

Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF)*

*Maria Luiza Santa Cruz***

*Luiza Franco****

*Jurema Westin Carvalho*****

*Flavia Brito da Silva******

*Vivian César Beteli******

*Manoel Floriano de Lima******

*Elania Rosa Oliveira******

*Liandra Midori Kubagawa******

*Maria R. Fátima David******

*Maria do Carmo A O Paré******

* O PSF desta reflexão é o do convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Fundação Zerbini entre 1998 e 2001, na zona norte do município de São Paulo. Em 2001, a Saúde foi municipalizada, passando então a parceria para a Secretaria Municipal de Saúde. O presente estudo compreende o período de 1998 até 2006.

** Psicóloga da SM: Email para contato: luizasantacruz@ig.com.br

*** Assistente Social da SM

**** Coordenadora do PSF/Zerbini/Zona Norte;

***** ACS da UBS Vila Penteadó;

***** Enfermeira da UBS Vila Espanhola;

***** ACS da UBS Vila Ramos

***** ACS da UBS Vila Penteadó;

***** Enfermeira da UBS Vila Ramos

***** Psicóloga da SM;

***** ACS da UBS Vila Penteadó.

Resumo

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia de ação coletiva no processo de implantação e efetivação do Sistema Único de Saúde. Dentre as diversas atividades que a equipe de saúde da família desenvolve, a reunião de equipe é considerada de grande importância uma vez que é onde se discute coletivamente a problemática do trabalho e se definem as ações e intervenções a serem realizadas no território/comunidade/equipe, promovendo a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas em cada comunidade. Como essa estratégia de trabalho – reunião de equipe – é um diferencial dessa nova política de saúde e dessa nova política de saúde mental na região Freguesia do Ó/Brasilândia, discuti-la, revela e explora aspectos de seu funcionamento que contribuem para a ampliação da qualidade da atenção e da gestão em saúde

Palavras-chave: Equipe; Estratégia; Saúde da Família Intervenção; SUS

Abstract

The Family Health Program (PSF – Programa de Saúde da Família) is a collective action strategy in the process of implementing and making effective the Sole Health System (SUS – Sistema Único de Saúde). Among the several activities developed by the family health team, the members' meeting is considered of great importance, once it is where are collectively discussed issues related to the work problematic, and where are defined the actions and interventions to be taken within the territory/community/team. These activities promote the collective management for creating health strategies to be implemented at each community. As this work strategy – members' meeting – is a differential of this new health policy and of the new mental health policy at Freguesia do Ó/Brasilândia region, discussing it reveals and explores aspects of its functioning that contribute for amplifying the quality of care and health management.

Keywords: Team; Strategy; Family Health; Intervention; SUS

1. O CONTEXTO

1.1. O Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família, considerado como uma impactante estratégia de ação coletiva territorializada em saúde, resulta principalmente do amadurecimento no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Suas diretrizes definem responsabilidades, vinculam os profissionais que nele trabalham a um número de famílias adscritas a uma base territorial preestabelecida e, paralelamente, resgatam a rica experiência dos Agentes Comunitários de Saúde, promovendo um salto na qualidade e humanização do atendimento na perspectiva da promoção de saúde. (Campos, 2003). A equipe de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular da comunidade por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, a partir de agora, ACS.

Na região da Freguesia do Ó/Brasilândia e Vila Nova Cachoeirinha, a equipe nuclear de saúde da família (SF) composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários reúne-se semanalmente conforme previsto no programa, contando com a participação de no mínimo oito e no máximo dez pessoas.

Outros profissionais se integram a essa equipe, porém com uma frequência variada, quando a equipe nuclear passa a se constituir como equipe ampliada.

Entre esses outros profissionais temos:

a) Equipe de Saúde Bucal (SB) — dentista, técnico de higiene dentária (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD) que têm lotação fixa nas Unidades e são inseridos nas equipes nucleares de forma proporcional. Em algumas UBSs (Unidade Básica de Saúde) a equipe de saúde bucal tem participação semanal, em outras, quinzenal, havendo ainda equipamentos de saúde em que a reunião de equipe não conta com a presença da saúde bucal.

b) Equipe de Saúde Mental (SM) — três psicólogos, um assistente social, dois psiquiatras — que formam duplas e se distribuem nas reuniões das 28 equipes de PSF existentes nas 5 UBSs das regiões acima mencionadas. As duplas de Saúde Mental não são fixas, ou seja, todos os seis técnicos se organizam de modo a produzir as mais diversas composições de duplas que, entretanto, se constituem em referências fixas para cada uma das 28 equipes. . A frequência de participação das duplas em reunião com a equipe nuclear atualmente é de apenas uma vez por mês.

c) Estágio — O serviço conta com estagiários de enfermagem, de medicina, de psicologia e de fonoaudiologia. A participação dos estagiários nas reuniões e o tempo de estágio de cada curso são bastante variáveis, destacando-se o de fonoaudiologia que está no programa desde seu início (1998) e cada turma de estagiários frequenta por um ano o estágio nas UBSs.

d) Gerência — Participam ainda das reuniões, sempre que há alguma necessidade e/ou disponibilidade, os diretores das Unidades, os preceptores e a coordenadora da região norte do PSF.

