipe quando colega faz uma ação adequada, elogiando e parabenizando a conduta assertiva;
- Paciente depressivo em tratamento com fisioterapeuta, que se

comunicou com psicólogo para discutir, o que possibilitou a realização de terapia e resolução do caso;

- Senhora em tratamento odontológico, usava várias medicações sem controle. A equipe de saúde bucal buscou auxílio dos colegas e conseguiram orientar e acompanhar o tratamento medicamentoso;

- Atendimento a paciente especial pela equipe de saúde bucal que não era assertivo, até buscar apoio do psicólogo e da farmacêutica, conseguindo atender resolutivamente;

- Importância na comunicação, conversando e orientando para manejo do cuidado dos idosos – entre a equipe e da equipe com o paciente para desenvolver vínculo e confiança;

- Caso de possível luxação no quadril percebida durante a fisioterapia que foi possível tratar porque buscou apoio do médico, que solicitou exame, conseguindo resolver o caso em uma semana;

- Estudos de casos nas reuniões, conversas com outros profissionais, consultas compartilhadas para atender pacientes, o que é facilitado pela proximidade entre os integrantes da equipe e por ser 1 ESF e 1 NASF;

- A comunicação evita que colegas sejam expostos perante os usuários, pois todos sabem do que está acontecendo;

- Disponibilidade de conversar durante todo o horário de trabalho;

- Comunicação entre a equipe auxiliou resolução de caso de idosa que sofria maus tratos através do planejamento e atendimento compartilhado;

- Comunicação faz agilizar a resolução de encaminhamentos urgentes;

- Diagnóstico de um caso de câncer de esôfago a partir da percepção de anormalidade pela equipe de saúde bucal e encaminhamento urgente à equipe médica e de enfermagem para tratamento;

- Atuação multidisciplinar e intersetorial para resolver caso diagnosticado de violência infantil.

Em todas as histórias esteve presente e teve destaque o relacionamento interpessoal, a amizade, a ajuda como apoio e o conhecimento a partir da complementação de saberes, sendo mencionada em várias histórias a preocupação em olhar cada indivíduo cuidado como um todo.

Compartilhar histórias sobre o que dá certo, estimula a discussão

sobre a organização e seu futuro, pois “[...] são os aspectos colaborativos e relacionais que conferem poder ao esforço de mudança [...]”,<sup>47:67</sup>.

Mudança que para ocorrer requer que os profissionais da Atenção Básica realizem seu trabalho de forma integrada, ampliando a visão e intervenção da equipe frente às demandas e necessidade e propiciando assistência integral<sup>2</sup>. Para isso, a comunicação entre os profissionais no cotidiano de trabalho é uma possibilidade de a equipe multiprofissional articular saberes e processos de trabalho distintos e complementares.

Destaquei ao grupo os aspectos que me chamaram atenção sobre quem se disseram ser enquanto equipe, tendo destaque o interesse em se aperfeiçoar; a atenção dada ao processo de comunicação; o interesse da equipe em formalizar a comunicação como instrumento de trabalho e o pedido recorrente de que eu apresentasse os aspectos problemáticos da equipe. Sobre esse pedido, disse ao grupo meu entendimento de que se relacionava com três aspectos: a cultura regional, fruto da colonização, que estimula a busca pelo perfeito; cultura e tradição do trabalho em saúde, sempre focalizado no problema; e, a inquietação da equipe em relação ao trabalho e sua qualidade. Mas ao apresentar esse retorno, o grupo questionou a expressão por mim utilizada, de busca “pelo perfeito”, apontando que o desejo da equipe está no possível, então, de ser sempre melhor, fazendo seu papel e trabalhando para alcançar o objetivo proposto.

Falei ao grupo que naquele momento eu não poderia responder às demandas trazidas para discutir as fragilidades da equipe e acertos para a comunicação, porque o pedido ia em direção oposta à proposta da pesquisa, que era responder à pergunta “O que há nessa equipe que faz ela se comunicar bem?” Então, deixei claro que não sabia se no decorrer da pesquisa iria conseguir responder as questões, mas que poderia incluir ao final dos nossos encontros em grupo, um espaço para pensarmos sobre elas, pois entendia que era importante para todos, e que daríamos dar atenção a isso em outro momento. Expliquei que minha atitude se devia a uma escolha metodológica, mas que não excluía a existência de problemas. Salientei que ao construirmos a representação do que havia de melhor na comunicação da equipe, poderiam identificar possibilidades de ser ainda melhores.

Sobre a questão da formalização que muitos trouxeram, ela foi registrada, mas pedi licença também para esperar o final dos momentos de grupo para reavaliarmos o pedido, que poderia ser respondido durante os encontros, ser desfeito ou demandar outra modalidade de

conversa. E ficou acordado que retomariamos essas questões antes de finalizar nossos trabalhos.

Concluindo esse momento de retorno, expus as regras e expectativas apontadas por cada um para que o momento em grupo fizesse todos se sentirem bem, incluídos e a vontade para participar. Apontaram ser preciso deixar em casa problemas pessoais e familiares, tudo que não é do trabalho, a timidez, o receio de não ser entendido ou levado a sério, o que tira a concentração e dispersa, o cansaço, os pensamentos ruins e preocupações do dia-a-dia. Disseram ser preciso ter responsabilidade sobre o que é dito, comprometimento, estar por inteiro no grupo, tratar todos bem e por igual, dar a mesma oportunidade de falar a todos; ter alegria, apoio, união, amizade, compartilhar saberes e contribuir com o conhecimento do grupo. Também que é preciso ouvir e aceitar o que o outro diz, haver honestidade, sinceridade, humildade, liberdade, respeito, diálogo informal, que permite opiniões. Ser um ambiente tranquilo, confortável, natural e sem burocracias, descontraído e dinâmico, mas com foco, sem conversa paralela, onde se pode contar com o colega. Que deveria haver simplicidade, afinidade, compromisso com o trabalho, ser produtivo, todos se mostrarem interessados, querendo fazer o melhor e sem grosserias. O espaço deveria promover lembranças de bons momentos para ir para casa feliz, tendo falado no, e com o, grupo o que é sobre o grupo. Dois profissionais relataram que não é possível separar a vida pessoal da profissional, mas a maioria disse que consegue estar no trabalho sem levar os pensamentos do que é pessoal.

As expectativas e regras explicitaram para mim o grau de exigências e cobranças do grupo.

A mim, para a condução da pesquisa, solicitaram que os espaços em grupos tivessem pauta organizada para o trabalho, que eu ensinasse e também pudesse aprender com o grupo, interagir, me incluir, participar, dar opiniões, somar idéias e coisas boas, ajudar a entrosar a equipe, conversar olhando nos olhos. Ainda, que os deixasse tranquilos, que fosse objetiva, comunicativa e procurasse ajudar a afinar a conversa e melhorar o trabalho, expondo as falas para focar e agregar para o dia-a-dia, dando espaço para todos falar e reconhecendo o trabalho da equipe.

Após esse retorno a respeito das entrevistas, o grande grupo foi subdividido em cinco grupos menores, com formação espontânea entre os participantes, sem critérios pré-definidos. Formados os grupos, apresentei, e entreguei impresso a cada grupo, o roteiro de questões a serem respondidas entre eles, solicitando que eles escolhessem um

representante de cada grupo para fazer as anotações sobre os apontamentos, para facilitar o compartilhamento das respostas entre todos em um momento seguinte. O roteiro era composto pelas seguintes orientações e questões:

Compartilhar com o grupo a história contada no momento da entrevista individual, onde relataram momento que ajudava a entender quando se comunicam bem em equipe;

O que acontece nesses momentos que faz vocês sentirem que estão se comunicando bem?

Como vocês se sentem nesses momentos?

O que isso diz para vocês sobre quem vocês são enquanto equipe?

Que efeitos vocês percebem que esses momentos têm sobre as pessoas que vocês atendem?

Acompanhei o andamento dos grupos, reforçando minha convicção no entrosamento e facilidade para a conversa fluida entre todos. Quando os grupos sinalizaram a conclusão da atividade, solicitei que guardassem o material onde produziram os registros, para serem retomados no segundo momento em grupo.

Finalizando essa etapa, convidei a todos para, em círculo, dizer uma palavra que representasse como estavam se sentindo em relação ao que foi feito no encontro e com o encerramento dos trabalhos do dia, sendo livre a participação. Na representação individual, foram apresentadas as palavras: aceitação, alívio, reflexão, aprendizado, amizade, vínculo, disponibilidade, expectativa, crescimento, união, troca de experiências, evolução, importância, conhecimento, companheirismo, comprometimento, compreensão.

As palavras afetam as relações e “não são imagens do mundo, mas ações práticas no mundo”<sup>47:25</sup>. Assim, após refletir sobre a boa comunicação no grupo e construir juntos representações desses momentos, todos nós participantes apontamos palavras de inclusão e afirmativas do protagonismo no processo de pesquisa.

A despedida foi feita com agradecimento e uma fala inicial sobre a proposta do encontro seguinte: um espaço para mais discussões e construções com o grupo.

### **Grupo 2:**

O segundo momento de grupo aconteceu três dias após o primeiro. Primeiramente tive, novamente, a preocupação com uma integrante do grupo que não pode participar dos momentos anteriores.

Reforcei o convite para sua participação livre e a qualquer momento e agradei pela importante presença.

Pedi licença ao grupo e fiquei em pé nesse dia, para poder fazer anotações durante nossa conversa.

Iniciamos os relatos sobre a conversa feita nos pequenos grupos durante o primeiro encontro. Todos falaram enquanto fui registrando, no quadro branco, as respostas construídas para as cinco perguntas que nortearam a discussão em cada grupo. Todas as anotações foram construídas com a participação do grupo, sendo relidas para a confirmação ou alteração das palavras escolhidas para representar o que cada um desejava dizer.

Sobre as histórias contadas, o grupo salientou que, ao compartilhá-las, os outros participantes lembraram das situações descritas e as complementaram, enriquecendo-as com detalhes. Falei ao grupo que teve destaque para mim a relação de apoio e auxílio entre eles, presentes em todas as histórias, bem como a facilidade e liberdade que tem pautado o relacionamento como determinante para a boa comunicação. O grupo concordou com minha colocação e complementou dizendo que em todas as histórias identificaram a busca da equipe para, com o trabalho interdisciplinar, olhar os pacientes como um todo para cuidá-lo integralmente.

Ao responder a questão sobre o que acontece nos momentos descritos que os faz sentir que estão se comunicando bem, apontaram a necessidade de acompanhamento e tratamento envolvendo toda a equipe, a resolutividade dos casos e agilidade na resolução dos problemas, o olhar ao paciente como um todo e perceber nele que o efeito foi bom, tendo retorno maior do paciente. Que a conduta frente aos casos necessitou comunicação, comprometimento, humanidade e responsabilidade para o caso ter solução. Ao ler as representações construídas, deram ainda destaque à alegria pelo bom relacionamento da equipe e à motivação quando tem maior conhecimento a respeito dos casos, o que é fruto da boa comunicação.

“Comunicar requer que outros nos concedam o privilégio de um significado”<sup>47:42</sup>. Assim, comunicar compreende essa ação complementar entre dois ou mais indivíduos em relação e o significado que produzem ambos, nessa relação.

Ao construir a representação de como se sentem nos momentos em que há boa comunicação, mencionaram o sentimento de dever cumprido, amparo do grupo quando não há bom resultado, satisfação, realização, reconhecimento, valorização enquanto pessoa e profissional.

Sensação que o processo de trabalho está fluindo a partir da comunicação como ferramenta para o trabalho, as ideias vão se formando em consonância com o grupo e que há construção. Quando há frustração por diagnósticos tardios, erros ou resultados que são aquém do esperado, a equipe também utiliza da comunicação para compartilhar as dificuldades, se apoiar, confortar e facilitar o encaminhamento do caso.

As equipes de SF, e a forma como se organizam e se constituem, podem ser consideradas espaços de práticas para uma nova forma de pensar e acontecer o sistema de saúde, que possibilite a integralidade – uma de suas diretrizes, através também da intersetorialidade<sup>75</sup>. A proposta do MS, desde sua configuração, prevê que a ESF seja espaço diferenciado de atuação em saúde, onde o trabalho em equipe seja desenvolvido com vínculo entre seus membros, favorecendo ações mais diversas através de comunicação horizontal e da superação da fragmentação de saberes<sup>76</sup>.

Quanto aos efeitos sobre quem são enquanto equipe, descreveram-se como profissionais, colegas, amigos, que cada um com suas atitudes é importante – independente da função. Ainda, que é uma equipe unida, eficiente (resolutiva e com resultado melhor), comprometida, que busca o melhor para a população, com diálogo e amizade, entre a equipe e com os usuários. Ao construir a representação de quem são enquanto equipe, apontaram que há casos que dependem de outros setores e pessoas além da equipe.

Um dos protagonistas do estudo solicitou que eu grifasse a palavra “amigos”, justificando como determinante para o trabalho em equipe, para a relação empática, a preocupação com o outro e a manutenção da comunicação no processo de trabalho.

A intersetorialidade na saúde é definida pelo trabalho que congrega diferentes setores para agir frente às demandas dos usuários, resolvendo seus problemas, sendo esse seu principal objetivo, potencializado justamente por esse movimento de diferentes setores que discutem e planejam uma ação frente a uma necessidade<sup>77</sup>, fazendo-nos refletir sobre a organização dos serviços para atender as necessidades a partir do conceito ampliado de saúde, que abordaremos mais adiante. A intersetorialidade relaciona-se assim com a oferta de cuidado integral e resolutivo aos usuários, já que os serviços de saúde não dispõem de todos os recursos para oferecer respostas resolutivas a essas necessidades.

Em relação aos efeitos percebidos sobre os indivíduos que

atendem nos momentos em que se comunicam bem, citaram a esperança para que os problemas sejam resolvidos e a satisfação. Quando a equipe se comunica bem, com o tempo, vencem resistências e alcançam a amizade dos usuários, sua confiança, segurança em ser cuidados pela equipe, admiração, vínculo e gratidão. Mas também há casos em que, independente da comunicação pela equipe, o transcurso não é positivo, havendo julgamento negativo, mágoa, tristeza, angústia e usuários que entendem que o trabalho que a equipe faz é obrigação, e nada além disso, não vendo os profissionais também como indivíduos. Sobre esse último aspecto, o grupo pontuou que é uma característica de alguns usuários dos serviços e que independe da comunicação entre a equipe.

A identificação do valor e da utilidade daquilo que estudamos e que fazemos de forma a auxiliar para a mudança efetiva nas comunidades envolvidas<sup>47</sup> pode facilitar a aceitação do posicionamento, opiniões e atitudes.

Se um número de pessoas começa a compartilhar as mesmas opiniões e valores, elas tenderão a se organizar para desenvolver um sentido de união, para propor programas e planos e, por fim, para poder alcançar suas metas de maneira eficiente. Em resumo, criarão um centro de poder. De acordo com esta perspectiva, podem existir vários centro de poder, que poderão mudar à medida que as conversas evoluem<sup>47:107</sup>.

Manter estratégias para diálogo continuamente com a comunidade pode ser um caminho para alcançar a aceitação e o entendimento.

A equipe se comunica bem porque dá sentido à relação pelo que a precede, e que é fruto do sentido já produzido historicamente entre todos, e o que segue a ela, e vai estabelecer os caminhos que vão percorrer, pois a linguagem nasce no diálogo com o outro e só tem significado com cooperação, pois uma ação leva a outra e só assim são legitimadas<sup>47</sup>. Então, o processo de interação desenvolvido cotidianamente, fortalece a comunicação.

Após a construção das respostas às cinco perguntas, iniciei outros questionamentos aos participantes, apontando as respostas até ali construídas: O que chama atenção de vocês? O que é novo aqui? O que mais se sobressai como elemento para o trabalho de vocês? E agora, refletindo sobre a construção, de que forma isso pode contribuir para o trabalho de vocês? O que é “Boa Comunicação” para esta equipe?

Respondidas as perguntas, que também foram registradas no quadro, todos tiveram novo espaço para falar o que desejavam, perguntar, incluir algo ou fazer comentários, sendo construídas, ao final, as respostas da equipe.

Sobre o que chamou a atenção, destacaram a união na equipe, a amizade, o companheirismo, que ninguém está sozinho, por isso há mais confiança – em equipe e conseqüentemente com os pacientes, amparo, empenho de cada um para resolver o problema da melhor forma. E especialmente, que são amigos.

Concluíram quem não havia nada de novo na construção feita, o que traduziram em palavras como reflexo da união da equipe, que já está com a maioria dos integrantes há três anos ou mais atuando juntos. Observando a produção no quadro, expressaram que ainda não haviam refletido e conversado tão claramente sobre como se comunicam, mas que tudo que expressaram já era o sentimento de cada um que tornou-se mais forte e claramente destacado com a representação construída em conjunto.

Observando novamente as anotações, apontaram que se sobressaíam como elementos para a boa comunicação e trabalho da equipe a união, a amizade, a busca pelo melhor e o respeito.

Ao refletirem sobre a forma como tudo contribui para o trabalho, citaram que quanto mais fortalecida for a união, melhor será a comunicação. E que a melhor comunicação faz o trabalho fluir e ser melhor desempenhado. Falaram da importância e necessidade de mais momentos para sentar e refletir sobre como se comunicam e o que fazem bem, e também para expressar o que sentem, para fortalecer o relacionamento interpessoal e promover o crescimento pessoal e profissional.

Nesse momento, um dos protagonistas do estudo chamou atenção para a importância da fala de cada um, através da qual é possível conhecer e reconhecer o que está sentindo e o que espera ou deseja na equipe, pois a fala permite essa expressão e a compreensão do outro.

O último aspecto considerado foi o que a equipe define como boa comunicação, sendo então construída a seguinte representação pelo grupo: “Boa comunicação é diálogo e compreensão, inclusive através da troca de olhares, união e liberdade, intimidade para falar ou criticar. Assim, a boa comunicação flui e todos sentem-se a vontade, questionam, tem oportunidade para falar e se evitam mal entendidos”.

Ao rever essa representação da boa comunicação, um dos protagonistas começou a cantar uma música sobre o amor: “É só o amor,

é só o amor [...]” e então identificaram o amor como parte do processo de relacionamento na equipe, determinante para a boa comunicação.

“Para o construcionista, somos convidados a uma dupla escuta: escuta do conteúdo, por um lado, e da importância, por outro”<sup>47:26</sup>. Foi nesse lugar que me coloquei nesse momento para escutá-los.

Finalizei o encontro retomando as expectativas do grupo para com o trabalho no início da pesquisa e foram confirmados pelo grupo dois pedidos: que eu apresentasse retorno sobre caminhos possíveis para formalizar e registrar a comunicação sem burocratizá-la, atendendo as exigências a que a equipe deve responder para relatar suas ações e serviços; e, para apontar as percepções sobre fragilidades do processo de trabalho, através de uma carta de sugestões (Apêndice E). Responsabilizei-me por atender aos pedidos e dar retorno ao grupo após construir a carta de sugestões conforme solicitado.

Durante a construção do trabalho, fiz novo contato por e-mail com o coordenador da equipe solicitando informações sobre o tempo de trabalho de cada integrante da equipe no município, pois senti falta de poder visualizar essa informação e poder relacioná-la com a forma de organização do grupo. Ele encaminhou o detalhamento do tempo de vínculo, que varia de um a quinze anos entre os protagonistas desse estudo, sendo que a maioria dos profissionais está há mais de três anos na equipes:

**Tabela 1:** Tempo de atuação dos profissionais na equipe.

	Anos de Trabalho com a Equipe							
	1	3	4	6	8	12	14	15
Quantidade de profissionais	6	4	7	3	3	1	1	1

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora.

Finalizada esta etapa de construção do estudo junto com a equipe, dentro de sua unidade de trabalho, passei a olhar para todo o material que tinha em mãos e a estudá-lo, para poder descrever nesta pesquisa.

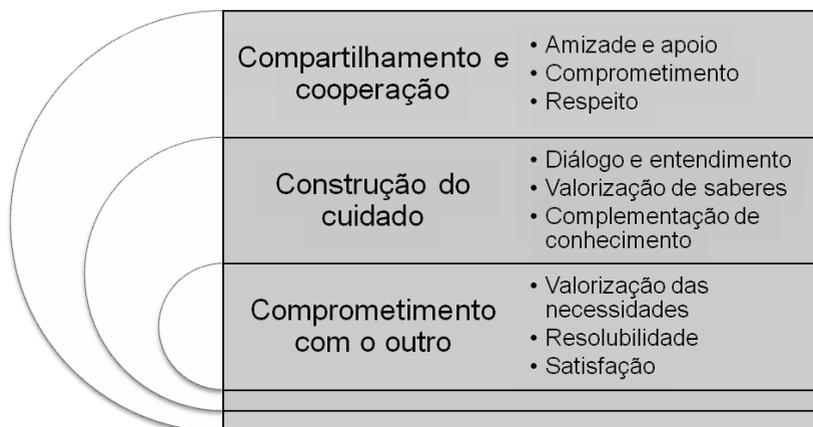
Entendi que a maneira interacional de desenvolver as atividades no trabalho, especialmente em setores de prestação de serviços, vem colocando a comunicação cada vez mais ao centro do desenvolvimento das atividades, sendo possível por meio dela a construção de significados e sentidos coletivos a partir dos muitos saberes<sup>5</sup>. Este sentido coletivo, descrito pela autora como a construção de identidade

da equipe a partir de suas ações e discursos que criam ambientes sensíveis ao que é aceitável para os integrantes do grupo, tem relação com o que encontrei na realidade em que me inseri, onde o entendimento e a compreensão do trabalho que desenvolvem são ajustados de forma coletiva.

O conceito “Atividade no Trabalho” compreende “a maneira pela qual pessoas se inserem nos objetivos do trabalho, realizando uma gestão sobre eles, produzindo sentidos, engajando seu psiquismo, seu corpo biológico, sua inteligência nas relações com os outros, semelhantemente à atividade de viver, na atividade linguageira e simbólica de estar no mundo”<sup>5:55</sup>.

Uma proposta de descrever as atividades no trabalho que desenvolvem os protagonistas desse estudo, através da boa comunicação referida durante nossa interação, é representada na figura abaixo, e está intimamente relacionada à valorização que deram aos aspectos subjetivos do relacionamento entre a equipe e à forma como fazem escolhas cotidianas por valorizar essa relação que desenvolveram.

**Figura 2:** Sentindo a Boa Comunicação como ferramenta relacional na equipe.



**Fonte:** Elaborado pela autora.

Todos os elementos acima destacados se relacionam e aparecem continuamente nos discursos construídos pelos protagonistas do estudo. O compartilhamento de saberes é destacado como recurso de cooperação entre os profissionais, que é possibilitado pelo

comprometimento de cada um com seu papel na equipe e para com os usuários, pelo respeito ao outro – seu ser e seu saber, e pelas relações de amizade estabelecidas, com apoio nas diversas situações, pessoais e de trabalho. Essa postura da equipe é relatada como potencializadora do diálogo, favorecendo o entendimento e a construção do conhecimento do grupo para a oferta do cuidado mais resolutivo, pois é consequência do comprometimento da equipe e valorização das necessidades dos usuários, possibilitando a satisfação de todos os envolvidos. Nesse contexto, a boa comunicação aparece como elemento transversal no cotidiano das relações profissionais, oportunizando espaços para qualificar essas relações, produzindo efeitos sobre todos. Esses efeitos são definidos como bons a medida que os resultados conquistados no cuidado aos usuários são também entendidos como satisfatórios, quando resolvem seus problemas. Mas para além destes efeitos, o discurso construído refere sempre que a boa comunicação oportuniza a boa relação entre os profissionais, e é oportunizada pelos laços que buscam sempre fortalecer para além do convívio na unidade de saúde em que trabalham.

#### 4.3 SIGNIFICANDO OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE BOA COMUNICAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Ser parte dessa pesquisa reforçou em mim a convicção que é possível fazer diferente, acreditando nas pessoas e no trabalho que se desenvolve. Além disso, que a coletivização de sentidos e significados no trabalho é mais possível quando os integrantes da equipe podem trabalhar de forma mais participativa e interativa, com autonomia e estímulo para inovar e com comunicação livre e aberta em ambientes de discussões facilitados<sup>5</sup>, como ocorre na unidade onde o estudo foi desenvolvido.

A partir da descrição do percurso de pesquisa, elegi alguns pontos para aprofundar neste trabalho, porque os entendo como cruciais para tratar do tema “boa comunicação em equipe de saúde”, levando em conta minhas representações e significações a partir do conhecimento construído no percurso dessa pesquisa. São eles: o conceito ampliado de saúde, a partir do qual se desenvolve a necessidade do cuidado integral; a interdisciplinaridade, oportunizada nesse caso pela comunicação desenvolvida; o apoio matricial como central na relação ESF/NASF e,

em decorrência dele a importância das reuniões de equipe – como espaço de diálogo e construção do trabalho e discussões clínicas; e, por último, o caráter relacional, aqui tratado como intersubjetividade, tão presente e fortemente marcado como determinante para a boa comunicação nessa equipe, abordando também uma dificuldade que emergiu durante as entrevistas individuais – o relacionamento entre a gestão (gestor e coordenador de unidade) com o restante da equipe.

Nenhum desses conceitos foi nomeado pela equipe durante a pesquisa, mas são minhas propostas para refletirmos sobre a importância e potencialidade da boa comunicação para qualificar as relações na equipe e a oferta de serviços melhores para aqueles que são objetivo de existir trabalho em saúde – os usuários.

Sendo o trabalho em saúde complexo e dinâmico, permite que as equipes construam espaços para repensar sua organização e a realização das ações que são possíveis pela rede de relações estabelecidas entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, contemplando conflitos para aprender conjuntamente<sup>46</sup>.

Em sua tese, Camargo-Borges propôs a articulação e integração entre o Construcionismo Social e a Estratégia Saúde da Família, utilizando uma prática dialógica para dar visibilidade ao processo conversacional. Sua aproximação entre os dois discursos apontou que ambos se norteiam pela “[...] construção de um fazer conjunto, interativo, valorizando a localidade e os saberes que daí se desdobram”<sup>71:88</sup>. Se o discurso construcionista social é coerente com as propostas da ESF e valoriza a construção de sentidos através dos processos interativos conversacionais, esse processo de construção de sentidos da boa comunicação oferece uma possibilidade de alcance dos princípios e diretrizes do SUS na prática da ABS, de forma a atender ao conceito ampliado de saúde.

Início então a proposta de sentidos da boa comunicação para a melhoria da qualidade no trabalho em saúde considerando que os protagonistas desse estudo trabalham em equipe de uma forma orientada pela concepção ampliada da saúde e pelos conceitos de clínica ampliada, integralidade, interdisciplinaridade, intersubjetividade.

Durante todo o contato e a elaboração de discursos sobre a boa comunicação, a equipe trouxe reflexões sobre os efeitos de como se comunicam para melhorar o cuidado aos usuários e possibilitar vê-los de forma integral, compreendendo todas as necessidades e respondendo a elas da forma mais qualificada e resolutiva possível.

Solucionar os problemas de saúde requer mais que avaliar sinais e

sintomas biológicos, requer conhecimento dos fenômenos sociais e históricos<sup>78</sup>. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, nº.8080/90, a saúde não é simplesmente a ausência de doenças, mas é dependente de determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços necessários<sup>11</sup>. Esse conceito ampliado de saúde, que vai além da dimensão biológica e de presença de doença, aponta para a importância da clínica ampliada, que busca, através da interdisciplinaridade e intersetorialidade, minimizar a fragmentação na saúde e responder às distintas necessidades<sup>2</sup>. A observação de todos esses determinantes passa pelo conhecimento dos contextos histórico, cultural e social em que cada usuário está inserido.

Entendo que, quando os participantes apontaram através de suas falas que a maneira como se comunicam e cuidam das pessoas gera bons efeitos, vínculo e confiança, retrata alguns aspectos sobre o conceito ampliado de saúde, que não está apenas na cura da doença, mas sobretudo, na valorização de quem somos e de quem o outro é. Assim, a organização da equipe e a forma como se relaciona e estabelece relações de respeito e escuta entre os profissionais, permite também maior atenção aos usuários e às manifestações de seus problemas.

A partir da escuta qualificada e, portanto, do levantamento de necessidades individuais e coletivas, objetiva-se resolver os problemas que se apresentam. Resolver os problemas é a expressão maior do trabalho em saúde e do próprio sentido de acolhimento. As respostas para os problemas se dão em forma de ação. Partindo do conceito ampliado de saúde e da apreensão de necessidades que se expressam nos âmbitos social, ambiental, psicológico e biológico, e ainda no individual e no coletivo, as respostas devem contemplar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, numa perspectiva cuidadora, podendo ter predominância de uma sobre a outra, de acordo com cada caso.

Cada um dos profissionais de saúde leva para sua unidade de trabalho sua subjetividade, historicidade, seus projetos individuais e coletivos, interferindo no contexto<sup>2</sup>. É importante pensar então a dimensão humana do trabalho, especialmente no contexto da assistência à saúde, onde, além da técnica, há a subjetividade e intersubjetividade presente na relação entre profissional e aquele que está sendo cuidado, e que Merhy<sup>79:5</sup> chama de “trabalho vivo” ao olhar para o trabalho em saúde como relacional e dependente da forma que agem entre si os trabalhadores e estes e seus usuários<sup>2</sup>.

Com a ampliação do olhar para as necessidades, toda a equipe passa a ser valorizada, pois as ações de prevenção e cuidado, exigem protagonismo de outros profissionais, e acima de tudo trabalho em equipe. Portanto, esse olhar global para a saúde favorece a atuação dos diferentes protagonistas na construção de espaços para o diálogo e a comunicação além da transmissão de informações, e sim pela produção de entendimento com cumplicidade.

A clínica ampliada é uma proposta que vem ao encontro da compreensão da saúde com seu conceito ampliado e da importância do olhar integral em saúde para a produção de respostas resolutivas aos problemas. Ela permite transformar a forma de atenção a indivíduos e coletivos, de forma a compreender e dar respostas a aspectos além do biológico, sabendo que um diagnóstico, mesmo amplo, nunca contempla todas as faces de um indivíduo doente, e assim, valorizando aspectos singulares de quem é cuidado, a clínica e o trabalho em equipe<sup>34</sup>.

Em 1997, Campos já apontava a importância de reformular e ampliar a clínica para a promoção de um cuidado adequado em saúde, mais qualificado e menos alienado, reconhecendo os limites dos campos de saber e desenvolvendo capacidade crítica em relação às classificações, pois a compreensão e discussão sobre saber e prática clínica faz emergir também a discussão sobre o poder de cada saber<sup>34</sup>. A clínica ampliada não desconsidera o saber biomédico, mas abre espaço para a produção de um cuidado que respeita o novo, a criatividade e o olhar integral para cada indivíduo ou coletivo.

Uma forma de oportunizar que a clínica ampliada aconteça é a gestão da equipe para que haja comunicação transversal, através de técnicas relacionais como a escuta do outro, criticidade para lidar com condutas já automatizadas e com a forma como os problemas dos usuários são expressos; o que é potencializado se os profissionais de saúde receberem suporte para lidar com as suas fragilidades e ampliar a capacidade de relacionamento grupal<sup>80</sup>.

A dinâmica das equipes na ABS, especialmente as equipes de SF, oportuniza a troca de informações de forma mais ágil devido os espaços de encontro e reuniões diários entre os profissionais para trazer notícias, dúvidas ou demandas e necessidades percebidas e é indutora da clínica ampliada, pois há uma singularidade dos trabalhadores e usuários e a necessidade de escolhas e ações voltadas para os mesmos e que acompanhem sua dinamicidade e seus movimentos de mudança<sup>34</sup>.

A valorização e aproveitamento dos espaços onde ha comunicação entre a equipe pode ser assim um facilitador no alcance

dessa troca de informações e na produção do cuidado, conforme percebemos também na dinâmica de atuação entre os profissionais participantes nesse estudo, em que todos sentem-se incluídos na equipe e nas representações feitas sobre a mesma, bem como afirmam-se importantes para o bom funcionamento do grupo e o alcance dos objetivos comuns.

O princípio de reconhecimento das singularidades dos trabalhadores valoriza a dinâmica da equipe, uma vez que demonstra implicitamente a mútua dependência de todos os profissionais para o resultado final. O trabalho em saúde é metaforicamente entendido como uma corrente, em que a força de cada elo define a força do conjunto e o vínculo e a ação de um ACS, ou de um auxiliar de enfermagem, podem ser determinantes em diversos momentos das intervenções das equipes, relativizando a hierarquia socialmente construída em torno dos profissionais universitários, notadamente o médico<sup>34:167</sup>.

Essa valorização e reconhecimento dos diferentes saberes para o trabalho em equipe é um ganho para a qualidade da ABS e para que a clínica ampliada seja possível.

A clínica ampliada faz um convite à compreensão dos casos difíceis e que esbarram nos limites da clínica tradicional, apontando o diálogo como caminho para a percepção de outras formas para que os profissionais consigam lidar consigo e com quem cuidam<sup>34</sup>, requerendo que seja colocado em prática o princípio da integralidade do SUS.

O olhar integral para a saúde depende da compreensão da mesma como manifestação de diferentes setores estruturantes da sociedade e, sob esse olhar, fazer saúde dependa da intersectorialidade, que não se dá de forma automática, mas depende da ação pensada e desejada dos trabalhadores de diferentes setores, negociando de forma integrada em busca de soluções para os problemas da realidade em que se inserem, sendo que a ABS é a grande responsável por coordenar o cuidado e oportunizar essa articulação com os distintos atores envolvidos na estruturação das respostas às demandas<sup>2</sup>.

Assim podemos pensar no processo saúde-doença como determinado por múltiplos fatores e na importância de vários saberes articulados para enfrentar a complexidade dos problemas, extrapolando o campo da saúde interdisciplinar e adentrando na importância da intersectorialidade para o cuidado integral, o que pode ser mais difícil a medida que foge da governabilidade de quem atua no serviço de saúde, apesar de ser diretamente dependente deste. A intersectorialidade é transversal para alcançarmos a integralidade no cuidado.

Durante nossa construção a equipe apontou que a boa comunicação por vezes não acontece com algumas pessoas de outros setores com as quais atuam para ofertar o cuidado integral, descrevendo como fragilidade a ser melhorada a partir de investimentos da equipe. Na fala dos protagonistas, os espaços já conquistados para conversa e comunicação em equipe, ainda não acontecem como entendem necessário com os outros setores, pois relataram que muitas vezes há diversas intervenções de diferentes setores do serviço público a uma mesma família, mas sem articulação e planejamento conjunto, por falta de aceitação dos profissionais externos à equipe de saúde, gerando retrabalho e até rejeição da população.

Entendo que a intersetorialidade é assim dependente da interdisciplinaridade que ocorre na equipe, pois a valorização daqueles que estão além da equipe e que são também protagonistas na construção da saúde dos mesmos usuários é necessária para que se alcance a integralidade no cuidado na proposta que apresentamos até aqui.