e) Extra serviço — Há disponibilidade por parte das equipes de receber ou se deslocar para outro local para eventuais reuniões com professores/coordenadores pedagógicos das escolas locais, conselheiros tutelares, educadores do sistema socioeducativo, equipe técnica/juiz das Varas da Infância e Juventude, CAPS, equipe técnica de hospitais psiquiátricos e qualquer outro equipamento que possua algum vínculo profissional com os usuários cadastrados em nossas Unidades.

f) Auxiliares — Eventualmente, também entram para a reunião os auxiliares administrativos e os de serviços gerais, quando há necessidade de adequar algum instrumento de informação (SIAB - Sistema de Informação em Atenção Básica, fichas etc.), ou quando se identifica alguma necessidade de aproximá-los da compreensão sobre acolhimento ou sobre o trabalho das equipes de forma geral.

1.2. Sobre as equipes e suas diretrizes

A partir das diretrizes gerais do PSF cada uma das vinte e oito equipes deve organizar suas reuniões e fazer sua ambiência de forma singular. A data e o horário das reuniões são combinados no planejamento anual em concordância com toda a UBS, de forma a garantir que possam acontecer em horários diferentes e sem prejuízo à assistência praticada pelo equipamento de saúde.

Cada equipe do PSF é responsável por conhecer a realidade das famílias; pelo cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; por identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população está

exposta; por elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; por prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea na UBS/PSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; por fim, por desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

Frente ao desafio colocado, os integrantes do PSF necessitam compreender os princípios do SUS que favorecerão a visão holística do sujeito, apontando para o acesso ao serviço com dignidade, respeito, assegurando sua privacidade, seus valores éticos e culturais.

Também é diretriz do SUS a organização da população em seus territórios para garantir as políticas sociais, ajudando e fiscalizando o sistema de saúde, evitando o desperdício de recursos e exigindo uma melhor qualidade de assistência aos usuários.

Essa compreensão vai favorecer a construção de um saber coletivo, que propicia mergulhar em realidades tão distintas provocando a democratização do conhecimento, onde ninguém sabe tudo, mas todos têm o que contribuir e trocar. (Lancetti, s/d).

Diante dessas considerações, a proposta da PUC–SP de organizar e oferecer o curso “Dispositivos grupais na rede pública de saúde”, veio ao encontro do desejo e necessidade identificados, há tempos, de sistematizar e promover a análise do trabalho dessas equipes, praticado no território até então, o que culminou na necessidade de elaboração desse artigo, como um primeiro passo em direção a uma reflexão cada vez mais detalhada deste processo.

O curso reuniu profissionais dos mais diferentes cargos/funções que decidiram participar da proposta e discutir o tema deste artigo. Foi um trabalho árduo e difícil quanto à composição de horários comuns para as discussões e também quanto à transformação dos registros das mesmas em um artigo.

Para viabilizarmos a escrita dessa nossa produção coletiva, julgamos interessante organizar três eixos temáticos, dividindo o grupo em três subgrupos de redação conforme os mesmos e que passaremos a relatar em seguida:

1. O processo de trabalho do grupo que participou do curso
2. Sobre o processo de gestão e organização das reuniões de equipe;
3. Sobre os ingredientes necessários para esse trabalho em equipe.

2. O PROCESSO DE TRABALHO DO GRUPO QUE PARTICIPOU DO CURSO

2.1. Formação do grupo

O Curso “Dispositivos Grupais”, proposto pela Faculdade de Psicologia da PUC-SP, foi oferecido num primeiro momento para a Saúde Mental (SM), pois era um curso destinado a esses trabalhadores, mas que foi imediatamente ampliado para os demais trabalhadores do PSF por se compreender que o trabalho da SM e da SF não devem ser dissociados, ou seja, os “fazerem” em SM são responsabilidade de todos os integrantes das equipes. Este é o modelo praticado no território.¹

Partindo deste pressuposto, o convite foi estendido para as cinco UBS/PSFs, localizadas na região norte do município de São Paulo e que teve como parceira em seu gerenciamento, a Fundação Zerbini.²

Para viabilizar a concretização dessa jornada, foi realizada uma reunião que envolveu os diretores das UBS/PSFs (Zerbini/Norte), a Coordenação que representava a parceria na região, a supervisora do estágio de Fonoaudiologia da PUC e a equipe de SM.

Nessa reunião, a proposta do curso foi exposta e discutiu-se sobre como determinar quais atores (trabalhadores) deveriam se inserir no pro-

1 A denominação SM, SF e SB são para identificar equipes de trabalho, onde a ênfase maior é no específico, porém com o entendimento de que as equipes atuam na integralidade do usuário.

2 A Fundação Zerbini esteve conveniada com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de 1998 a 2001 e com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, de 2001 a 2007 para gerenciar o PSF que tomamos para estudo neste artigo.

cesso e qual prática grupal focar. Pactuou-se que a inserção das pessoas no grupo deveria ser movida pelo desejo, além da própria disponibilidade de horários extras para os encontros na Universidade.

A discussão da formação inicial do grupo que iria participar desse curso seguiu por mais três encontros, tempo que foi necessário para que a proposta fosse veiculada e compreendida nas Unidades. A partir disso as pessoas que se interessaram foram se encontrando e se constituindo um grupo de estudo já em pleno processo de trabalho. No entanto, até meados do ano, houve entradas e saídas de participantes, por diferentes razões. Os preceptores, responsáveis no Programa por processos de formação em serviço, que já acompanhavam o trabalho do grupo de estudo à distância, só puderam integrá-lo na metade do processo de trabalho, por falta de horário comum. Sua inclusão no grupo surpreendeu a todos e possibilitou o compartilhamento da experiência dos mesmos. Suas contribuições relativas ao afinamento dos ideários, capacidade de interferência mútua e quanto os profissionais de branco se deixam afetar, veio enriquecer a discussão de todo o grupo. De outro lado, vivemos perdas por demissões ou mudanças de local de trabalho.

O grupo de estudo contou com a participação de treze pessoas, sendo duas da UBS/PSF Vila Espanhola, duas da UBS/PSF Vila Ramos, duas da UBS/PSF Dr. Augusto L. A. Galvão, quatro da UBS/PSF Vila Penteadado, quatro da ESM e três da coordenação da F. Zerbini.

Durante os encontros, identificamos a necessidade de fazer alguns acordos quanto ao modo de processar e circular as informações, pois houve a preocupação de como elas seriam compreendidas, uma vez que nem todos os participantes de todas as equipes estariam nesse grupo de estudo e as experiências a serem sistematizadas revelariam o cotidiano das equipes.

Para cuidar desta preocupação, o grupo de estudo construiu um parâmetro ético: todas as inquietações produzidas pela discussão do que ali fosse conversado, deveria ser restituído ao próprio espaço do grupo de estudo para esclarecimentos. Ou seja, o respeito ao que pudesse ser provocado em cada um dos participantes no desenrolar das discussões e a responsabilidade do grupo de cuidar disso no coletivo.

Este fato marcou o início de uma aprendizagem, e todos entenderam que o mau contrato, aquele que não tem regras claras em que se apoiar, permite que as pessoas não cumpram os acordos pactuados.

Ainda assim, mesmo tendo apreendido a seriedade do contrato estabelecido, o grupo problematizou o “combinado não cumprido”, fato tão vivenciado no cotidiano das equipes, e entendeu como sendo sua a responsabilidade pelas possíveis transgressões.

Na formatação do grupo, distinguiram-se duas modalidades de participação: alguns estariam presentes em todo o processo de trabalho do grupo de estudo, incluindo seminários e aulas na PUC e outros, por indisponibilidade de horário, contribuiriam somente nos encontros do território fomentando as discussões e cooperando na escrita do texto.³

2.2. O tema escolhido para estudo

Desde o início, “reunião de equipe” foi um tema levantado para ser aprofundado neste curso, por entendermos que a organização do trabalho em equipe é uma das bases fundamentais de sustentação da proposta de PSF e, portanto, reunir-se é ação estratégica: propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, e de estratégias de intervenção que devem ser elaboradas conforme os recursos disponíveis.

Entretanto, ao ampliar a participação no curso para outras pessoas, colocou-se a questão se este seria um tema escolhido por quem ainda estaria chegando no grupo em formação para realizar o que o curso propunha.

O tema foi rediscutido e referendado com as seguintes afirmações:

- É uma PRÁTICA QUE SE REALIZA SEMANALMENTE, sendo o espaço mais importante do trabalho, pois é onde se definem as estratégias de ação de cada equipe;

3 Os profissionais relacionados a seguir foram os que colaboraram de alguma forma para esta produção: Vera Lúcia Mendes – Supervisora do estágio de Fonoaudiologia da PUC/SP; Walter A. Bahia Pereira – Psiquiatra da ESM; Márcia dos Santos Campos – ACS da UBS Vila Penteado; Márcio Ghiu – Preceptor no PSF/Zerbini; Francies Oliveira – Preceptora no PSF/Zerbini; Sílvia Regina Rocha – Psicóloga da ESM; Saron Fernandes – Médica de SF da UBS Vila Espanhola; Stefânia Natali Mathias – Médica de SF na UBS A. L. A Galvão; Tula dos Reis Laurindo – Enfermeira de SF da UBS A. L. A. Galvão.

- Ambiente de muitos conflitos, dificuldades, que contêm interesses diversos que deverão ser conduzidos para um comum;
- Constitui em aprendizado contínuo, atua como forte motivador de trabalho e cria possibilidades de pensar os contratos que cada equipe tem;
- É lugar para pensar coletivamente, e possibilita a convivência com as diferenças;
- Embora se constitua em espaço previsto, deve ser construído permanentemente;
- Propicia que as relações interpessoais da equipe sejam lapidadas com ênfase no desenvolvimento do trabalho;
- Também representa espaço de cuidado para quem está no dia-a-dia das atividades, repensando ou retomando os contratos estabelecidos;
- Há referência de diagnóstico de reuniões burocratizadas *versus* reuniões mais operativas de forma transdisciplinarizada;
- É o único PSF que tem a SM compondo a SF.