Para aprofundar as reflexões sobre interdisciplinaridade, tomo como base o conceito proposto por Cutolo<sup>81:18</sup>, que a define como “a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde”, buscando abordar problemas e suas soluções conjuntamente, respeitando as bases disciplinares para além da soma de conhecimentos. O autor considera que a interdisciplinaridade é alicerce para construções coletivas, e cita que, mesmo sem definir interdisciplinaridade, a proposta do SUS é de um trabalho em equipe que integre as diferentes categorias e profissionais da saúde, e que a Constituição do Estado de Santa Catarina, em seu Artigo 155, aponta as equipes interdisciplinares como cerne das ações de planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde. Assim, a interdisciplinaridade, além de ser importante para responder às necessidades de usuários, equipes e serviços, já está inserida na legislação que norteia o trabalho em saúde.

Além de ser a articulação entre diferentes áreas de conhecimento, a interdisciplinaridade compreende cooperação através de ação coordenada por meio de ações simultâneas de diversas disciplinas para dar conta de um tema<sup>2</sup>. Nesse sentido, o trabalho multiprofissional interdisciplinar requer o olhar para a saúde com reconhecimento das complexidades social, econômica, cultural e biológica, superando a assistência focalizada na doença e no médico, valorizando a articulação de saberes e enriquecendo o trabalho.

Saupe et al<sup>82</sup> também apresentam a interdisciplinaridade como a relação articulada entre diferentes profissões na saúde e trazem as

diferenças de terminologias geralmente confundidas com o termo: multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Os autores utilizam os conceitos de Japiassú para explicar multidisciplinaridade como a execução de disciplinas sem objetivos comuns e articulação; e, a pluridisciplinaridade como tendo núcleo comum e alguma colaboração entre as disciplinas, mas sem ordenação. Apontam que muitas vezes os termos são usados como sinônimos ou conceituados da mesma forma, o que consideram não ser um erro. Para definir interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, incluem os conceitos de Rosenfield, que caracterizam a primeira como a possibilidade de trabalho conjunto em busca de soluções com respeito às bases disciplinares específicas, e a segunda, como trabalho coletivo que compartilha os saberes para tratar dos problemas, complementando que na transdisciplinaridade se ultrapassam as barreiras de identidade entre as disciplinas.

Seguindo estes conceitos, a interdisciplinaridade fica perceptível em todos os momentos de trabalho e articulação entre os integrantes da equipe que compõe essa pesquisa. Na voz de todos os protagonistas há valorização dos diferentes profissionais que compõem a equipe, não aparecendo em nenhum momento a descrição de maior importância a uma categoria profissional específica. Ainda, o apoio mútuo é a forma com que mais descrevem a complementação de saberes para composição do cuidado, em um sentido de não apenas atuarem no mesmo espaço, mas sim, atuarem juntos.

O simples agrupamento de profissionais, mesmo que com formações diversificadas, não é suficiente para romper com o modelo de atenção fragmentado e focado na doença, de forma que Peduzzi faz uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas e, a partir dessa, classifica as equipes em agrupamento e interação, considerando agrupamento quando há apenas diversos profissionais trabalhando juntos e na equipe interação, há articulação das ações entre os mesmos<sup>46</sup>. A equipe interação compreende então as equipes em que a interdisciplinaridade é alcançada, e dentro dessas equipes, os diferentes saberes são trabalhados de forma conjunta para produção de um conhecimento comum.

Campos apresenta os saberes nas equipes dentro dos conceitos de Campo e Núcleo de competência e responsabilidades. Núcleo é entendido como o conjunto de saberes e responsabilidades próprios e específicos de cada profissão, já o Campo, compreende os saberes e responsabilidades construídos e partilhados entre todos<sup>46</sup>. Nesse sentido,

quando os profissionais de uma equipe atuam de forma multi ou pluridisciplinar, estão empregando seus núcleos de conhecimento, porém, quando conseguem desenvolver a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, há construção de um campo de conhecimento comum.

Na proposta de Nicolescu, a transdisciplinaridade busca a unidade do conhecimento, com a abertura das disciplinas àquilo que atravessa a todas, que está em cada uma e além de qualquer disciplina, construindo novos saberes, de forma a superar a rigidez e responder às complexas e diversas necessidades em saúde<sup>5</sup>. Pois competências coletivas são muito mais que a soma das competências individuais, emergindo da interação de grupo através da comunicação e da apropriação dos aspectos referentes à sua realidade, conhecimentos e aprendizagens<sup>5</sup>.

Como competências coletivas referidas pela equipe nesse estudo, além do aspecto técnico na produção do cuidado aos usuários, estão as maneiras desenvolvidas para se comunicar – reuniões, bilhetes, telefonemas, conversas no corredor ou consultórios, e a escolha por ser mais que colegas de trabalho, estabelecendo espaços de relacionamento além dos limites da unidade, entendidos por eles como formas de melhorar o relacionamento, o vínculo e a articulação profissional.

Essas competências são possíveis pois a interdisciplinaridade propõe a abordagem dos problemas de forma conjunta para a busca de soluções criativas para sua resolução, mas sem negar os aspectos individuais e de respeito pelo outro, considerando a subjetividade e intersubjetividade nas relações coletivas, e a comunicação como uma categoria para o trabalho interdisciplinar, que possibilita o entendimento e a construção de um campo de aprendizagem e conhecimento comum<sup>82</sup>.

O trabalho interdisciplinar permite assim a superação dos limites da pluridisciplinaridade e multidisciplinaridade e da reprodução dos conhecimentos apreendidos na graduação e focados em uma profissão específica, justamente através da ação coordenada e com objetivo comum, construído e compartilhado pela equipe e seus diferentes saberes, de forma integrada e convergente<sup>76</sup>. Essa atuação está muito mais relacionada com a forma como a equipe funciona do que com a variedade de profissões que a compõem, ou seja, está no desafio em aprender a lidar com as diferenças e na postura desenvolvida para construir conhecimento em parceria<sup>76</sup>.

Há interdisciplinaridade no trabalho em equipe então, quando as distintas categorias profissionais conseguem trabalhar juntas e

compartilhar responsabilidades e conhecimentos para atuar frente a fenômenos complexos<sup>46</sup>, o que me fez considerar que há interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde de Alto Bela Vista.

A formação acadêmica é decisiva na forma como os profissionais atuarão em equipe<sup>76</sup>. Chamo atenção aqui à história descrita por um dos protagonistas do estudo, que disse que o trabalho na equipe promoveu mudanças na forma de atuar e pensar a relação interpessoal, estimulando a comunicação a partir da formação de vínculo e compromisso entre os profissionais, pois a graduação não foi espaço de fomento para a atuação em equipe, e sim de reprodução do modelo fragmentado e focado em disciplinas específicas. Mas o trabalho com um grupo que, além de trabalhar de forma conjunta, valoriza e respeita o outro, propiciou a construção de uma nova forma de pensar e agir no trabalho.

A interdisciplinaridade pode responder assim, à complexidade em saúde, trabalhando em conjunto e com olhar plural para desenvolver a integralidade, o que depende das atitudes, do ser e do saber profissional no processo de trabalho em saúde<sup>82</sup>. Para isso, a interdisciplinaridade precisa perpassar todo o processo de trabalho e as atribuições das equipes de ABS, sendo considerada por Lacerda e Moretti-Pires<sup>2:29</sup> como “elemento transversal” para que se alcance resolutividade. A interdisciplinaridade requer respeito entre os profissionais e valorização dos distintos saberes para ser possível a comunicação entre eles.

Mas o que tem a comunicação a contribuir com isso?

Torna-se evidente o caráter interdisciplinar da saúde e transversal da comunicação, com seu potencial de produzir e disseminar múltiplos sentidos; aproximar e integrar pessoas e grupos sociais; criar novos espaços de interação e comunicação que potencialmente colocam em questão relações de poder do “mundo real”, tornando possível a expansão de ideais de saúde em várias direções, modificando relações e gerando novas necessidades e demandas.<sup>56:626</sup>

Para o CS não é possível o isolamento, mas há sim o estímulo para ultrapassarmos as fronteiras entre as disciplinas, promovendo o diálogo entre múltiplas realidades e valores<sup>47</sup>. O trabalho em equipe é assim uma maneira para superar a fragmentação do cuidado, sendo favorecido pela promoção do diálogo e a boa comunicação.

Cecílio<sup>83</sup> considera que é preciso construir novos saberes e

práticas em saúde e repensar a organização do processo de trabalho, a gestão e o planejamento para alcançar a integralidade e também a equidade na saúde. Concordo e considero que o relacionamento em equipe através da boa comunicação favorece essa luta, pois oportuniza a formação de espaços de construção compartilhada, mas principalmente, de respeito pelo outro e de uma nova forma de fazer saúde.

O cuidado integral é individual e coletivo, a medida em que reconhecemos que as necessidades de saúde são construídas social e historicamente e portanto, resultado do ser individual e sua relação com o meio em que vive<sup>83</sup>. Nesse sentido, as necessidades em saúde estão relacionadas às condições de vida; ao acesso às tecnologias que podem melhorar e prolongar a vida; às relações de vínculo entre o usuário e a equipe de profissionais; e a autonomia para gerir a vida. Necessidades que partem dos usuários e precisam ser escutadas e traduzidas pela equipe para oportunizar o cuidado integral e resolutivo<sup>83</sup>.

Para escutá-los, o interesse em suas histórias e em promover seu cuidado e a resolução de seus problemas é imprescindível, sendo característica presente nas falas de todos os protagonistas desse estudo quando apontam que, ao comunicarem-se bem, promovem respostas mais resolutivas às demandas.

Concordo com o discurso de Mattos acerca da integralidade, que a situa como muito mais ampla que apenas um princípio e diretriz que norteia o trabalho do SUS e consta na Constituição, mas que trata-se do objetivo de quem luta por uma sociedade mais justa e igualitária, sendo a Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento, espaço para buscá-la e para olhar os indivíduos muito além de suas patologias e do seu ser individual, valorizando todos os atores e campos de conhecimentos e ação<sup>84</sup>. Uma possibilidade para alcançar essa condição são espaços de diálogo e comunicação em equipe, onde todos possam falar e tenham sua fala valorizada. A boa comunicação favorece a integralidade.

O alcance da integralidade e de uma nova forma de organizar o sistema de saúde implica gestão em todos os níveis de assistência, implementando ações que tenham efeitos sobre os usuários e a qualidade do cuidado, de forma a superar a estrutura ainda vigente nos serviços de saúde, promovendo mudanças em dois níveis: institucional – de organização e articulação dos serviços, e das práticas dos profissionais – extrapolando os limites da centralização no médico<sup>75</sup>.

Durante o estudo, pude vivenciar a importância valorizada de todos os integrantes da equipe. Nas falas, nas histórias escolhidas para representar momentos de boa comunicação e na interação do grupo nos

encontros coletivos, sempre se fez presente o cuidado com o outro, com seu saber, seu papel, seu ser. Da linguagem empregada por cada um dos participantes, signífico como se a relação e boa comunicação na equipe seja um espelho para o estabelecimento das relações com os usuários. Assim, quando a integralidade, a confiança, o vínculo, o cuidado e a boa comunicação acontecem em equipe, podem acontecer desta para com os demais. Além disso, a equipe promove momentos de descontração com muita facilidade, tornando o ambiente mais leve, harmônico e produtivo.

Mattos<sup>84</sup> apresenta três conjuntos de sentidos da integralidade. O primeiro refere-se à postura profissional que tem na integralidade a dimensão das práticas, redefinindo a relação profissional – usuário e oportunizando seu encontro, livre de cobranças para a percepção abrangente das necessidades que se apresentam. Além da integralidade enquanto atitude, a organização do trabalho e dos serviços de saúde é outro conjunto de sentidos da integralidade, que busca a horizontalidade das ações e programas e a organização do processo de trabalho voltada para a realidade da comunidade e a apreensão ampliada de suas necessidades, a fim de otimizar o impacto epidemiológico, de forma contínua. Por fim, o autor apresenta a importância da integralidade nas respostas governamentais aos problemas de saúde, contemplada na configuração de políticas que chama de especiais e que são desenhadas para responder a problemas de saúde específicos ou de um grupo populacional específico, para que não sejam descontextualizadas daqueles para os quais são formuladas.

Uma gestão alinhada com a equipe pode promover a integralidade.

Construir a integralidade requer planejamento para o cuidado, contribuição das diferentes áreas e diálogo permanente entre os atores envolvidos, de forma que haja reconhecimento da força de cada um e não relação de domínio ou imposição sobre o outro<sup>73</sup>. Além disso, a integralidade requer ir sempre além dos reducionismos e estabelecer espaços de diálogo e relação com o outro para diminuir resistências<sup>84</sup>.

Para que ocorra a mudança das práticas de saúde conforme exposto acima, é necessário também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos

formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde corbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, em que o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isso<sup>75:580</sup>.

É nesse contexto que percebo a inserção da equipe descrita nesse estudo, inquietos por se satisfazerem enquanto estabelecem rotinas e trabalhos que são adequados para si, para seus usuários, para sua comunidade. “É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal”<sup>75:581</sup>, favorecendo sua relação com quem cuida e a superação dos problemas.

Quando Spink<sup>10</sup> apresenta a desconstrução por Ibáñez, de pressupostos básicos da atividade científica: ontológicos, epistemológicos, metodológicos e sobre a natureza humana, aponta que para o CS nada existe naturalmente, não há representação da realidade a partir do conhecimento, a verdade é uma produção social e que a metodologia também é uma construção decorrente da prática. A verdade é assim única e múltipla, dependendo da posição que assumimos, e ela responde às características específicas de atores com características e inserção social, histórico e cultural, também específicos.

Precisamos então pensar novas maneiras de desenvolver nosso trabalho em saúde que supere a fragmentação, e uma proposta à atenção está na articulação em rede com permanente reflexão e observação aos contextos micro – local, e macro – sistema, oportunizando integração para o alcance da integralidade, que merece ser tema nos processos de gestão e nos lugares de encontro de trabalhadores e usuários<sup>83</sup>. A boa comunicação possibilita a ação e o alcance da integralidade através da equipe multiprofissional e seu entendimento para a ação, dependendo sim de outros atores, que podem ser acessados na rede ampliada de serviços de saúde, além da ABS, e também em outros setores.

A integralidade está então condicionada à articulação e trabalho compartilhado na rede de atenção à saúde, mas também com outros setores e serviços, o que é estímulo para a busca por diálogo contínuo com aqueles que complementam o trabalho da equipe de saúde.

Além disso, há recursos na equipe multiprofissional para ampliar a construção de conhecimento conjunto e a ação integral. Na proposta do MS a humanização das relações nos serviços tem esse papel, incluindo novos instrumentos para o cuidado e propondo o equilíbrio de

poder nas relações<sup>80</sup>. Nesta proposta, voltamos à clínica ampliada, que valoriza a complexidade do trabalho em saúde e se apresenta como uma ferramenta para que a interdisciplinaridade e integralidade do cuidado em saúde sejam possíveis, valorizando o processo contínuo de relação entre os trabalhadores e destes com os usuários, de forma horizontal, participativa e contínua, tendo em cada indivíduo, na família e na comunidade, o objeto de trabalho dos profissionais de saúde, em uma responsabilização de pessoas por pessoas<sup>80</sup>.

A Clínica Ampliada pretendida pela humanização sugere o apoio matricial, através de ferramentas como o atendimento conjunto e a discussão de casos em reuniões de equipe, com formulação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), para apoio à qualificação das equipes e a construção da rede assistencial, tendo nos NASF essa proposta de atuação<sup>80</sup>.

Desde 2008 o apoio matricial vem sendo desenvolvido pelos profissionais do NASF às equipes de SF, de forma a complementar o trabalho das equipes de referência e avançar na integralidade do cuidado em saúde, através de integração dialógica entre os distintos saberes<sup>2</sup>. Assim, de acordo com Campos e Domitti, através do apoio matricial se constrói espaço de comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento, de forma a integrar as equipes para a construção da atenção em saúde<sup>2</sup>.

O apoio matricial é base do trabalho do NASF, e tornou-se visível a partir destes. O apoio é assistencial e técnico-pedagógico às equipes de ESF, de forma a qualificar seu trabalho na ABS, aumentando a comunicação e a horizontalidade na equipe de ABS, tornando a interdisciplinaridade mais concreta para o cuidado integral<sup>2</sup>.

Da mesma forma que o apoio aumenta a comunicação, é otimizado por ela, a medida que se consolida através de espaços de diálogo e construção coletiva. “Apoiar implica a tentativa de aumentar a capacidade de os sujeitos lidarem com o poder, os afetos e o saber” através de relações construtivas entre todos os atores que pensam e executam as ações para a promoção da saúde<sup>2:89</sup>.

“O apoio é dinâmico e depende de relações interpessoais” que estão presentes no processo de trabalho interdisciplinar das equipes, sofrendo influências da forma como ocorrem os conflitos, o manejo das críticas e a tomada de decisões de forma compartilhada, mas prevendo relações horizontais entre os profissionais e em todos os processos nos serviços de assistência à saúde, sendo, portanto, uma escolha trabalhar com ele de forma interdisciplinar para alcançar o cuidado integral<sup>85:404</sup>.

As duas dimensões do apoio matricial que podem ser desenvolvidas pelo NASF a partir da pactuação clara entre os profissionais, são descritas por Lacerda e Moretti-Pires<sup>2</sup> como: técnico-pedagógica – para o desenvolvimento de competência e educação permanente dos profissionais das equipes vinculadas, buscando ampliar a capacidade e autonomia das equipes para produzir cuidado através da construção de um campo de conhecimento para atuação integral e resolutiva na ABS; e, assistencial – de atuação clínica direta pelos profissionais do NASF quando a as equipes de ESF ou ABS identificarem como necessário o encaminhamento para a oferta de cuidado resolutivo, atentando para que haja integração e interação entre os profissionais.

Durante esta pesquisa, pude perceber que a boa comunicação presente na equipe favorece o apoio. Além dos espaços sistematizados para EPS e discussão de casos nas reuniões, a facilidade de acesso entre os membros da equipe, pela proximidade física e liberdade para conversar, permite que cotidianamente, durante o processo de trabalho, sejam estabelecidos contatos buscando apoio quando há dificuldades no manejo das diversas situações para o cuidado dos usuários e organização dos serviços.