2.3. Desdobramentos da discussão sobre o tema escolhido

Embora as equipes tenham o conhecimento sobre a proposta do PSF, considerando o funcionamento de equipe ampliada, parece existir ainda uma dificuldade no quesito integralidade, pois o desejo de que a SM cumpra com sua especificidade *independentemente* da SF tem se apresentado constantemente de várias formas.

Lidar com este conflito tem sido o desafio das equipes. O que e como operar para construir a integralidade na saúde? Quais elementos corroboram para que as equipes avancem ou retrocedam na prática de saúde?

Esta discussão foi nos levando para vivências das equipes, como por exemplo, o relato de duas delas que faziam atividades extras, individualizadas, fora do horário de trabalho, pois, nas reuniões priorizavam a discussão em equipe, e só se conscientizaram disso no momento em que essa prática foi relatada no grupo de estudo.

Esse tema, realizar tarefas fora do horário de trabalho, foi circulando e passou-se a discutir qual a melhor maneira de realizar as tarefas sem prejuízo individual ou grupal.

Através da descrição de várias outras experiências, constatou-se que algumas equipes no seu espaço de reunião priorizam pontos de caráter mais coletivo, discussão de caso, por exemplo, ficando para segundo plano o que é mais operacional, como o preenchimento de receitas de medicações de uso contínuo.

A questão levantada neste momento da discussão foi: “o que o PSF produz?”, ou seja, “as exceções que podem ocupar o fora do trabalho, podem ser consideradas como não excesso? O que excedemos e por que?”; “O tempo nesse trabalho é excesso ou intensidade desejante?”

Importantes discussões sobre a burocratização do serviço foram trabalhadas. Entendendo a burocracia como a instituição que separa o pensar do sentir, o planejamento da execução (Moura, 2003), problematizamos a relação burocracia e integralidade, uma vez que, para o princípio da integralidade, afetar e deixar afetar-se determina, consciente ou inconscientemente, ações. É importante considerar isso como ferramenta no atendimento do PSF, pois só com o trabalho burocrático não se faz saúde no seu conceito mais amplo.

Foram também abordadas as diferentes relações das vinte e oito equipes de SF com a SM. Talvez não exista uma integração efetiva de todas as equipes, pois o olhar na Saúde está habituado a encarar problemas que prontamente resolve e os problemas de saúde mental são compreendidos como aqueles que não apresentam a “resolutividade desejada”.

Todos os participantes do grupo relataram sua prática, inclusive os da equipe de SM, fato que gerou um conforto maior, pois esclareceu-se que enquanto as equipes de SF vieram se modificando desde a implantação do PSF, no sentido de alteração do número de equipes, de pessoal, de tarefas, de exigências, a equipe de SM se manteve na mesma composição desde o início do programa.

Éramos vinte e duas equipes de SF, com nove profissionais em média por equipe, e seis na equipe de SM de retaguarda para trabalhar o fortalecimento da SF em relação às diretrizes do SUS.

As equipes de SF demandavam desde atendimentos aos usuários, capacitação específica dos profissionais, atendimento aos funcionários,

presença constante nas diversas atividades realizadas pelas equipes, participação na construção de parcerias em rede até participação em processo seletivo para admissão dos funcionários.

Enquanto o programa era um projeto piloto, estas intervenções foram sendo possíveis a título de conferir sua viabilidade ética-estética-política. No entanto, na medida em que o trabalho no território foi ganhando consistência e impacto nas famílias, as mesmas vinte e duas equipes de SF ampliaram sua demanda em relação à SM.

Em 2005, o programa sofreu uma ampliação, passando de vinte e duas para vinte e oito, enquanto que a SM continuou com o mesmo número de profissionais com a exigência de atender a todas as vinte e oito equipes de SF, com todas as demandas acima referidas.

Nesta reflexão, concluímos que alguns indicadores presentes na relação entre as equipes são analisadores dessa ampliação.

- Como efetivamente sustentar análises e reflexões sobre a prática inovadora de um PSF nestas condições? Qual é a nossa invenção neste trabalho?
- Como lidar com o novo, usando roupa velha?
 - A Saúde Mental tem um “saber mais sabido” que pode ser distribuído de outra forma?
 - Na tentativa de garantir os princípios do SUS, caímos no equívoco de negar o conhecimento específico?
 - O poder neste PSF circula ou se cronifica e centraliza?

Estas foram algumas interrogações surgidas no processo de discussão. Interrogações que nos orientava na reflexão do tema, mas que não sabíamos se iríamos respondê-las ou não. O que pudemos constatar pelos relatos dos participantes, durante todo o percurso da discussão, é que houve mudança nas reuniões sistemáticas das equipes de SF, pois os próprios encontros propiciaram espaço para reflexão das práticas grupais e individuais e, portanto, alteração delas.

À medida que o trabalho progredia, éramos provocados para a escrita com base nos pontos levantados nas discussões e, nesta ocasião, identificou-se a necessidade de buscar embasamento com a leitura de alguns textos (em boa parte incorporadas nesse texto, conforme bibliografia). Optou-se

também pela confecção de uma ficha técnica que poderia ser facilitadora na tarefa de escrever sobre reunião de equipe. Os itens contidos nesta ficha técnica seriam: ambiência, tarefas visíveis e invisíveis, estrutura, mudanças já ocorridas, aprendizados, desafios, dificuldades e comentários livres.