A metodologia de trabalho proposta pelo apoio matricial na saúde, garante retaguarda de profissionais especializados à equipe, oferecendo apoio técnico-pedagógico e assistencial, de acordo com diretrizes pactuadas no serviço<sup>85</sup>. “O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”<sup>85:401</sup>.

A equipe de apoio matricial realiza também a articulação das equipes de ABS com suas equipes de referência, no nível especializado, potencializando o trabalho e os efeitos sobre o cuidado dos indivíduos e planejando de forma integrada os projetos terapêuticos, através de encontros ou contatos sempre que necessário, pelas diversas vias de comunicação possíveis – e-mail, telefone, contato pessoal<sup>85</sup>. Os profissionais do NASF são assim caminho para favorecer a intersetorialidade.

O apoio matricial ainda é pouco discutido na formação profissional o que contribui para a dificuldade do trabalho nessa perspectiva e desafio para a construção dessa relação interdisciplinar e estruturação do trabalho com as equipes<sup>2</sup>, mas algumas estratégias são possíveis para que se superem as dificuldades, como as reuniões de equipe – espaço de diálogo com clima fraterno onde todos têm direito a

voz, e os PTS – para compreensão dos casos e definição de propostas de ações<sup>34</sup>.

Utilizar esses recursos pode facilitar a comunicação, sendo possível que cada equipe crie diferentes maneiras de se organizar para que as conversas sejam possíveis.

As reuniões de equipes são um espaço de pactuação e repactuação entre os diversos profissionais da equipe e garantem espaço para a discussão e planejamento da atenção compartilhada e desenvolvimento das ações de apoio entre as equipes, sendo importante que o cronograma de datas e horários seja planejado para que todos os profissionais possam participar periodicamente<sup>2</sup>. O PTS possibilita articulação da equipe para propor os cuidados e respostas mais eficazes aos problemas de indivíduos, famílias ou grupos<sup>80</sup>.

Na reunião de equipe o espaço para falar é de todos, que compartilham o protagonismo na construção criativa do cuidado e das relações, em um clima fraterno, de cordialidade e respeito<sup>80</sup>. Alguns facilitadores podem ser pensados como os estabelecidos e mencionados pelos protagonistas deste estudo: procurar os colegas em suas salas para conversar, trocar bilhetes e telefonemas, promover ações que ampliem a cumplicidade e oportunizem a comunicação, por exemplo, através do olhar.

“Espaços de troca e compartilhamento de saberes e conhecimento entre os diferentes profissionais podem gerar novas formas de entender e praticar saúde”, assim como a interdisciplinaridade acontece quando são superadas as barreiras entre as diferentes abordagens em busca do olhar integral para a saúde, através de um projeto de atuação que seja acordado entre todos na equipe<sup>2:35</sup>.

Além do apoio assistencial, o apoio matricial tem também caráter formador através do apoio pedagógico para complementação de saberes e ampliação da capacidade resolutiva dos profissionais nas equipes. Para isso, a EPS no contexto da ABS passa pelo reconhecimento do território para agir sobre ele, respondendo aos seus problemas, através do fortalecimento dos profissionais que atuam nesse contexto. As dificuldades e necessidades sempre nascem da realidade da equipe e da articulação com usuários e gestão.

Os ACS são os principais elos de ligação da equipe com o território. Conforme apontado nas histórias relatadas por alguns protagonistas desse estudo, o reconhecimento de situações de risco por eles, apontado nos espaços de comunicação com a equipe, favorece o apoio para planejamento do cuidado de forma que cada profissional se

sinta seguro para agir.

Para que aconteça, a EPS precisa partir do pressuposto da aprendizagem com significados, promovendo e produzindo sentidos para todos os seus protagonistas, a partir do olhar crítico sobre como se organiza a construção de novas possibilidades, consistindo assim em aprendizagem a partir do trabalho que integra saber e ensinar<sup>2</sup>. E nesse processo os profissionais do NASF são fundamentais, como bem disseram vários dos protagonistas desse estudo durante nossa pesquisa.

Se o apoio matricial acontecer com ações compartilhadas e interdisciplinares, com as equipes de ESF ou ABS mantendo-se responsáveis pelo cuidado da população adscrita, pode, dessa forma, superar a verticalização dentro dos serviços de saúde, superando o modelo vigente de organização e respondendo às necessidades de cada grupo<sup>2</sup>, em uma perspectiva que caminha para a valorização social, histórica e cultural em diferentes contextos, que podem ser guiados por políticas gerais, mas que exigem ser específicas.

Com a realização do apoio matricial o trabalho interdisciplinar torna-se mais possível, graças a possibilidade de agregar saberes e resolver os problemas de saúde em conjunto, estando sua potência no encontro da equipe de referência com a equipe que executa o apoio e “essa potência depende da qualidade do encontro que ambos desejam realizar, mas também daqueles que o serviço permite realizar”, exercendo as ações de formas diversas, em resposta às especificidades locais e de cada demanda<sup>2:90</sup>.

Em 2013 o MS publicou a Portaria de nº.2.761, instituindo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), com a proposta de valorização do diálogo para a construção de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde pela interação dos diversos saberes. A PNEPS-SUS se orienta pelos princípios do diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular, e tem como eixos estratégicos a participação, controle social e gestão participativa; a formação, comunicação e produção de conhecimento; o cuidado em saúde; e, a intersetorialidade e diálogos multiculturais<sup>86</sup>. A proposta da educação popular vai ao encontro do discurso construcionista social e do discurso construído ao longo desse trabalho sobre boa comunicação em equipe de saúde. A valorização do contexto, do saber do outro, da produção do cuidado a partir de processos comunicacionais e da coletividade, que começa com a relação da equipe e reflete no cuidado

de qualidade ao usuário.

Cabe destacar que ter espaços conquistados e instituídos para realizar as ações de apoio matricial na ABS é determinante para o alcance dos princípios e diretrizes que a caracterizam pela proposta do MS, e quando a gestão apoia esses espaços a comunicação é facilitada e os objetivos mais facilmente atingidos. Quando o relacionamento entre os integrantes da equipe é bom, o processo de construção é ainda mais estimulante, pois responde aos interesses de todos e de cada um.

Nesse ponto, destaco o que nesse trabalho, chamo de intersubjetividade. O tema intersubjetividade surgiu em vários campos, não totalmente correlacionados – filosofia, investigação da relação mãe-bebê, teoria psicanalítica, e ainda há pouco diálogo entre as diversas formas de abordá-lo<sup>87</sup>. Mas nesse trabalho busco sua articulação com a saúde, assumindo a intersubjetividade como possível na relação e interação entre os componentes da equipe para o trabalho em saúde, que é mediado pela comunicação, e promove, de acordo com Ayres, a construção das identidades a partir da interação subjetiva e transformadora nas experiências de encontro entre diferentes atores<sup>88</sup>. Junto com a proposta de intersubjetividade, que valoriza a questão humana para a produção do trabalho em saúde, abordando tanto a relação profissional-usuário como profissional-profissional, a comunicação aparece como outra dimensão no processo de trabalho em saúde, importante para o protagonismo dos profissionais<sup>88</sup>.

A intersubjetividade é uma forma de significar a relação de interação entre os protagonistas da equipe estudada, que constroem juntos seu trabalho de saúde e que valorizaram, durante todo o percurso de trabalho juntos para este estudo, os discursos em que apontavam as relações de amizade e respeito ao outro para que a boa comunicação e os bons resultados acontecessem a partir das ações desenvolvidas pela equipe.

O tempo de convivência e a pouca rotatividade no quadro de profissionais, percebida na equipe, pode ser fator contributivo para o caráter relacional de vínculo e amizade no grupo, que vai além do trabalho, inclusive com várias referências dos protagonistas à equipe como família. Apesar disso, ficou fortemente marcada a dificuldade declarada de alinhar os objetivos da nova gestão com os da equipe que já atuava à frente da saúde no município, sendo relatadas falhas no processo de comunicação por falta de repasse de informações importantes, tornando frágil o vínculo devido quebras de confiança no cuidado aos usuários.

Para o CS os conflitos estão sempre presentes, e podem ser originados no processo de produção de sentidos, sendo a linguagem, a partir do diálogo, o espaço para possibilitar a convivência e respeito aos diferentes entendimentos, sem preocupar-se com certo ou errado, mas com a construção de soluções que façam convergir diferentes verdades<sup>47</sup>.

Os conflitos podem decorrer de diferentes ideias, percepções ou emoções, sendo parte da convivência humana no cotidiano, mas são mais fáceis de ser solucionados quando há compreensão dos diferentes pontos de vista e respeito, apesar de discordância; e isso depende da capacidade de relacionamento com o outro e do entendimento que a melhor comunicação leva em conta todo o contexto e a aprendizagem conjunta entre quem se comunica<sup>74</sup>. Reforços positivos, através de retornos de situações percebidas como convergentes, podem facilitar a demonstração de respeito e valorização do outro, de suas ações e opiniões. Foram relatadas situações pelos participantes em que houve movimentos para promover alinhamento de idéias e objetivos. A equipe referiu ainda que já houve melhora com o passar do tempo e maior identificação do perfil da equipe à gestão.

O acolhimento do outro não passa pela concordância de ideias, mas pela aceitação delas, mesmo que diferentes, permitindo a formação de vínculo. Vínculo esse pouco trabalhado levando em conta a relação profissional – profissional, mas sempre apontado na relação profissional – usuário. Assim, uma proposta é passarmos a olhar mais para a relação entre os integrantes da equipe e qualificá-la para permitir maior qualidade na relação desta com seus usuários.

Entendo que o vínculo contemple uma relação próxima, clara, onde há sensibilização – pelo e com o outro, de forma que supere burocracias e mecanicidade, e que na relação entre protagonistas de uma mesma equipe, a sensibilidade na relação, a confiança e o respeito para com o outro são centrais para a formação do vínculo.

Reforço o que já abordei anteriormente que outros profissionais sentiram dificuldade de ser aceitos ao iniciar o trabalho na equipe. Levando em conta a mudança de gestão, que compreende cargos de liderança, esse processo fica ainda mais dificultado.

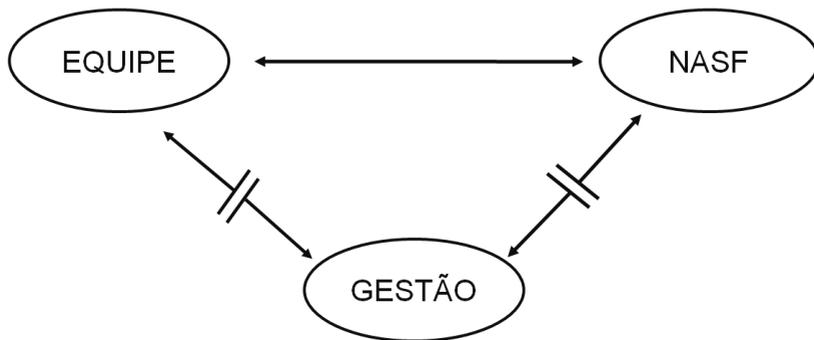
A formação de vínculo é processual e dialógica<sup>89</sup> e caracteriza-se pela relação de confiança que se estabelece<sup>16</sup>. Portanto, a criação de vínculo passa a não ser simplesmente uma questão ética, mas, sobretudo, terapêutica e resolutive para os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços.

Deslandes e Mitre<sup>55</sup> destacam que a definição de humanização utilizada em saúde pela Política Nacional de Humanização (PNH) de 2004, tem na valorização de trabalhadores, usuários e gestores como protagonistas na produção de saúde, sua principal diretriz, dando atenção, dentre outras coisas, à melhoria das condições de trabalho e apoio à formação de vínculo e respeito ao indivíduo, apontando a comunicação e o diálogo como primordiais para, inclusive, superar desafios éticos na construção do cuidado. O processo comunicacional é assim entendido como espaço de produção de entendimento e potencialização das relações.

O pensamento de que o profissional de saúde não pode se envolver demais com seus pacientes e com os seus problemas, ensinado nos cursos da área da saúde, fez com que os serviços burocratizassem o trabalho em saúde, tornando-o impessoal e pouco resolutivo, tornando necessário aumentar a capacidade de vínculo entre profissionais e usuários para fazer também da ABS a escolha prioritária pela população.

Na figura 3 apresento uma ilustração da minha construção sobre a fragilidade da comunicação entre as equipes de ESF e NASF com a gestão.

**Figura 3:** A comunicação entre ESF, NASF e gestão.



**Fonte:** Elaborado pela autora.

A mudança dos profissionais na equipe pode gerar a quebra no seguimento das ações desenvolvidas. Apesar disso, todos os integrantes da equipe que participaram da pesquisa disseram ser importantes e sentir-se incluídos e os que chegaram de outras equipes, trabalhos e municípios perceberam logo a boa comunicação e a diferença que faz no

serviço, mencionando que a comunicação com os colegas melhorou quando os laços de confiança e amizade se construíram. Apontam assim a boa comunicação como decorrente da amizade, confiança e vínculo, porque sentem-se livres para conversar e discutir todos os assuntos, certos de que serão compreendidos.

Produzir sentidos, a partir do CS, empodera os diferentes protagonistas para a construção de realidades que não são únicas e que não podem ser representadas pela ciência, porque não há verdade absoluta. Assim, não há representação, o conhecimento é construído pelas pessoas em relação e é esse conhecimento socialmente produzido que constrói objetos e sujeitos<sup>10</sup>. Portanto, entendo que o sentido construído pelos protagonistas desse trabalho reflete o que almejam para sua vida e seu trabalho e a valorização desde.

O emprego da IA é uma experiência de interações que torna possível a construção colaborativa que evidencia as melhores práticas de comunicação na equipe, inspirando para a construção de significados e sentidos coletivos que sejam fruto de interesses e ideais comuns e que culminem com um serviço ainda mais humano e soluções para o trabalho<sup>5</sup>.

A IA permitiu-nos durante o percurso de construção da pesquisa, pensar a organização da equipe de forma a explorar um dos aspectos que ela tem de melhor, construindo o discurso de boa comunicação a partir de um olhar apreciativo, que ao invés de se restringir à resolução de problemas, oportunizou reflexões sobre aspectos que dão certo, abrindo caminho para a valorização do grupo e dos efeitos de suas ações.

As relações sociais estabelecidas tem poder para criar um mundo diferente e que torna-se real porque há concordância entre os que dele participam<sup>47</sup>.

## CONSIDERANDO A FINALIZAÇÃO

A linguagem que expressa a compreensão do grupo sobre o que representa a boa comunicação entre eles, constrói a realidade em que atuam<sup>10</sup>. Trata-se de um grupo onde a proximidade física e pessoal é facilitadora e potencializa o desenvolvimento da boa comunicação.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, um dos objetivos da IA foi atingido – o de que trabalhar com tópicos afirmativos valoriza a atuação e cria confiança, pois os laços e vínculos entre os participantes integrantes da equipe se solidificaram. Além disso, parar para refletir sobre um aspecto apontado como bom no contexto relacional e do trabalho em equipe, oportunizou uma outra forma de olhar para o serviço com a construção de um discurso do grupo que apontou a postura de colaboração para o alcance do que entendem como o melhor.

Com um resgate ao passado e valorização das experiências e suas possibilidades de transformações para o melhor, a IA deu espaço para todos serem protagonistas no processo de mudança, empoderando para a construção da realidade em que atuam, incorporando a postura em busca do sucesso e do que é bom, sem desconsiderar o que não é bom. A IA foi uma tecnologia facilitadora para o desenvolvimento deste estudo, apesar de ter sido um desafio para eu desenvolver, pela primeira vez, um estudo empírico construcionista social, o que tem sido um exercício de reconstrução da minha visão acadêmica limitada e imersa no paradigma positivista, mas também inspirador e instigante.

O emprego da IA a partir da postura construcionista social, permitiu que a equipe falasse sobre a boa comunicação, mas mais do que isso, quando as palavras eleitas para discorrer sobre o tema apontaram para o relacionamento da equipe, foi possível construir uma identidade do grupo com a expressão do sentimento de pertencimento e valorização das relações que possuem.

Ao optar por desenvolver o trabalho utilizando apenas uma das fases da proposta da IA, não pude responder a todas as demandas da equipe, que ao solicitar auxílio para qualificar os registros da comunicação, demonstrou ter um ideal de boa comunicação superior ao que já realizam. Para não deixá-los sem resposta, elaborei uma carta de sugestões com possíveis caminhos para sistematizar a comunicação sem

torná-la burocrática ao ponto de criar obstáculos entre os profissionais.

O trabalho é um local onde passamos grande parte de nosso tempo. É onde há interação, expressão, desenvolvimento de habilidades. O trabalho em saúde é extenuante e cercado de situações conflitantes e negativas, tornando ainda mais importante que o ambiente organizacional seja estimulante e agradável. Mas percebo que a equipe protagonista desse estudo desenvolveu formas de tornar esse trabalho espaço de realização e significação em suas vidas, e cada um dos novos integrantes acaba sendo levado a atuar da mesma forma.

A boa comunicação é uma condição para essa intersubjetividade no trabalho e um caminho para alcançarmos as respostas à complexidade da realidade em saúde. Uma comunicação que além da transmissão de informações entre profissionais e destes com seus usuários, seja construída pelas relações estabelecidas e que por essas seja qualificada e potencializada.

Saúde não se faz em um consultório fechado prescrevendo medicações a partir de diagnósticos de doenças. Saúde se faz na comunidade, com o usuário e sua família, se faz em equipe, construindo coletivamente sentidos e possibilidades. E a boa comunicação oferece caminho para alcançar esse olhar ampliado para a saúde, de forma a produzir respostas resolutivas aos problemas, mas principalmente, para pensar além deles.

Meu entendimento sobre a interdisciplinaridade reflete uma característica que percebi muito forte no grupo: nenhum se percebe, individualmente, capaz de dar conta sozinho dos cuidados à saúde e oferta de serviços. Entendo assim que a boa comunicação, presente nesta equipe, possibilita que desenvolvam o trabalho interdisciplinar, favorecendo o cuidado integral à saúde de seus usuários, promovendo satisfação da equipe e de quem cuidam.

Para pensar a boa comunicação como possibilidade para fazer saúde integral, com interdisciplinaridade, acredito que precisamos ampliar o questionamento acerca da formação dos protagonistas desse processo, desde sua formação acadêmica. Pensar a formação profissional é primordial para que possamos implementar a interdisciplinaridade no cotidiano das equipes de saúde. Este campo não foi contemplado nesse estudo, sendo uma possibilidade para ampliação da pesquisa.

O advento do CS e das práticas apreciativas está intimamente relacionado ao planejamento estratégico participativo amplamente utilizado (ou pelo menos discutido e aspirado) no campo da saúde,

sendo necessários novos estudos para ampliar a reflexão a respeito.

Ainda, pensar o discurso construcionista social no trabalho na ABS permite pensar diferentes possibilidades de trabalho a partir de protocolos, permitindo formas diferentes de atuar no modelo rígido que envolve o SUS. A boa comunicação poderá então ser pensada de forma mais leve e adaptada ao contexto de cada equipe, introduzindo formas de registrar as ações realizadas. A comunicação na equipe poderá assim responder às suas necessidades e interesses, a medida que também constrói a forma como a comunidade vai receber e significar essa atuação, respondendo a ela com satisfação e boa comunicação.

Durante esses dois anos de estudo para a construção dessa dissertação, ao buscar referências sobre a comunicação entre os profissionais das equipes de saúde, além de encontrar limitada produção teórica, percebi que a produção de conhecimento abordando a relação interpessoal entre os profissionais é pequena. Nesse contexto, fica o convite para novos estudos que abordem o relacionamento entre os profissionais que compõem as equipes e as estratégias construídas para qualificar seu trabalho.

Não posso afirmar com a construção desse estudo, que a equipe de saúde de Alto Bela Vista tenha superado o modelo de saúde médico centrado, focado na doença, mas me arrisco a dizer que já aponta para a mudança, onde o médico é um dos profissionais que compõe a equipe de saúde e a doença é um dos aspectos relacionados à saúde.

Para mim, além da oportunidade de desenvolver este trabalho como parte do percurso para conquistar o título de Mestre em Saúde Coletiva, tive a oportunidade de estar por muitos dias vivendo a realidade do município onde passei minha infância, encontrando pessoas, lugares, lembranças. Quando realizava as entrevistas individuais, durante toda a semana pude ouvir o sino da Igreja e recordar minha família e minha vó, que por toda a vida fez o sino badalar três vezes por dia. Posso dizer que foi um misto de emoções, aprendizagens, construções e reconstruções e que reafirmei em mim o desejo de ser sanitarista (apesar de detestar esse termo), reconhecendo em experiências bem sucedidas como a aqui descrita, o sentido de se fazer saúde.



## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família: equipes de saúde. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 11 maio 2013.
2. LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. Eixo II - O trabalho na Atenção Básica: processo de trabalho na atenção básica. In: UNASUS/UFSC. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC; 2013. p. 11-94.
3. CORRADI-WEBSTER, C. M. **Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres**: discursos e histórias. 2009. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2009.
4. MINAYO, M. C. S.; *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. Capítulo 2. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1992. p. 71-103.
5. DUTRA, M. C. **Comunicação e trabalho**: as (im)possibilidades da investigação apreciativa. 2010. 229p. Tese (Doutorado)- Faculdade de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
6. MOSCHETA, M. S. Disciplina Contribuições do Construcionismo Social para a Pesquisa em Saúde. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.
7. ALTO BELA VISTA (Município). Histórico do Município. 2014. Disponível em: <[http://www.altobelavista.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/24614#.VAzA4fldU\\_Q](http://www.altobelavista.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/24614#.VAzA4fldU_Q)>. Acesso em: 20 março 2014/.

8. IBGE. Cidades. Santa Catarina, Alto Bela Vista. 2014. Disponível em:  
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420075&search=santa-catarina|alto-bela-vista>>. Acesso em: 20 março 2014.
9. SANTA CATARINA. Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica em Santa Catarina: Municípios premiados de 2008-2013. Atenção Básica: acompanhamento e avaliação, 2013. Disponível em:  
<[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1406%3AAvaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-proequipes-de-SF&catid=458&Itemid=464](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1406%3AAvaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-proequipes-de-SF&catid=458&Itemid=464)>. Acesso em: 09 março 2014.
10. SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 de Setembro de 1990. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25 maio 2013.
- 12 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em:  
<[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2013.
13. ESCOREL, S.; *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica/Pan. Am. J. Public. Health.** v. 21, n. 2, p.164-73, 2007.
14. VILELA E SOUZA, L.; MOSCHETA, M. S. Client-professional communication and health assistance in Brazil: Social construction as resource for transformative actions. **Electr. J. Commun. / Rev.**

- Electron. Commun.** v. 22, n. 3 & 4, p. 2012. Disponível em: <<http://www.cios.org/www/ejc/v22n34toc.htm#souzaandmoschetafr>>. Acesso em: 26 maio 2013.
15. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; MS, 2004.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde; v. 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 26 junho 2014.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (EQUIPES DE SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 de Outubro de 2011, Seção 1, p. 48, Col. 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 22 maio 2013.
18. MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 14, Suppl 1, p. 1493-97, 2009.
19. 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.** v. 20, n. 2, p. 438-46, 2004.
20. NORONHA, M. G. R. C. S.; LIMA FILHO, D. L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 16, n. 3, p. 1745-54, 2011.
21. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde Debate.** v. 27, n. 65, Ano XXVII, 2003. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnic](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnic)>

- a\_do\_trabalho\_emerson\_merhy\_tulio\_franco.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2013.
22. GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na Estratégia Saúde da Família. **Saudesoc**. v. 20, n. 4, p. 1005-17, 2011.
23. BRASIL. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica**. Núcleos de apoio à Saúde da Família. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq\\_nasf.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf)>. Acesso em: 27 junho 2013.
24. NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**. 2010; 34(1): 92-6.
25. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. Material produzido para a EPJV / FIOCRUZ. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf> [acesso 08 junho 2013].
26. MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arq. Catarinen. Med**. v. 39, n. 1, p. 89-96, 2010.
27. LOCH-NECKEL, G.; *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 14, Supl. 1, p. 1463-72, 2009.
28. MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.
29. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

30. FORTUNA, C. M.; *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 262-8, Mar./Abr. 2005.
31. CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
32. SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**. v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.
33. ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, Debates, p. 150-3, 2001.
34. CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
35. PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2000. p. 45-50. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf>> . Acesso em: 16 fevereiro 2013.
36. SHINN, T. Desencantamento da modernidade e da pós-modernidade: diferenciação, fragmentação e a matriz de entrelaçamento. **Sci. Stud.** v. 6, n. 1, p. 43-81, 2008.
37. IBÁÑEZ, T. **Municiones para disidentes: realidad, verdad, política**. Barcelona, España: Gedisa, 2001.
38. MOSCHETA, M. S. **Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. 2011. Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto,

- Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2011.
39. TENÓRIO, F. G. A modernidade e a pós-modernidade servidas em dois jantares. **Cad. EBAPE. BR.** v. 7, n. 3, p. 472-91, 2009.
40. JAMESON, F. **A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ática, 1997.
41. SOUZA, E. M. Pós-modernidade nos estudos organizacionais: equívocos, antagonismos e dilemas. **Cad. EBAPE. BR.** v. 10, n. 2, p. 270-83, 2012.
42. GUERRERO, A. B. Condición postmoderna y esbozo de una nueva pedagogía emancipatoria. Un pensamiento diferente para el siglo XXI. **Rev. Estud. Soc.** n. 42, p. 27-39, 2012.
43. BURR, V. **Social constructionism**. 2. ed. New York: Routledge, 2003. 225p.
44. MCNAMEE, S. Research as social construction: TransformativeInquiry. **Sau. &Transf. Soc.** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 9-19, 2010. Disponível em: <[http://pubpages.unh.edu/~smcnamee/research/Research\\_as\\_SC\\_\(Brazil\).pdf](http://pubpages.unh.edu/~smcnamee/research/Research_as_SC_(Brazil).pdf)>. Acesso em: 25 maio 2013.
45. GERGEN, K. J. O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**. v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299/10807>>. Acesso em: 24 maio 2013.
46. PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. 2011. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
47. GERGEN, K. J.; GERGEN, M. **Construcionismo social**: um convite ao diálogo. Tradução Gabriel Fairman. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010, 118p.

48. DOMÈNECH, M.; IBÁÑEZ, T. La psicología social como crítica. **Anthropos177: Psicología Social, una visión crítica e histórica.** Barcelona, p. 13-21, 1998.
49. HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. **Teorias de Comunicação: conceitos, escolas e tendências.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
50. ALVES, M. A. O teatro como um sistema de comunicação. **Trans/Form/Ação.** v. 24, n. 1, p. 85-90, 2001.
51. GIDDENS, A. **Sociologia.** 6.ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 847p.
52. HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo 1: racionalidade da ação e racionalização social.** Tradução Paulo de AstorSoethe. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 704p.
53. NOBRE, M. (Org.). **Curso livre de teoria crítica.** Campinas (SP): Papyrus, 2008.
54. PEDUZZI, M.; *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis.** v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.
55. DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu).** v. 13, Suppl. 1, p. 641-9, 2009.
56. RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M. M.; BELENS, A. J. Comunicação e saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIN, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 625-37.
57. DONATO, A. F.; GOMES, A. L. Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde: Comunicação e Saúde.** v. 12, n. 1, p. 37-43, 2010.
58. ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Saúde da família: mudando

- práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 14, Suppl. 1, p. 1439-52, 2009.
59. SILVA, L. A. V. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüísticabakhtiniana. **Interface (Botucatu)**. v. 7, n. 13, p. 135-46, 2003.
60. CORREA, G. T.; RIBEIRO, V. M. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 16, n. 41, p. 331-42, 2012.
61. RIBEIRO, C. B.; CRUZ, A. P. C.; MARÍNGOLO, A. C. P. Comunicação em saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. 3º SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS: Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <[http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE\\_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf](http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf)>. Acesso em: 06 junho 2014.
62. PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
63. ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 152 p.
64. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf)>. Acesso em: 28 março 2014.
65. VILELA E SOUZA, L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A.

- Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia&Sociedade**. v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.
66. VALENÇA, A. C. **Mediação**: método da investigação apreciativa da ação-na-ação – teoria e prática de consultoria reflexiva. Recife: Bagaço, 2007.
67. COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa**: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Qualitymark, 2006.
68. JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde Transform. Soc**. v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.
69. VILELA E SOUZA, L.; SANTOS, M. A. Processo grupal e a atuação do psicólogo na Atenção Primária à Saúde. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n. 3, p. 388-95, 2012.
70. RAZZOLINI FILHO, E.; *et al.* A investigação apreciativa como uma ferramenta para a construção da estratégia organizacional. **Revista Organização Sistêmica**. v. 4, n. 2, p. 180-206, 2013.
71. CAMARGO-BORGES, C. O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas. 2007. 207p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Rio Preto, 2007.
72. MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Inclusão e o desafio de criar formas de investigação colaborativas: um relato de experiência. **Sau. &Transf. Soc**. v. 1, n. 1, p. 154-9, 2010.
73. BORGES, R.; DOHN, M. O trabalho de equipe interdisciplinar. In: D'ACAMPORA, G. A. J.; CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica**: assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina; 2006. p.129-39.
74. SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. 2000?. Disponível em:  
<<http://www.ciape.org.br/matdidatico/enfermagem/anadias/papel.pdf>

- >. Acesso em: 06 junho 2014.
75. CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.
76. SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.
77. POLI NETO, P. A intersetorialidade na saúde. In: D'ACAMPORA, G. A. J.; CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica: assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 140-6.
78. CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
79. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
80. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: MS, 2009. 64 p. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 26 junho 2014.
81. CUTOLO, L. R. A. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Org.). **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2007. p.17-26.
82. SAUPE, R.; *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Org.). **Interdisciplinaridade e saúde**. Itajaí: UNIVALI, 2005. p.17-26.
83. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito

- estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p.113-26.
84. MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p.39-64.
85. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
86. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 03 de dezembro de 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 08 julho 2014.
87. PIVA, A.; *et al.* Origens do conceito de Intersubjetividade: uma trajetória entre a filosofia e a psicanálise contemporânea. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**. Porto Alegre, n. 09, p. 71-91, jan./jun. 2010.
88. CARVALHO, B. G.; *et al.* Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, [08 telas], 2012.
89. MAEYAMA, M. A. Os Caminhos do Acolhimento. In: MAEYAMA, M. A. (Org.). **A Construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas**. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p.46.



## APÊNDICES



## **Apêndice A – Roteiro de Perguntas para Entrevistas Individuais**

(Reforçar a proposta do estudo e a escolha pela Boa Comunicação)

### Quanto ao Tema:

“Como você descreve a comunicação entre os profissionais de sua equipe?”

“Pensando na comunicação de vocês, você se lembra de algum momento em que você se deu conta ou percebeu a importância da comunicação no trabalho de vocês?”

“Que história você poderia me contar que me ajudaria a entender algum momento em que você percebeu que vocês se comunicam bem?”

“Você está disposto a dividir a história que você me contou com o grupo?” (“Porque vou abordar novamente essa pergunta no encontro com o grupo”)

### Sobre o grupo:

“Como você se sente em situações de grupo?”

“A sua voz é uma voz importante para nós, então, de que forma eu posso contribuir para que você se sinta a vontade para falar e contribuir para esse momento?”

*Para quem ocupa cargo de liderança:* “Levando em conta seu cargo de liderança perante a equipe, de que forma você pode contribuir para que todos se sintam a vontade?”

### Em relação ao processo:

“Fale sobre quem você é e quem você é na equipe.”

“O que precisa haver no momento de entrevista em grupo para que você se sinta bem e incluído?”

“De que forma você entende que poderá contribuir com este estudo?”

“Para que a conversa aconteça da melhor forma, que voz você precisa deixar em casa?”

“Imagine que fizemos a conversa junto com o grupo e você está voltando para casa depois dela, convicto de que a conversa foi ótima e proveitosa. O que aconteceu no encontro que te faz sentir assim?”

“O que você espera de mim enquanto pesquisadora na condução do estudo?”

## Apêndice B – Roteiro de Perguntas para Entrevistas com o Grupo

### Encontro de grupo 1:

(“Iniciar com a síntese das entrevistas – sobre o tema e os interesses em participar e terminar com a síntese de regras, solicitando que concordem ou não – Produzir interesse e motivação. Observar a presença de alguém que não participou das entrevistas individuais e incluir no grupo, deixar claro que eu sei que não esteve presente na entrevista, falar que o que vou apresentar é uma síntese das entrevistas individuais e que pode localizá-la no encontro com o grupo; ainda, que sua participação é importante e pedir que ouça e sintam-se muito a vontade para fazer inclusões ou perguntas se desejarem.”)

1. Síntese geral do que me falaram sobre como é a comunicação no grupo: De forma geral a comunicação foi apontada pelo grupo como Boa, onde todos têm espaço, são ouvidos e são importantes, ressaltando as reuniões de segundas-feiras e mensais, a comunicação por bilhetes, telefone e individualmente pela proximidade entre todos, a forma como a equipe se ajuda, conversa, interage, tira dúvidas, não deixam o outro sem resposta e comunicam-se muito de forma não verbal (olhar), e algo que muitos colocaram sobre a amizade na equipe, que vai além do trabalho, e a equipe como família, onde ninguém está sozinho, refletindo também nos resultados com a população e comunicação com esta.

Aspectos que me chamaram atenção sobre quem são enquanto equipe: Interesse em se aperfeiçoar; Atenção ao processo de comunicação; Pedido recorrente de que eu apresente os aspectos problemáticos: esse pedido, eu entendo que tem relação com três aspectos: cultura (com tendência ao perfeccionismo), cultura e tradição do trabalho em saúde focalizado no problema; e, o principal é a inquietação da equipe em relação ao trabalho e sua qualidade.

E aí eu pergunto: Vocês também se vêem assim? Faz sentido para vocês isso que eu estou falando? Vocês em algum momento já se perceberam dessa forma? E aí eu preciso dizer que nesse momento eu não posso responder isso, porque esse pedido vai em direção oposta ao que eu me pergunto enquanto pesquisadora, que é: O que há nessa equipe que faz ela se comunicar bem? Então, não sei se no decorrer da pesquisa vou conseguir responder a essas questões, mas posso incluir ao final dos nossos encontros em grupo, um espaço para pensarmos onde queremos nos desenvolver mais, pois eu entendo que isso é importante para vocês e também é importante para mim, e daremos atenção a isso em um próximo

momento. O que eu estou fazendo é uma escolha metodológica, mas não significa que vocês não tenham problemas. Descobrimo o que vocês tem de melhor, vocês podem identificar onde podem ser ainda melhores. (Nós queremos a mesma coisa, porém, por caminhos diferentes – eles problemas, eu recursos).

Sobre a questão da formalização que muitos me trouxeram, ela foi registrada, mas vou pedir licença a vocês para esperar o final dos nossos momentos de grupo para reavaliarmos o pedido, pois ele pode ser respondido durante nossos encontros, pode ser desfeito ou pode demandar outra modalidade de conversa.