No decorrer dos encontros fomos surpreendidos pela demissão de duas médicas, (uma no meio do ano e a outra no meio do segundo semestre) e pela desistência de outras pessoas no processo iniciado. Tais fatos nos levaram a considerar o quanto a reflexão sobre a prática pode interferir na permanência das pessoas no PSF. É um risco que toda reflexão nos obriga a correr, ou seja, a possibilidade de se modificar e/ou provocar mudanças.

O fato de havermos combinado remeter ao grupo o que surgisse em decorrência das discussões, possibilitou-nos evidenciar todas essas questões e a tarefa de relatar as práticas coordenou todo o processo.

Coletivamente fomos esclarecendo melhor porque o tema nos era tão importante:

- Necessidade de horizontalizar as abordagens e a apropriação em busca da construção de uma co-responsabilidade sistemática;
- Necessidade de desburocratizar as reuniões;
- Necessidade de se entenderem os elementos necessários para se alcançarem reuniões de equipe de boa qualidade, de forma a fomentar processos de subjetivação e de saúde;
- Necessidade de realizar reuniões operativas, ou seja, que ofereçam resultados concretos;
- Necessidade de discutir o processo de tomada de decisão das equipes sobre as intervenções a serem empreendidas. Fundamentar as ações conforme as necessidades de saúde do território, norteadas pelo estabelecimento de prioridades e pela avaliação sistemática das intervenções eleitas, contrapondo ao automatismo que freqüentemente permeia este processo;
- Necessidade de entender os elementos que permitem alcançar o potencial democrático das equipes de saúde. A valorização dos saberes dos trabalhadores de saúde que compõem as equipes e a des-hierarquização das relações entre eles, é uma perspectiva de ampliar o raio de ação sobre

determinantes de saúde até então não trabalhados de forma sistemática na prática tradicional dos serviços de saúde, em especial, hábitos, estilos de vida e meio ambiente;

- Necessidade de entender como ocorrem as construções coletivas no que tange à relação e à atuação das equipes de apoio (Bucal e Mental) com as equipes nucleares.

Diante do levantamento dessas necessidades, então, formulou-se: o que é constituinte e fundamental num trabalho de equipe?

Responder a essa questão talvez pudesse ser a nossa principal tarefa. As discussões, as leituras e as aulas na PUC, além de promoverem o arcabouço para as discussões, incentivaram-nos a escrever sobre o que fazemos.

3. COMO SÃO AS REUNIÕES DE EQUIPE

A descrição e a discussão que fizemos sobre os detalhes de como são as reuniões foi uma tentativa de analisar o funcionamento das equipes de SF, o que elas têm de comum e de diferente, que possam caracterizar como sendo constituinte e fundamental em um trabalho de equipe. Apresentamos a seguir um apanhado da discussão.

A formação de grupo de cada equipe de SF vai se estabelecendo a cada nova entrada e/ou saída de profissionais contratados, bem como a cada encontro, revelando assim um amplo espectro entre agrupamento e grupo. Isto é, entre um funcionamento inerte, serializado (Moura, 2003; Fernández, 2006), ao modo fila de ônibus, e um funcionamento coletivo em que o grupo “trabalha e se trabalha” como nos ensina Pichon-Rivière (1986).

O tempo gasto em uma reunião de equipe é de no mínimo uma hora e no máximo quatro horas, podendo ser realizada em ambiente fechado (sala das UBSs) ou em espaço aberto como estacionamentos ou outras áreas livres. Os participantes se dispõem em círculo, possibilitando melhor contato visual entre os integrantes, ainda que em algumas ocasiões seja necessário sinalizar esta necessidade ou convidar alguém para sentar-se na roda, que por alguma razão ficou de fora.

A maior parte das equipes de SF providencia um lanche para ser servido durante a reunião. Muitas vezes o mesmo é cotizado entre as pessoas ou

ofertado por alguém da equipe ou mesmo da comunidade. É usual celebrar os aniversários do mês com um bolo e também com o clássico “Parabéns a você”. Recentemente um médico completou 71 anos e além do usual bolo e do parabéns, para sua surpresa, foi homenageado também pelo coral da Unidade, o que emocionou a todos. Esta é uma singularidade de uma equipe de SF e esse exemplo demonstra como as produções vão sendo incorporadas e valorizadas. Esse coral da UBS é uma construção de muitas mãos — é integrado por pessoas da comunidade, regido por uma ACS e ensaiado por um estagiário de fonoaudiologia, que pretendia realizar um trabalho com voz — e para chegar a essa organização passou-se por muitas etapas e hoje pode ser denominado Coral da UBS Vila Ramos.

A maioria das equipes de SF faz pauta no início da reunião, estabelecendo a prioridade do que discutir. Uma delas usa um caderno para escrever os assuntos que vão surgindo ao longo da semana e que deverão ser discutidos no espaço da reunião. Outra equipe considera a comunicação no dia-a-dia entre as pessoas como parte da reunião. Os encontros, mesmo que informais, acontecem o tempo todo e ajudam na tomada de decisões, na troca de opiniões e até mesmo no fortalecimento das relações interpessoais. “É como se a cada dia existisse um tempo precioso e valioso para os membros da equipe se encontrarem” (fala de um dos participantes na discussão).