2. Regras e expectativas para que o momento em grupo faça todos se sentirem bem, incluídos e a vontade para participar: Deixar em casa problemas pessoais e familiares, o que não é do trabalho, timidez, receio de não ser entendido ou levado a sério, o que tira a concentração e dispersa, cansaço e pensamentos ruins, preocupações do dia-a-dia. Mas também há colegas que entendem que não é possível separar a vida pessoal da profissional. Responsabilidade sobre o que diz, comprometimento, estar por inteiro no grupo, tratar todos bem e por igual, todos ter a mesma oportunidade para falar, ter alegria, apoio, união, amizade, compartilhar saberes e contribuir com o conhecimento, aceitar o que o outro diz, ser descontraído, mas ter foco, honestidade/sinceridade, humildade, falar no grupo o que é sobre o grupo, ouvir o outro, liberdade, respeito, sem conversa paralela, poder contar com o colega, diálogo informal, permitir opiniões, ser dinâmico, ter afinidade, ambiente tranquilo, confortável, natural e sem burocracia, sem grosserias, ter simplicidade, compromisso com o trabalho, ser produtivo, interessado, fazer o melhor, lembrar bons momentos e ir para casa feliz.

3. Expectativas comigo: reunião ter uma pauta organizada, ensinar e aprender com o grupo, interagir, incluir no grupo, participar, dar opiniões, somar idéias e coisas boas, ajudar a entrosar a equipe, conversar olho no olho, deixar tranquilos, ser objetiva, comunicativa e ajudar, afinar a conversa e melhorar o trabalho, expor as falas de cada um, focar, agregar para o dia-a-dia, dar espaço para todos falar, reconhecer o trabalho da equipe.

- Dividir em cinco grupos e pedir para eles seguirem o roteiro e responderem as perguntas entre si. Os grupos são de livre escolha e devem escolher alguém para ser relator, registrar as respostas construídas. Ao final da atividade, ler as anotações para ver se os relatos correspondem e contemplam tudo o que foi falado. Tudo o que for construído e descrito será

depois compartilhado com o grupo através de um ou vários porta-voz:

“Compartilhar com o grupo as histórias que vocês me contaram para me ajudar a entender quando vocês se comunicam bem em equipe.”

“O que acontece nesses momentos que faz vocês sentirem que estão se comunicando bem?”

“Como vocês se sentem nesses momentos?”

“O que isso diz para vocês sobre quem vocês são enquanto equipe?”

“Que efeitos vocês percebem que esses momentos têm sobre as pessoas que vocês atendem?”

- Fazer uma atividade para encerrar: Convidar a todos para, em círculo, dizer uma palavra que representa como está se sentindo em relação ao que foi feito no encontro (A participação é livre).

- Apresentar a proposta para o próximo encontro: retomar a construção desenvolvida e compartilhar com o grande grupo, oportunizando compartilhamento e construção com todos.

## **Encontro de grupo 2:**

- Retomar momentos anteriores.

- Usar quadro branco e caneta para anotar as descrições para a discussão final sobre o que foi construído nas descrições ao longo do encontro:

O que chama atenção de vocês?

O que é novo aqui?

O que mais se sobressai como elemento para o trabalho de vocês?

E agora, refletindo sobre a construção, de que forma isso pode contribuir para o trabalho de vocês?

O que é “Boa Comunicação” para a equipe?

- Abrir ao final para discutirem, falar o que desejarem.

- Retomar expectativas que tinham em relação a mim e ao estudo: Sobre aspectos que desejam desenvolver mais e sobre pedido de caminhos para formalizar mais os processos de comunicação.

## **Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Sujeito de Pesquisa**



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
Campus Universitário, Trindade, CEP: 88040-900, (48) 3721-9847

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Sujeito de Pesquisa**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Construção de sentidos sobre comunicação em saúde.

Este estudo compõe a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob orientação do professor Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Esta pesquisa tem como objetivo geral Construir sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde na Atenção Básica.

Para isso, você está convidado(a) a participar dessa pesquisa. Serão realizadas entrevistas, primeiramente um momento de conversa individual com cada um dos interessados em participar e, posteriormente, entrevistas em grupo, desenvolvidas em, no máximo, dois encontros, onde o tema será abordado.

Solicitamos sua autorização para realizar a gravação das conversas. As informações fornecidas durante a pesquisa serão utilizadas apenas para fins desse estudo, que poderá ser publicado ou divulgado para fins científicos. Seu nome será mantido em sigilo, bem como não será possível identificar as pessoas envolvidas no estudo. Sua participação é voluntária e você tem inteira liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízos pessoais.

A sua participação será de grande relevância para o alcance dos objetivos da pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo, a qual consta o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador para contato, os quais você poderá acionar em qualquer momento para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Luana Gabriele Nilson

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG \_\_\_\_\_, entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Luana Gabriele Nilson  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva - UFSC  
Email: luanagnilson@gmail.com  
Telefones: (49) 9937-5074

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires  
Orientador e Coordenador do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC  
Email: rodrigo.moretti@ufsc.br

## Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Gestão



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
Campus Universitário, Trindade, CEP: 88040-900, (48) 3721-9847

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTOR MUNICIPAL**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Construção de sentidos sobre comunicação em saúde, e a autorizar a execução da mesma em seu município, com toda a equipe que compõem a Secretaria Municipal de Saúde.

Este estudo compõe a elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob orientação do professor Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Seu objetivo geral é: Construir sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde na Atenção Básica.

Para isso, você está convidado(a) a participar dessa pesquisa. Serão realizadas entrevistas, primeiramente um momento de conversa individual com cada um dos interessados em participar e, posteriormente, entrevistas em grupo, desenvolvidas em, no máximo, dois encontros, onde o tema será abordado.

Solicitamos sua autorização para realizar a gravação das conversas. As informações fornecidas durante a pesquisa serão utilizadas apenas para fins desse estudo, que poderá ser publicado ou divulgado para fins científicos. Seu nome será mantido em sigilo, bem como não será possível identificar as pessoas envolvidas no estudo. Sua participação é voluntária e você tem inteira liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízos pessoais.

Solicitamos ainda sua autorização para realizar a pesquisa com a equipe nas dependências do Centro de Saúde local, em horários agendados de acordo com a disponibilidade da equipe, e de forma a não prejudicar o andamento das atividades assistenciais e o serviço na oferecido, bem como não provocar danos físicos ou de qualquer ordem à equipe, população atendida e estabelecimento.

A sua participação será de grande relevância para o alcance dos objetivos da pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo, a qual consta o telefone e o endereço eletrônico do pesquisador para contato, os quais você poderá acionar em qualquer momento para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Luana Gabriele Nilson

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG \_\_\_\_\_, entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Luana Gabriele Nilson  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva – UFSC  
Email: luanagnilson@gmail.com

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires  
Orientador e Coordenador do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC  
Email: rodrigo.moretti@ufsc.br

## **Apêndice E – Retorno às demandas trazidas pela equipe durante as entrevistas individuais e em grupo: Carta de Sugestões**

### **Sobre os aspectos em que a equipe deseja se desenvolver mais:**

Tornar a reunião de segunda-feira um espaço para falar do andamento das atividades da equipe em geral, incluindo todos os profissionais que estão na Unidade, não apenas para passagem de plantão entre a enfermagem sobre as ações do final de semana: – Utilizar o espaço para programar a semana, rever andamento dos casos discutidos na reunião mensal, ouvir quem não pode participar das reuniões de sexta-feira, repassar informações gerais e de interesse do grupo.

Melhorar a articulação entre equipe de gestão e equipe técnica – falta repasse das informações e por vezes a equipe sente pouco entrosamento. Buscar alinhar objetivos e interesses e incluir todos nos processos decisórios e de grupo: – Estabelecer um canal de comunicação e repasse de informações nos momentos de reuniões.

Minimizar a perda de informações pelo caminho de forma que cada um seja responsável por levar as informações de interesse à equipe, pois se alguém quebra a corrente de comunicação entre a equipe a informação não chega e prejudica as ações: – Sempre que receber alguma informação do grupo, comunidade ou gestão, realizar anotações necessárias e comprometer-se com a chegada da mesma aos interessados, evitando que casos fiquem sem receber cuidados ou encaminhamentos necessários.

Ampliar espaço para todos nas reuniões para que estas não sejam centralizadas em poucas pessoas, intimidando os que têm dificuldade para se expressar: – Grupo todo auxiliar para que aqueles que falam muito sejam sinalizados sobre isso, estabelecendo espaço de fala e posicionamento para todos.

Otimizar o gasto do tempo e melhorar as discussões de assuntos nas reuniões: – Implementar o uso de pauta para as reuniões, seguindo a proposta com respeito aos assuntos e divisão do tempo para contemplar todos os temas previstos, organizando os assuntos de forma que todos possam ser discutidos e encaminhados.

Possibilitar horários alternativos para reunião pensando em incluir todos os membros da equipe nesses espaços, já que vários não trabalham na sexta-feira: – Reorganizar as reuniões de segundas e quartas-feiras a tarde (NASF) pensando na informação a quem não participa da reunião mensal de sexta-feira, para que sejam repassados e discutidos casos e assuntos necessários, além das demais ações planejadas.

Reservar espaço nas reuniões para discutir mais casos de pacientes: –

Incluir na pauta a discussão de casos e realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para situações complexas e que exigem manejo interdisciplinar, oportunizando participação de todos e informações para condutas necessárias. Há outros recursos do apoio matricial que podem ser utilizados para a construção de estratégias de cuidado de usuários e fortalecimento e qualificação da equipe de ESF pela equipe do NASF, ampliando as ações de educação permanente.

Realizar reunião da equipe de Saúde da Família quinzenalmente, além da reunião mensal com toda a equipe, das reuniões do NASF e reuniões às segundas-feiras: – Pensar em horário da ESF para reunião quinzenal com discussão de casos, educação permanente, planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

Respeitar os momentos em que algum colega quer ficar só: - Procurar compreender que, apesar de a equipe ter boa comunicação, há momentos em que cada um deseja ficar sozinho, e respeitar esse espaço também é uma forma de comunicar-se e responder às manifestações e desejos do outro.

Incluir os motoristas nos momentos de reuniões para melhorar a articulação e interação: – Pensar um canal de comunicação e integração com estes profissionais para que estejam informados sobre o andamento das atividades e trabalhando alinhados com aquilo que a equipe acredita. Uma possibilidade é fazer escala de trabalho organizando as viagens de forma que não sejam marcadas na sexta-feira de reunião mensal (apenas marcar o que não pode ser em outro horário) ou que sempre seja um motorista diferente o responsável pela viagem naquela manhã, possibilitando aos outros participar da reunião.

### **Sobre a formalização da comunicação entre a equipe:**

Usar o mural como ferramenta de apoio à educação permanente e troca de informações entre a equipe. Para isso, sistematizar de acordo com o desejo da equipe, de que forma farão as inclusões e atualizações do mural (limpando as informações antigas), organizando para que a comunicação seja eficaz e atenda aos objetivos. Podem utilizar um “caderno ata” para registro do que é divulgado, a data de exposição, o profissional responsável (fazer escala de responsáveis);

Sobre a reunião de equipe e pauta: sugiro discutir com toda a equipe a possibilidade de definir um secretário (ou duas pessoas que possam se alternar) para fazer a ata de todos os momentos de reunião em equipe; e, pactuar a cada reunião quem se propõe a coordenar a reunião seguinte (possibilitando o desenvolvimento da capacidade de falar, coordenar,

desempenhar a liderança). Este coordenador, junto com o(s) secretário(s) da equipe, deve organizar a pauta da reunião, rever demandas e responsabilidades pendentes (encaminhamentos da reunião anterior) e as propostas para a nova reunião. Cada membro da equipe deve estar ciente desse processo e procurar o coordenador para incluir suas demandas na pauta, permitindo a organização do tempo para cada assunto. Ainda, na ata ficam registradas todas as informações sobre os assuntos discutidos, mantendo registro de que os presentes estão cientes e concordam com tudo que foi pactuado;

Sempre que surgir um caso (de usuário, família e/ou comunidade) durante a reunião de equipe, registrar o “nome” do caso na ata, mas utilizar um livro, caderno ou ficha própria para registrar o caso discutido, com todos os encaminhamentos e responsabilidades. Esses registros podem ser mantidos em um lugar central para fácil controle e acesso, mas a descrição completa deve estar no prontuário da família, que é de interesse e domínio desta (e de cada usuário), permitindo também que os profissionais sempre acompanhem o estudo a medida que seguem atendendo a família individualmente. O registro na ata identifica os casos eleitos para aprofundar o cuidado; em seguida, no caderno geral, ficam registradas todas as informações do percurso que a equipe percorreu para solucionar tal problema, indicando os casos demandados para acompanhamento e de que forma foram conduzidos;

Registrar no Livro Atas também as reuniões do NASF e dos ACS, bem como as reuniões mais rápidas executadas periodicamente às segundas-feiras, garantindo o registro e o acompanhamento pelos não presentes e a realização das atividades pela equipe;

Todas as prescrições / ações / intervenções com usuários ou famílias, devem ser registradas em prontuário. Elas poderão ser localizadas a partir das atas e cadernos mais gerais que indicam os casos discutidos prioritariamente.

## Apêndice F – Artigo para submissão na Revista Interface

### Construção de Sentidos sobre Boa Comunicação em Equipe de Saúde

Luana Gabriele Nilson<sup>1</sup>  
Rodrigo Otávio Moretti-Pires<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Lauro Linhares, 689, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88036-001. luanagnilson@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. rodrigo.moretti@ufsc.br

**Resumo:** O estudo trata da construção de sentidos sobre boa comunicação para uma equipe de saúde a partir do emprego da Investigação Apreciativa como tecnologia para a pesquisa. Traz como referencial o Construcionismo Social e apresenta a relação da boa comunicação caracterizada pelos protagonistas com o conceito ampliado de saúde a partir da clínica ampliada, da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersubjetividade.

**Palavras-chave:** Comunicação. Atenção Básica à Saúde. Construcionismo Social. Investigação Apreciativa. Interdisciplinaridade.

**Abstract:** This paper presents the construction of meanings about good communication in health teams using the Appreciative Inquiry (AI) as a research technology. It brings the Social Constructionism as a reference and shows the relation of good communication characterized by the protagonists with the broad concept of health from the extended clinic, of comprehensiveness, Interdisciplinarity and Intersubjectivity.

**Keywords:** Communication. Primary Health Care. Social Constructionism. Appreciative Inquiry. Interdisciplinarity.

**Resumen:** El texto abarca la construcción de significados acerca de la buena comunicación para un equipo de salud a partir del uso de la Indagación Apreciativa como tecnología para la investigación. Este trabajo tiene como referencial el Construccinismo Social y presenta la relación de la buena comunicación caracterizada por los protagonistas con el concepto ampliado de salud a partir de la clínica ampliada, de la integralidad, de la interdisciplinariedad y de la intersubjetividad.

**Palabras clave:** Comunicación. Atención Básica a la Salud. Construccinismo Social. Investigación Apreciativa. Interdisciplinariedad.

## **Introdução**

O trabalho em saúde se completa no ato de sua produção, ou seja, aquilo que produz está na realização das atividades a partir do conhecimento e técnicas para promover o cuidado, investigar, prevenir, curar ou reabilitar<sup>1</sup>, o que depende da forma como são estabelecidas as relações e os espaços de diálogo e comunicação para superar a distância entre os diversos atores envolvidos (usuários, profissionais, gestores). Considera-se assim, que o trabalho se configura como a expressão de uma necessidade, enquanto forma de a pessoa manifestar sua autonomia, mas também se relacionar com o outro.

Para que o trabalho possa ser esse espaço de expressão dos diversos atores que o realizam, uma possibilidade na saúde, é que o trabalho em equipe proporcione às pessoas, com habilidades e conhecimento diversos, complementação, atuando de forma comprometida umas com as outras e comprometidas com o objetivo comum, pactuado ao construir em conjunto o plano de trabalho da instituição a qual fazem parte<sup>2</sup>. Nessa proposta, os objetivos, conhecimentos e habilidades dos membros, a coordenação e o plano de trabalho, são elementos importantes a se conhecer e discutir em uma equipe, de forma que a articulação entre si possa fazer de um grupo de pessoas uma equipe, ou não.

Para falar do trabalho em equipe, é importante buscar a forma como se dá o processo de entendimento e as relações que permeiam o seu funcionamento, já que o local de trabalho vem ocupando lugar central na vida do indivíduo, sendo determinante em seu modo de pensar, interagir e se expressar<sup>3</sup>. Para que ocorra o entendimento na

relação entre os profissionais que compõem uma equipe, entende-se nesse trabalho que a comunicação seja imprescindível.

Há diferentes discursos sobre a comunicação. O discurso tradicional trata da comunicação como produto da articulação entre transmissor, receptor, canal de comunicação e destino. Essa Teoria pode ser chamada Teoria Matemática da Comunicação ou Teoria da Informação, e foi elaborada em 1949 por engenheiros matemáticos que apresentaram o sistema de comunicação como fonte de informação, pelo envio de mensagens do transmissor ao receptor, sendo possível a presença de ruídos interferindo no processo de comunicação<sup>4</sup>.

Outra possibilidade discursiva de se falar em comunicação é apresentada pela Teoria do Agir Comunicativo de Habermas. Habermas apresenta sua teoria da racionalidade ligada à argumentação como base para a ação comunicativa em busca do consenso<sup>5</sup>. A Ação Comunicativa por Habermas apresenta a ação como realização de relações sociais e a comunicação como elemento da ação, não apenas como troca de informações, mas uma forma de entendimento entre as partes, através da linguagem para o entendimento mútuo<sup>6</sup>.