Outras ainda, vão falando e emendando assuntos dos mais variados, de acordo com o incomodo de cada um ou o que ouviu de seus pacientes, esperando que o médico resolva o que fazer, dando a impressão de um caos generalizado. Há as que ficam comportadamente esperando recomendação/convocação/comentário/ por parte do médico ou da enfermeira, assistindo-o preencher papéis rápida e infinitamente, como se o trabalho da equipe só dependesse do médico. Há ainda as que usam a reunião para o preenchimento dos mapas de produção e de informação e entrega das convocações.

As interrupções das reuniões têm sido freqüentes, gerando polêmica: de quem é a necessidade de interromper? Do usuário, do trabalhador ou de quem ficou de fora do grupo? O quanto é defesa/resistência à tarefa ou urgência de fato? Em geral as equipes de SF colocam aviso na porta, informando que estão em reunião e apesar do pedido explícito para não

serem interrompidas, freqüentemente se observa batidas na porta e sem qualquer cerimônia a reunião é interrompida pelas mais diferentes razões. Outras equipes não conseguem permanecer atentas a um coletivo e as pessoas entram e saem da sala como se não houvesse interesse no que se está realizando dentro dela.

A coordenação da reunião geralmente é feita pela enfermagem e raramente se consegue alterar este costume. Algumas vezes tenta-se rodiziar esta coordenação para que todos possam experimentar a função, mas nem sempre o rodízio é mantido e logo o que já está “habitado” retorna. O ato de coordenar não é questão a ser discutida e raramente outras pessoas o assumem. Muitas vezes, a coordenação é confundida e entendida como sendo de fato uma das funções/atribuições próprias da enfermagem na SF, ou seja, “a de ser responsável” pelos agentes comunitários (ACS).

Por outro lado, observam-se equipes de SF tão bem integradas que é visível a atenção de cada um para o que está faltando: cadeira, copo, lanche, prontuários, livro ata etc., e as providências são logo tomadas por quem percebeu primeiro, com o objetivo de dar início rapidamente à reunião. Nestas, a reunião é compreendida em sua máxima importância e é coordenada por todo o grupo, que constrói a pauta, incluindo a demanda de todos os integrantes.

Uma das equipes de SF chegou a instituir um apito, sem constrangimento algum de seus integrantes, que fica no centro da mesa e qualquer um pode usá-lo para fazer retomar a ordem, com a intenção de otimizar o tempo para assuntos relevantes. Ele é acionado segundo os combinados pelo grupo: quando alguém fala conjuntamente, ou quando se usa o tempo desproporcionalmente, ou para qualquer outra situação que disperse a atenção na reunião.

Em algumas reuniões de equipe ampliada, a presença da dupla da SM é sentida como se não houvesse um lugar de recepção/pertencimento na SF, gerando desconforto, com expectativa de entrosamento/integração por parte da dupla e com a idéia de “passar o caso”, na perspectiva de resolutividade por parte da SF. Outras equipes de SF, entretanto, realizam uma relação horizontal tão integrada entre si e com os profissionais que

as ampliam que é possível contar com o apoio de todos da equipe quando qualquer um, incluindo aqui os da SM, necessita ser acolhido em suas fragilidades emocionais diante de um trabalho difícil.

É comum a equipe de SM entrar na equipe de SF e se disponibilizar para auxiliar nas situações difíceis do próprio grupo, como a saída de alguém muito querido, ou a morte de algum usuário da área e ao que isso remete às pessoas, ou a algum caso muito difícil em que todos se envolvem. Há aí um trabalho invisível que é o de constituir-se como grupo, na medida em que as discussões nas reuniões são voltadas para os acontecimentos entre as pessoas da equipe e/ou idéias em relação ao trabalho, o qual propicia o esclarecimento de algum sentido para estarem juntos e desenvolverem conjuntamente um trabalho.

É consenso entre as equipes de SF que o objetivo da reunião é discutir, elaborar e decidir estratégias para concretizar as ações entendidas como necessárias para garantir ou restaurar a saúde do território. Em todas as equipes existe a preocupação de executar alguma ação.

Algumas entendem como ação aquelas previstas pelo programa – os grupos tradicionais (hipertensão, diabetes, puericultura, gestantes) ou a consulta médica e a de enfermagem, utilizando as reuniões, então, apenas para executar serviços burocráticos, como separação de resultados de exames, preenchimento de fichas, montagem de receituários e outros impressos, e troca de receitas.

Outras entendem que, além das previstas, as ações devem ser definidas a partir das necessidades demandadas pela população e por isso utilizam a reunião para discutir casos de famílias e estratégias de cuidados, analisar e avaliar o cronograma de atividades, levantar problemas e avaliar o desenvolvimento do trabalho da SF, elaborar novas estratégias de intervenção na comunidade, o que geralmente acaba ultrapassando o tempo previsto para reunião e até a carga horária diária dos trabalhadores. Uma das equipes optou por utilizar uma de suas reuniões mensais no território de uma micro-área como estratégia para fomentar a discussão e fazer avaliação com a comunidade do atendimento realizado pela equipe.

Esse “jeito de estar” em reunião, promove o desenvolvimento de outras ações criadas pela SF, observando-se, então, um vastíssimo cardápio de atividades, que podem ser de cunho individual ou grupal, como por exemplo:

- Agendamento médico no prazo de um ano para todas as crianças/adolescentes compreendidas na faixa etária de 0 a 16 anos para que o profissional médico possa conhecê-las e construir vínculo;
- Jogo de basquete duas vezes por semana;
- Mutirão de Papanicolaou (exame de prevenção de câncer do colo do útero);
- Reunião semanal com a creche próxima da Unidade para discutir o desenvolvimento das crianças e as ações da SF e da própria creche no contato com a criança e sua família;
- Atividades de teatro semanalmente para jovens;
- Projeto de horta comunitária;
- Artesanato, cozinha alternativa, alfabetização;
- Brinquedoteca;
- Ginástica/relaxamento/exercícios orientais;
- Terapia comunitária (TC);
- Festi-jovem;
- Bailes, passeios;
- Roda de conversa com adolescentes na escola;
- Parcerias com os diversos serviços envolvidos com os mesmos usuários.

A grupalidade (Fernández, 2006) da equipe determina o maior ou o menor êxito nas ações empreendidas e efeitos na comunidade. Outros fatores também determinam êxito como, por exemplo: se as reuniões são quentes ou burocratizadas; se as relações são horizontalizadas ou hierarquizadas; se a confiança circula; se a informação deve ser policiada; se é possível discutir os nós do grupo ou, afinal, se “*quem tem juízo, obedece*” (fala de um dos participantes), só para falar do grau de implicação e autonomia no trabalho que cada equipe de SF se autoriza.

Aprendemos que as reuniões quentes e mais horizontalizadas fortalecem a equipe, transformam o trabalho, modificam os integrantes, criam suportes para enfrentar os desafios, geram motivações para o trabalho, além

de propiciarem a criação de espaços para dividir angústias e sofrimentos. “O dia em que a equipe de SM está com a equipe de SF é quando discutimos as coisas mais difíceis” (fala de outro participante).

Em uma equipe de SF, as auxiliares não estavam participando de nenhuma reunião e a equipe de SF reclamava da equipe de SM que era entendida como “a que chegava para encher o saco” e com muito pouca contribuição, “como se não servisse para nada”. Um dia, uma das ACS, participante deste curso, comentou sobre ele, sobre os textos que estava lendo, como era ir até a PUC e encontrar outras situações diferentes das que vivia e das discussões que provocavam nela outros pensamentos em relação ao trabalho. Falou e divulgou na equipe de SF e na UBS com tanto entusiasmo e espontaneidade que as auxiliares de forma repentina e surpreendente, passaram a freqüentar as reuniões de equipe de SF.

Estar em um ambiente que provoque pensamentos questionadores, que valorize o indivíduo e o grupo, que leve em conta a sintonia das relações afetivas são fatores determinantes no processo de criação. A responsabilidade em assumir decisões e atitudes de forma coletiva torna possível estabelecer prioridades nas necessidades e em seus encaminhamentos.

Entender a longevidade e a resolutividade “do caso”, entender qual o desejo que se tem em relação à equipe, e o que significa entrar e sair das famílias, pensar que existe o tempo de cada sujeito, seja do trabalhador, seja do usuário, e nos colocar em condição horizontal quando vemos o outro em apuros, são dificuldades e alguns dos questionamentos que têm surgido.

A concentração da atenção das pessoas nas reuniões também é uma das questões, pois em muitos momentos, o espaço da reunião é esperado como momento de relaxamento de toda a tensão do cotidiano. Por outro lado, a ansiedade de querer resolver tudo em apenas quatro horas de reunião, faz muitas vezes a equipe de SF atropelar seu limite, exigindo-se dela mais do que pode suportar. Com tanta diversidade de profissionais e uma ampla necessidade de assuntos a serem abordados, levantamos alguns questionamentos:

- 1) Diante de tantas necessidades urgentes, como diminuir a ansiedade em relação ao trabalho? Sempre estamos nos perguntando se o que fazemos é o melhor.

- 2) Existem aspectos que devem estar presentes em todas as reuniões das 28 equipes?
- 3) Há necessidade de coordenador? Por quê? Como escolhê-lo?
- 4) Partindo do pressuposto de que todos igualmente são integrantes da equipe, organizados como um grupo, de que forma trabalhar as angústias e as ansiedades que surgem em diferentes momentos do grupo constituído?
- 5) É correto a equipe de SM trabalhar as relações hierarquizadas na/da equipe, para que o trabalho possa adquirir mais autonomia e mais potência? Se sim, como realizar isso?
- 6) O que é fundamental para uma equipe ter um bom trabalho?

Apesar de não pararmos de nos questionar sobre o nosso trabalho e sentirmos muita insegurança diante de tantas exigências, constatamos que reunir-se semanalmente em equipes de trabalho nos últimos oito anos nos possibilitou um aprendizado e nos fez construir uma tecnologia de grupo.