A comunicação na abordagem construcionista social assume posto de recurso para construção e não repasse de informações; os recursos da comunicação são apontados como atividade decorrente da interação entre os sujeitos<sup>7</sup>. O Construcionismo Social (CS) preocupa-se com os processos de comunicação, com as interações entre os envolvidos na pesquisa, as ações conjuntas para construção das realidades relacionais em que vivem, onde os significados não são fenômenos individuais, mas com participação das tradições, comunidades, práticas para entendimento local e identificação do que se torna real, verdadeiro e bom<sup>7,8</sup>.

A comunicação como discurso associado à saúde, apesar de acompanhar a história da Saúde Pública Brasileira, passa a ser objeto de ensino e pesquisa a partir dos anos 90<sup>9</sup>. No campo da Saúde Coletiva a comunicação é abordada como fonte de divulgação da saúde enquanto mercadoria; na função de modeladora de comportamentos a serviço dos interesses sanitaristas, lhe transformando em simples transmissão ou replicação de informações; e, a partir da Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia a busca para que a comunicação oportunize o direito à saúde e o controle social e possibilite a construção de espaços dialógicos entre os diferentes<sup>9</sup>.

A comunicação como ferramenta para entendimento entre profissionais e equipes na Atenção Básica à Saúde (ABS), não é assunto

amplamente discutido em publicações, estando a comunicação na saúde mais presente na área clínica e biomédica, nas discussões sobre a formação profissional, na relação profissionais-usuários, como recurso para promoção da saúde e como mecanismo para divulgação, havendo poucos estudos sobre a contribuição da comunicação para a qualidade na saúde<sup>9-19</sup>.

Partindo do exposto, o presente artigo se propõe a apresentar a construção de sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde a partir do estabelecimento de espaços para os envolvidos construírem sua realidade, em uma perspectiva de convite ao diálogo<sup>8</sup>.

### **Apresentando a tecnologia utilizada para a pesquisa**

Arendt apresenta o CS como um movimento teórico pós-moderno<sup>20</sup>, anti-essencialista e que questiona o realismo, expressa formas de ação sobre o mundo, valoriza a multiplicidade, as especificidades históricas, culturais e locais e a linguagem como ação social, tendo foco na interação e no processo<sup>21</sup>. O discurso anti-realista questiona a existência do real e a verdade, encarando o conhecimento como construção social<sup>22</sup>.

O CS não pressupõe alguma existência de mundo além de nossa relação com ele, o que podemos saber emerge da construção do conhecimento relacional entre os sujeitos e seu foco não está no indivíduo, mas na interação e no processo que produz entendimento no contexto conversacional, apresentando outras possibilidades de discurso, contrariando um método único para provar algo como descrição absoluta da realidade<sup>7,23</sup>. Há valorização da multiplicidade, tendo a linguagem como central e como possibilidade para a comunicação e construção social através da expressão; uma linguagem relacional, vista como construção da realidade, e não como mera representação da mesma<sup>7</sup>.

Para o CS o conhecimento é sustentado por processos sociais<sup>24,25</sup>, cujas vozes, enquanto convidam para alguns padrões, excluem outros, mas suportam esse papel como diferentes possibilidades<sup>8</sup>. A postura construcionista social é crítica em relação a tudo que se toma como óbvio e os padrões que produziram tais descrições, valoriza discursos discidentes; olha para os efeitos da produção a partir da opção por seguir um percurso e uma maneira de falar sobre algo<sup>21</sup>.

A pesquisa construcionista social abre espaço para o autor estar

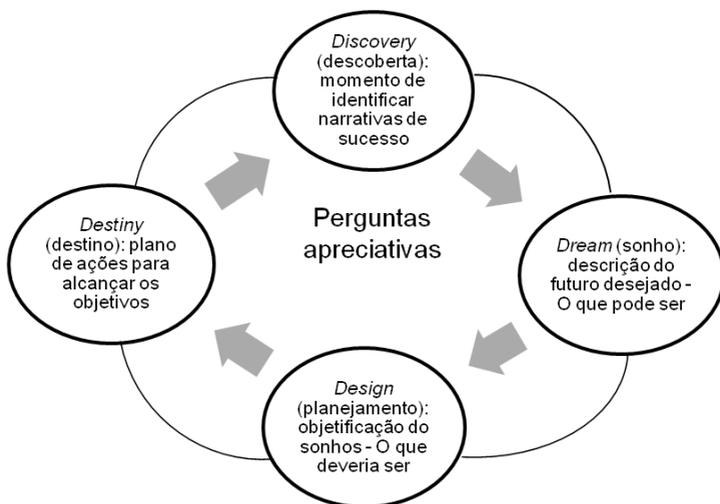
presente, sem pretender ser detentor da verdade, pois o sentido não é do pesquisador, e sim da construção de todos, a partir do uso que fazem da palavra e do estabelecimento das práticas discursivas<sup>22</sup>. Desta forma, todos os participantes constroem e são construídos a medida que os efeitos produzidos são mais que apenas resultados. O pesquisador assume postura de curiosidade e respeito para conhecer e reconhecer outras tradições, realidades e valores, através do diálogo<sup>26</sup>.

Nesse contexto apresenta-se a Investigação Apreciativa (IA), conforme descrito por Cooperrider e Varona, como um processo em busca de sentidos coletivos desenvolvidos de forma colaborativa e cooperativa e com foco no que os participantes propõem como sendo o que dá certo<sup>3</sup>.

A IA surgiu no fim da década de 1980, como uma tecnologia para gestão de mudanças nas organizações, a partir de estudos de David Cooperrider e seus colegas, nos Estados Unidos<sup>3</sup>. A busca pelo que há de melhor nos profissionais e organizações, mobiliza para mudanças através de perguntas que focam no que dá certo, do fortalecimento das capacidades e do desenvolvimento das potencialidades explícitas e não explícitas de quem participa do processo que emprega essa tecnologia<sup>27,28</sup>. Não há realidade que represente diferentes situações, e aquilo que se elege como foco promove a construção de uma dada realidade, sendo o melhor naquele contexto, para tais protagonistas construindo sua história.

Sua aplicação se dá através do Ciclo 4D, conforme representado pela figura 1.

A IA compreende um modelo metodológico que vem sendo empregado para possibilitar a pesquisa construcionista relacional, levando em conta os modelos tradicionais de pesquisa científica, mas com foco em descrições apreciativas, que traduzem em palavras a construção do que é entendido como bom em dado contexto. A IA vê na linguagem uma construtora de realidades, e, ao valorizar o que funciona nas equipes, utiliza a pesquisa para produzir possibilidades, multiplicidade e potencialidades<sup>27</sup>, pois com seu emprego e o estímulo ao diálogo e reflexão sobre as histórias de realização e sucesso, se estabelecem realidades relacionais renovadas e a possibilidade de construção de um projeto do qual os participantes façam e sintam-se parte<sup>26</sup>.

**Figura 1:** Fases da Investigação Apreciativa.

**Fonte:** Adaptado pela autora de Dutra<sup>3</sup>.

A escolha do tópico afirmativo é o ponto inicial e mais importante para o processo de IA; ele é descrito em forma de perguntas que compõem as entrevistas<sup>29</sup> e compreende o eixo central sobre o qual se desenvolverá a construção do processo pelo emprego da IA. A apreciação é extremamente estimuladora, pois serve como alavanca para os pontos fortes de profissionais e organizações, estimulando o compromisso na construção de serviços que correspondam aos objetivos dos participantes, em busca de soluções que explorem as forças e todo o potencial em busca de um objetivo comum.

A IA como proposta de pesquisa aproxima-se de outras estratégias como a Teoria Crítica, a etnografia, o estudo de caso, a análise de narrativa e a pesquisa-ação, tendo como foco o processo de investigação, a coleta e processamento da informação, buscando o entendimento<sup>27</sup>. Apóia-se na postura colaborativa entre pesquisador e participantes, com clareza durante todo o percurso; no convite à participação com esclarecimento sobre a pesquisa e envolvimento de todos para a construção da mesma; no sigilo e cuidados éticos discutidos e alinhados com o grupo; no uso das entrevistas como espaço de negociação, para posterior narrativa e uso para construção de todo o estudo; na possibilidade de (re)construção do cronograma do estudo ao

longo do percurso; na posição do pesquisador, a partir da sua relação com o grupo e como esta pode facilitar ou dificultar a construção de sentidos com o coletivo; e, na busca de sentido e coerência para o estudo.

## **Apresentando o contexto do estudo**

Estudo empírico, descritivo, qualitativo, tendo como referencial teórico o CS e a IA como tecnologia para desenvolvimento da pesquisa.

A equipe de saúde participante é uma equipe ampliada, com uma Estratégia Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de equipe administrativa, motoristas e gestão, atuando em uma unidade básica de saúde e atendendo também dois postos de saúde no interior. O município de Alto Bela Vista fica no Meio Oeste catarinense e em cinco avaliações estaduais de desempenho na ABS, realizadas em Santa Catarina entre 2008 e 2013, foi premiado três vezes entre os municípios com até 10 mil habitantes<sup>30</sup>.

A escolha do município para realizar a pesquisa foi por amostra intencional, levando em conta o contexto social, histórico e cultural que pode ser mais facilmente compreendido pelo contato prévio dos pesquisadores, sendo importante para que a pesquisa e a construção do entendimento no processo discursivo seja possível<sup>22</sup>, já que um dos pesquisadores residiu na região e ambos já possuíam contato prévio com os participantes do estudo, devido a experiências profissionais.

Participaram da pesquisa: gestor, coordenadora de saúde, médico, dois enfermeiros, quatro técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, duas fisioterapeutas, farmacêutica, nutricionista, psicólogo, assistente social, atendente de enfermagem, auxiliar administrativo, agente de vigilância sanitária, auxiliar de serviços gerais.

Optou-se por aplicar apenas a primeira fase do ciclo 4-D da IA – Descoberta, para o estudo, de forma a construir, com os protagonistas, narrativas de sucesso sobre boa comunicação em equipe de saúde. A expectativa era de que a boa comunicação fosse crucial para o trabalho de equipes de saúde em ABS, não sendo fruto da identificação a partir das entrevistas, mas sim já apresentada como tópico afirmativo a ser descrito para construção de sentidos coletivos. A expectativa partiu da relação previamente estabelecida com os protagonistas e o contexto, das pesquisas desenvolvidas durante o processo de construção do estudo e

das vivências profissionais dos pesquisadores.

A apreciação foi utilizada para nortear a escolha dos tópicos questionados, construindo uma entrevista sobre boa comunicação como busca ao espaço para reflexão e conversa com cada um dos participantes. Foram realizadas vinte e quatro entrevistas individuais, preparatórias para os dois encontros de grupo, de forma que as expectativas fossem atendidas ao longo do processo e que fosse possível realizar momentos de grupo em que todos participassem da construção. Para isso todos os momentos, individuais e de grupo, foram gravados e sempre ouvidos exaustivamente para o planejamento do momento seguinte. As entrevistas aconteceram durante cinco dias inteiros; o primeiro momento de grupo ocorreu sete dias após o fim das mesmas e o segundo momento de grupo, três dias após o primeiro.

O estudo respeitou a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Construções dos protagonistas a partir da aplicação da IA**

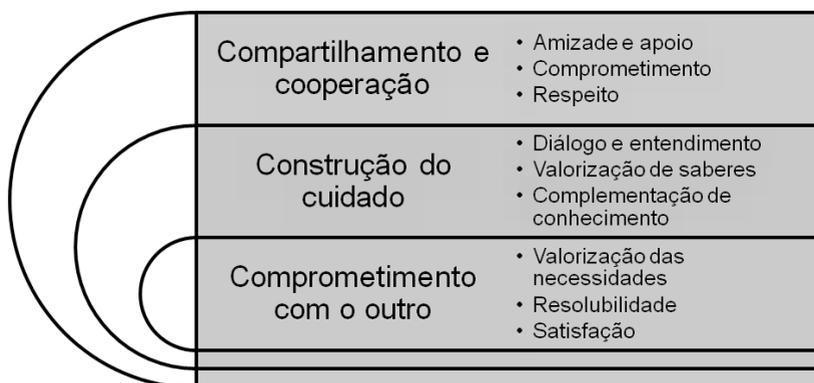
Para a equipe sua comunicação é boa e uma consequência dos espaços de conversa estabelecidos, da proximidade entre todos, do bom relacionamento interpessoal, do apoio do grupo em todos os momentos, de sentirem-se incluídos, respeitados e importantes. A boa comunicação na descrição dos profissionais, oportuniza olhar para quem cuidam além da doença, responsabilizando-se e resolvendo seus problemas. Isso os faz sentir que cumprem seu dever, sendo valorizados, e os satisfaz e realiza, pois é uma conquista da equipe, que se complementa. Para o grupo, a boa comunicação oportuniza vencer resistências dos usuários e construir com os mesmos uma relação de confiança e vínculo.

A equipe se comunica bem porque dá sentido à relação pelo que a precede, e que é fruto do sentido já produzido historicamente entre todos, e o que segue a ela, e vai estabelecer os caminhos que vão percorrer, pois a linguagem nasce no diálogo com o outro e só tem significado com cooperação, pois uma ação leva a outra e só assim são legitimadas<sup>26</sup>. Então, o processo de interação desenvolvido cotidianamente, fortalece a comunicação.

A Figura 2 traz uma proposta de descrição das atividades no

trabalho que desenvolvem os protagonistas desse estudo, através da boa comunicação. Está relacionada à valorização que deram aos aspectos subjetivos do relacionamento entre a equipe e à forma como fazem escolhas cotidianas por essa relação que desenvolveram. Também considera que os profissionais trabalham em equipe, já que desenvolvem atividades coletivas e incentivam as diferentes habilidades<sup>18</sup>, bem como referem-se pertencentes ao grupo<sup>3</sup>.

**Figura 2:** Sentindo a Boa Comunicação como ferramenta relacional na equipe.



**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Todos os elementos destacados se relacionam e aparecem continuamente nos discursos construídos pelos protagonistas do estudo. O compartilhamento de saberes é citado como recurso de cooperação entre os profissionais, que é possibilitado pelo comprometimento de cada um com seu papel na equipe e para com os usuários, pelo respeito ao outro – seu ser e seu saber, e pelas relações de amizade estabelecidas, com apoio nas diversas situações, pessoais e profissionais. Essa postura da equipe é relatada como potencializadora do diálogo, favorecendo o entendimento e a construção do conhecimento coletivo para a oferta do cuidado mais resolutivo, pois é consequência do comprometimento da equipe e valorização das necessidades dos usuários, possibilitando a satisfação de todos os envolvidos. Nesse contexto, a boa comunicação aparece como elemento transversal no cotidiano das relações profissionais, oportunizando espaços para qualificar essas relações,

produzindo efeitos sobre todos. Esses efeitos são definidos como bons a medida que os resultados conquistados no cuidado aos usuários são também entendidos como satisfatórios, quando resolvem seus problemas. Mas para além destes efeitos, o discurso construído refere sempre que a boa comunicação oportuniza a boa relação entre os profissionais, e é oportunizada pelos laços que buscam sempre fortalecer para além do convívio na unidade de saúde em que trabalham.

### **Significando os sentidos construídos sobre boa comunicação para o trabalho na ABS**

A coletivização de sentidos e significados no trabalho é mais possível quando os integrantes da equipe podem trabalhar de forma mais participativa e interativa, com autonomia e estímulo para inovar e com comunicação livre e aberta em ambientes de discussões facilitados<sup>3</sup>, como ocorre na unidade onde o estudo foi desenvolvido.

Optou-se em ampliar a discussão de alguns aspectos da construção dos protagonistas, partindo de significações dos pesquisadores sobre o que entendem ser central para tratar do tema “boa comunicação em equipe de saúde”. Nenhum dos conceitos foi nomeado pela equipe durante a pesquisa, mas são propostas para reflexão quanto à sua importância e a potencialidade da boa comunicação para qualificar as relações na equipe e a oferta de serviços de qualidade.

A proposta de sentidos da boa comunicação para a melhoria da qualidade no trabalho em saúde considera que os protagonistas desse estudo trabalham em equipe de uma forma orientada pela concepção ampliada da saúde e pelos conceitos de clínica ampliada, integralidade, interdisciplinaridade, intersubjetividade.

Solucionar os problemas de saúde requer mais que avaliar sinais e sintomas biológicos, requer conhecimento dos fenômenos sociais e históricos<sup>31</sup>, e a compreensão de que saúde não é simplesmente a ausência de doenças, mas é dependente de determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso a bens e serviços necessários<sup>32</sup>. O conceito ampliado de saúde vai além da dimensão biológica e de presença de doença e aponta para a importância da clínica ampliada, que busca, através da interdisciplinaridade e intersetorialidade, minimizar a fragmentação na saúde e responder às distintas necessidades<sup>33</sup>.

A maneira de a equipe se comunicar e cuidar gera bons efeitos, vínculo e confiança, retratando alguns aspectos do conceito ampliado de saúde. A organização da equipe e a forma como se relaciona e estabelece relações de respeito e escuta entre os profissionais, permite também maior atenção aos usuários e às manifestações de seus problemas, respondendo aos mesmos com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, numa perspectiva cuidadora, podendo ter predominância de uma sobre a outra, de acordo com cada caso.

Cada um dos profissionais de saúde leva para sua unidade de trabalho sua subjetividade, historicidade, seus projetos individuais e coletivos, interferindo no contexto<sup>33</sup>, o que contempla a dimensão humana do trabalho em saúde onde, além da técnica, há a subjetividade e intersubjetividade presente nas relações.

A ampliação do olhar para as necessidades promove a valorização de todos os profissionais e exige seu protagonismo, com trabalho em equipe e a construção de espaços para o diálogo e a comunicação.

A clínica ampliada compreende a complexidade da saúde e olha para ela integralmente, buscando respostas resolutivas aos problemas. Permite transformar a forma de atenção a indivíduos e coletivos, compreendendo e dando respostas a aspectos além do biológico, sabendo que um diagnóstico, mesmo amplo, nunca contempla todas as faces de um indivíduo doente, e assim, valorizando aspectos singulares de quem é cuidado, a clínica e o trabalho em equipe<sup>34</sup>.

Uma forma de oportunizar que a clínica ampliada aconteça é a gestão da equipe de forma que haja comunicação transversal, através de técnicas relacionais como a escuta do outro, criticidade para lidar com condutas já automatizadas e com a forma como os problemas dos usuários são expressos; o que é potencializado se os profissionais de saúde recebem suporte para lidar com as suas fragilidades e ampliar a capacidade de relacionamento grupal<sup>35</sup>.

A dinâmica das equipes na ABS oportuniza a troca de informações de forma ágil devido os espaços de encontro e reuniões entre os profissionais para trazer notícias, dúvidas ou demandas e necessidades percebidas e é indutora da clínica ampliada, pois há singularidade dos trabalhadores e usuários e necessidade de escolhas e ações voltadas para os mesmos, acompanhando sua dinamicidade e seus movimentos de mudança<sup>34</sup>. A valorização e aproveitamento desses espaços pode ser um facilitador no alcance da troca de informações e na

produção do cuidado para o bom funcionamento do grupo e o alcance dos objetivos comuns. O reconhecimento das singularidades dos trabalhadores valoriza a dinâmica da equipe e é um ganho para a qualidade da ABS, pois a complementação de saberes e a comunicação na equipe podem oportunizar o cuidado aos usuários, trazendo à discussão a interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade é proposta como “a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde”, buscando abordar problemas e suas soluções conjuntamente, respeitando as bases disciplinares para além da soma de conhecimentos sendo alicerce para construções coletivas<sup>36:18</sup>. Compreende cooperação através de ação coordenada por meio de ações simultâneas de diversas disciplinas para dar conta de um tema<sup>33</sup>. O trabalho interdisciplinar requer o olhar para a saúde com reconhecimento das complexidades social, econômica, cultural e biológica, superando a assistência focalizada na doença e no médico e valorizando a articulação de saberes, enriquecendo o trabalho.

A interdisciplinaridade como relação articulada entre diferentes profissões na saúde<sup>37</sup>, é descrita pelos protagonistas dessa pesquisa, cujas vozes valorizam diferentes profissionais que compõem a equipe e que atuam juntos, sem descrição de maior importância a uma categoria profissional específica.

Competências coletivas são muito mais que a soma das competências individuais, emergindo da interação de grupo através da comunicação e da apropriação dos aspectos referentes à sua realidade, conhecimentos e aprendizagens<sup>3</sup>. Competências essas referidas pela equipe, além do aspecto técnico na produção do cuidado aos usuários, mas nas maneiras de se comunicar e escolher ser mais que colegas de trabalho, estabelecendo espaços de relacionamento além dos limites da unidade, para melhorar o relacionamento, o vínculo e a articulação profissional.

Essas competências são possíveis pois a interdisciplinaridade propõe a abordagem dos problemas de forma conjunta para a busca de soluções criativas para sua resolução, sem negar os aspectos individuais e de respeito pelo outro, considerando a subjetividade e intersubjetividade nas relações coletivas, e a comunicação como uma categoria para o trabalho interdisciplinar, que possibilita o entendimento e a construção de um campo de aprendizagem e conhecimento comum<sup>37</sup>.

A interdisciplinaridade pode responder assim, à complexidade em saúde com trabalho que supere os reducionismos profissionais e com olhar plural para desenvolver a integralidade, o que depende das

atitudes, do ser e do saber profissional no processo de trabalho em saúde<sup>37,38</sup>. A comunicação, permeando as relações para o trabalho interdisciplinar, pode produzir e disseminar sentidos, aproximando e integrando pessoas, criando espaços de interação onde os diferentes atores são valorizados, discutindo e ressignificando as relações de poder<sup>9</sup>.

Para o CS não é possível o isolamento, mas há sim o estímulo para ultrapassarmos as fronteiras entre as disciplinas, promovendo o diálogo entre múltiplas realidades e valores<sup>26</sup>. Com trabalho em equipe pode-se superar a fragmentação do cuidado e reorganizar o processo de trabalho de forma a buscar a integralidade, o que é favorecido pela promoção do diálogo e da boa comunicação, oportunizando formação de espaços de construção compartilhada, de respeito pelo outro e de uma outra forma de fazer saúde.

A integralidade é mais ampla que um princípio e diretriz que norteia o trabalho do SUS e consta na Constituição; trata-se do objetivo de quem luta por uma sociedade mais justa e igualitária, sendo a Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento, espaço para buscá-la e para olhar os indivíduos além de suas patologias e do seu ser individual, valorizando todos os atores e campos de conhecimentos e ação<sup>38</sup>. Uma possibilidade para alcançar essa condição são espaços de diálogo e comunicação em equipe, onde todos tenham espaço para falar e tenham sua fala valorizada. A boa comunicação favorece a integralidade e é favorecida pela valorização de todos que integram a equipe em relação. Esta relação e boa comunicação na equipe funciona como espelho para o estabelecimento das relações com os usuários, pois quando a integralidade, a confiança, o vínculo, o cuidado e a boa comunicação acontecem em equipe, podem acontecer desta para com os demais.

Há recursos na equipe multiprofissional de saúde para ampliar a construção de conhecimento conjunto e a ação integral. Desde 2008 o apoio matricial vem sendo desenvolvido pelos profissionais do NASF às equipes de Saúde da Família (SF), de forma a complementar o trabalho e avançar na integralidade do cuidado com a integração dialógica entre os distintos saberes<sup>33</sup>. De acordo com Campos e Domitti, através do apoio matricial se constrói espaço de comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento, de forma a integrar as equipes para a construção da atenção em saúde<sup>33</sup>. Ele é dinâmico e depende das relações interpessoais no processo de trabalho interdisciplinar<sup>39</sup> e é base do trabalho do NASF, contemplando apoio assistencial e técnico-pedagógico às equipes de SF, de forma a qualificar seu trabalho,

aumentando a comunicação e a horizontalidade e tornando a interdisciplinaridade mais concreta para o cuidado integral<sup>33</sup>.

As duas dimensões do apoio matricial que podem ser desenvolvidas pelo NASF, a partir da pactuação clara entre os profissionais, são: técnico-pedagógica – para o desenvolvimento de competência e educação permanente dos profissionais das equipes vinculadas, buscando ampliar sua capacidade e autonomia para produzir cuidado através da construção de um campo de conhecimento para atuação integral e resolutiva na ABS; e, assistencial – de atuação clínica direta pelos profissionais do NASF quando as equipes identificarem como necessário o encaminhamento para a oferta de cuidado resolutivo, atentando para que haja integração e interação entre os profissionais<sup>33</sup>.

No contexto dessa pesquisa a boa comunicação favorece o apoio matricial, em espaços sistematizados para educação permanente e discussão de casos nas reuniões, no fácil acesso entre os membros da equipe pela proximidade física e liberdade para conversar, buscando apoio e construindo cuidado em equipe. A intersubjetividade nas relações da equipe oportunizam este processo de construção, que é ainda mais estimulante, pois responde aos interesses de todos e de cada um.

Assume-se a intersubjetividade como possível na relação e interação entre os profissionais da equipe para o trabalho em saúde, que é mediado pela comunicação e promove, de acordo com Ayres, a construção das identidades a partir da interação subjetiva e transformadora nas experiências de encontro entre diferentes atores<sup>40</sup>. Junto com a proposta de intersubjetividade, que valoriza a questão humana para a produção do trabalho em saúde, abordando a relação profissional-usuário e profissional-profissional, a comunicação aparece como outra dimensão no processo de trabalho em saúde, importante para o protagonismo dos profissionais<sup>40</sup>.

A intersubjetividade é uma forma de significar a relação de interação entre os protagonistas da equipe estudada, que constroem juntos seu trabalho e valorizam os discursos em que apontam as relações de amizade e respeito ao outro para que a boa comunicação e os bons resultados aconteçam a partir das ações desenvolvidas pela equipe.

O acolhimento do outro não passa pela concordância de ideias, mas pela aceitação delas, mesmo que diferentes, permitindo a formação de vínculo. Vínculo esse pouco trabalhado levando em conta a relação profissional-profissional, nos convidando a olhar mais para a relação entre os integrantes da equipe e qualificá-la para permitir maior qualidade na relação desta com seus usuários.

A formação de vínculo é processual e dialógica<sup>41</sup>, ultrapassando a questão ética, e contemplando as questões terapêutica e resolutive para os problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços. O processo comunicacional é assim entendido como espaço de produção de entendimento e potencialização das relações que tenham sentido.

### **Considerando a finalização**

A boa comunicação é uma condição para a intersubjetividade no trabalho e um caminho para o alcance de respostas à complexa realidade em saúde. Uma comunicação que além da transmissão de informações entre profissionais e destes com seus usuários, seja construtora de relações e do trabalho interdisciplinar para o alcance de um olhar ampliado para a saúde, de forma a produzir respostas resolutivas aos problemas, mas principalmente, para pensar além deles.

Pensar o discurso construcionista social na ABS permite pensar diferentes possibilidades de trabalho a partir de protocolos, permitindo formas diferentes de atuar no modelo rígido que envolve o trabalho em saúde. A boa comunicação poderá então ser pensada de forma mais leve e adaptada ao contexto de cada equipe, respondendo às suas necessidades e interesses, a medida que também constrói a forma como será recebida e significada essa atuação.

O objetivo da IA de trabalhar com tópicos afirmativos, oportunizou nesse estudo a valorização da atuação e a confiança a partir da solidificação dos laços e vínculos entre os participantes, que ao refletir sobre um aspecto apontado como bom no contexto de relacional e do trabalho em equipe, olharam para o serviço e construíram um discurso do grupo que apontou a postura de colaboração para o alcance do que entendem como o melhor.

A IA facilitou o desenvolvimento do estudo e permitiu que a equipe falasse sobre a boa comunicação, mas mais do que isso, que elegeisse palavras para discorrer sobre o tema que apontaram para o relacionamento da equipe, construindo uma identidade do grupo com a expressão do sentimento de pertencimento e valorização das relações que possuem.

Fica o convite para novos estudos que abordem o relacionamento entre os profissionais que compõem as equipes de saúde, a comunicação e outras estratégias construídas para qualificar seu trabalho.

## Referências

1. Matos E, Pires D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2006; 15(3): 508-14.
2. Piancastelli CH, Faria HP, Silveira MR. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2000. p.45-50. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2199.pdf> [acesso 16 fevereiro 2013].
3. Dutra MC. Comunicação e trabalho: as (im)possibilidades da investigação apreciativa [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.
4. Hohlfeldt A, Martino LC, França VV. Teorias de Comunicação: Conceitos, escolas e tendências. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
5. Habermas J. Teoria do Agir Comunicativo 1: racionalidade da ação e racionalização social. Tradução Paulo de Astor Soethe. 3.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012. 704p.
6. Nobre M (org.). Curso livre de Teoria Crítica. 1.ed. Campinas, SP: Papirus; 2008.
7. McNamee S. Research as Social Construction: Transformative Inquiry. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis. 2010; 1(1): 09-19. Disponível em: [http://pubpages.unh.edu/~smcnamee/research/Research\\_as\\_SC\\_\(Brazil\).pdf](http://pubpages.unh.edu/~smcnamee/research/Research_as_SC_(Brazil).pdf) [acesso 25 maio 2013].
8. Corradi-Webster CM. Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; 2009.
9. Rangel-S ML, Guimarães JMM, Belens AJ. Comunicação e Saúde: Aproximação ao Estado da Arte da Produção Científica no Campo da Saúde. In: Pain JS, Almeida-Filho N (org.). Saúde coletiva: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 625-37.

10. Donato AF, Gomes ALZ. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde: Comunicação e Saúde*. 2010; 12(1): 37-43.
11. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(Suppl1): 1439-52.
12. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16): 25-38.
13. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(2): 262-8.
14. Silva LAV. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translingüísticabakhtiniana. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(13): 135-46.
15. Corrêa GT, Ribeiro VM. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41): 331-42.
16. Ribeiro CB, Cruz APC, Maríngolo ACP. Comunicação em Saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. 3º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais – Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social. Belo Horizonte. 2013. Disponível em: [http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE\\_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20%C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf](http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20%C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf) [acesso 06 junho 2014].
17. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população

- [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
- 18.Pereira RCA. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- 19.Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 152 p.
- 20.Souza EM. Pós-modernidade nos estudos organizacionais: equívocos, antagonismos e dilemas. Cad. EBAPE.BR. 2012; 10(2): 270-83.
- 21.Burr V. Social constructionism. 2.ed. New York: Routledge; 2003. 225p.
- 22.Moscheta MS. Disciplina Contribuições do Construcionismo Social para a Pesquisa em Saúde. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.
- 23.Moscheta MS. Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; 2011.
- 24.Guanaes C, Mattos ATR. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. Saudesoc. 2011; 20(4): 1005-17.
- 25.Gergen KJ. O Movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. R. Inter. Interdisc. INTERthesis. 2009; 6(1). Disponível em:  
<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299/10807> [acesso 24 maio 2013].
- 26.Gergen KJ, Gergen M. Construcionismo social: um convite ao diálogo. Tradução Gabriel Fairman. Rio de Janeiro: Instituto Noos;

- 2010, 118p.
27. Vilela e Souza L, McNamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicologia&Sociedade*. 2010; 22(3): 598-607.
28. Valença AC. *Mediação: Método da Investigação Apreciativa da Ação-na-Ação – Teoria e Prática de Consultoria Reflexiva*. Recife: Bagaço; 2007.
29. Cooperrider DL, Whitney, D. *Investigação Apreciativa: Uma Abordagem Positiva para a Gestão de Mudanças*. Qualitymark; 2006.
30. SANTA CATARINA. *Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica em Santa Catarina: Municípios premiados de 2008-2013. Atenção Básica – Acompanhamento e Avaliação*; 2013. Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1406%3Aavaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-proequipes-de-SF&catid=458&Itemid=464](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1406%3Aavaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-proequipes-de-SF&catid=458&Itemid=464) [acesso 09 março 2014].
31. Campos GWS. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. In: Campos, GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
32. BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) [acesso 25 maio 2013].
33. Lacerda JT, Moretti-Pires RO. Eixo II – O Trabalho na Atenção Básica: Processo de Trabalho na Atenção Básica. In: UNA-SUS/UFSC. *Especialização Multiprofissional na Atenção Básica*. Florianópolis: UFSC; 2013. p.11-94.
34. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*

- [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
35. BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009; 64 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf) [acesso 26 junho 2014].
36. Cutolo LRA. Bases Epistemológicas da Interdisciplinaridade. In: Saupe R; Wendhausen ALP (org.). Interdisciplinaridade e Saúde. Itajaí: UNIVALI; 2007. p.17-26.
37. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos Profissionais da Saúde para o Trabalho Interdisciplinar. In: Saupe R, Wendhausen ALP (org.). Interdisciplinaridade e Saúde. Itajaí: UNIVALI; 2005. p.17-26.
38. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos RA (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p.39-64.
39. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.
40. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRMC. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1):[08 telas].
41. Maeyama MA. Os Caminhos do Acolhimento. In: Maeyama MA (org.). A Construção do Acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde; 2007. p.46.



## **ANEXOS**



## Anexo A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Construção de Sentidos sobre Comunicação em Saúde

**Pesquisador:** RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20234013.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 374.204

**Data da Relatoria:** 26/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

Construção de Sentidos sobre Comunicação em Saúde é um trabalho de mestrado em saúde coletiva da acadêmica Luana Gabriele Nilson sob a orientação de RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES.

#### Objetivo da Pesquisa:

Construir sentidos sobre boa comunicação em equipe de saúde na Atenção Básica.

#### Objetivo Secundário:

1. Descrever os principais discursos existentes sobre comunicação e sua relação com a saúde; 2. Construir com a equipe uma identificação de momentos em que consideram que se comunicam bem em equipe; 3. Construir sentidos sobre o processo de boa comunicação em equipe.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos, relacionados ao processo, expondo pesquisadores e pesquisados de igual maneira durante a execução do projeto.

#### Benefícios:

Relacionados à construção de um relato de trabalho em saúde com comunicação bem sucedida em equipe, permeado por relações que vão além dos padrões de ideal elencados pelas políticas públicas, mas sim, em um fazer de equipe que se dá pela comunicação e valorização do outro como determinante para um cuidar integral, acessível, equânime, acolhedor e resolutivo.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 374.204

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente estudo será qualitativo, descritivo, procurando estabelecer espaço para os envolvidos construírem sua realidade, em uma perspectiva de convite ao diálogo. Além de livros consultados, foram realizadas buscas aos bancos de dados: scielo.org, liliacs, portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca de referencial seguirá durante toda a pesquisa.

Optou-se em desenvolver o estudo na 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional e Gerência de Saúde de Concórdia, Meio-Oeste catarinense, SC.

Serão convidados a participar todos os municípios que apresentem uma equipe de saúde da família atuando na mesma unidade de saúde juntamente com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todas as questões legais foram atendidas.

**Recomendações:**

Não existem

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 27 de Agosto de 2013

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.045-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

**Anexo B – Autorização da Gerente Regional de Saúde****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da 6ª SDR – Gerência de Saúde de Concórdia - SC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Construção de sentidos sobre comunicação em saúde” e serão cumpridos os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, nos municípios pertencentes a esta SDR – Gerência de Saúde.

O projeto de pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Otávio Moretti-Pires (Orientador) e Luana Gabriele Nilson (Mestranda – 49.99375074), vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Concórdia - SC, 18 de julho de 2013.



Lurdes Mariza Foscarini  
Gerente de Saúde  
SDR Concórdia  
Matrícula 365.527-0-0/  
Lurdes Mariza Foscarini  
Gerente de Saúde