Essa tecnologia é do que trataremos a seguir.

3.1. Quais os ingredientes necessários para se trabalhar em equipe?

Destacaremos, então, alguns pontos, referidos à nossa prática, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas colocando em relevo aqueles que julgamos fundamentais para uma reunião de equipe acontecer de maneira produtiva:

a. Clareza dos objetivos do trabalho no PSF

Estes objetivos são muitas vezes transmitidos em atividades de educação continuada. Porém, retomar em alguns momentos estes objetivos nas reuniões de equipe, possibilita discussões e aprofundamentos. Isto pode diminuir as ansiedades decorrentes da equipe desejar resolver todos os problemas das famílias.

b. Compreensão das diferentes formas de comunicação

É importante “ler” as diferentes formas de comunicação, como os movimentos corporais, expressões faciais, o entra-e-sai da reunião, a conversa paralela, que estão presentes na reunião de equipe, pois esta leitura possibilitará o respeito dos acordos prévios, e as explicitações/discussões das dificuldades e incompreensões.

c. Acordo prévio

Significa pactuar previamente de forma clara e objetiva o horário, o dia, o local e a tarefa a ser desenvolvida.

d. Perseverança

Em cada reunião há um emaranhado de sentimentos, desejos e ações. Além disto, cada um tem o seu tempo para pensar e interpretar as situações. A paciência/perseverança é uma habilidade que permite o desenvolvimento de cada membro da equipe no seu próprio tempo. Por isso é necessário perseverar.

e. Abrir-se para diversidade

Significa admitir e respeitar opiniões contrárias à sua. É interessante que aconteça o tempo todo em uma reunião de equipe. A tolerância possibilita a negociação dos conhecimentos técnicos, empíricos, experiências individuais e opiniões de cada integrante que contribui para uma decisão final.

f. Construir confiança

Capacidade de contar uns com os outros para a resolução de problemas, para compartilhamento de bons resultados e para assumir uma tomada de decisão coletiva. Para a confiança se estabelecer é necessária a valorização do conhecimento de todos os integrantes, a construção de um canal de comunicação onde todos são ouvidos e que exista respeito à opinião de todos.

g. Produção de diversidade

Cada um é importante e fundamental na equipe e a complementação das ações e atuações traz a “riqueza” e potencializa o trabalho. Desta forma é necessário que haja clareza da responsabilidade de cada um. É importante o conhecimento específico, não para separar, e sim como um instrumento que deve ser utilizado para construir um novo saber no coletivo.

h. Capacidade de crítica e autocrítica

O grupo deve desenvolver a capacidade de analisar seu trabalho como ferramenta que o auxilie a aprimorá-lo.

i. Autocuidado

Capacidade de acolher, discutir e apoiar as dificuldades enfrentadas pelos participantes da equipe, tendo em vista a extrema importância de ‘cuidar dos cuidadores’; entendendo cuidador como cada um da equipe co-responsável pela saúde das famílias cadastradas.

j. Potencial democrático

Capacidade de abrigar, na dinâmica das reuniões de equipe, um processo de tomada de decisão efetivamente coletiva, seja na eleição e ordenação das pautas, seja na eleição das intervenções propriamente ditas.

k. Apropriação e construção do conhecimento no coletivo

A reunião de equipe deve ser uma possibilidade de encontro entre as pessoas para compartilhar o conhecimento (formal e informal) adquirido por cada um, objetivando construir a partir disso uma estratégia de intervenção capaz de alterar uma dada realidade. A partir desse compartilhamento, os saberes se misturam a ponto de após um período de tempo já não sermos capazes de identificarmos de quem foi a idéia e de onde surgiu o pensamento. Ele já está incorporado no saber da equipe que o constituiu.

Um exemplo disso foi trazido por uma enfermeira:

Em uma reunião de equipe, uma ACS relatou para todo o grupo, que estava tranqüila com um cuidado que havia realizado sozinha. Ela se referia à visita domiciliar de uma puérpera. Normalmente, essas visitas acontecem junto com a enfermeira, mas nesta ocasião a agente procedeu sozinha.

O seguinte diálogo deu início à reunião:

- Enfermeira: por que você ficou tranqüila?
- ACS: porque fiz aquela famosa pergunta que você sempre faz.
- Enfermeira: que pergunta?
- ACS: “Como está sendo para você esta experiência?”

A partir deste diálogo a equipe discutiu sobre a abordagem feita aos seus usuários e também à própria equipe. Perguntas abertas como esta valorizam os sentimentos e as experiências das pessoas sem induzir respostas. A equipe incorporou esta pergunta em seus encontros semanais, trazendo o cuidado para si, quando antes este era dirigido somente ao outro.

Elencar estes ingredientes como necessários para realizar uma reunião de equipe foi a conclusão que o grupo chegou para que possamos realizar um bom trabalho de PSF.

No entanto esses ingredientes foram pensados a partir da experiência dos participantes deste grupo de estudo em sua prática de reunião com as 28 equipes de SF do PSF/Zerbini ao longo dos oito anos de trabalho e, portanto não devem ser utilizadas como regras a serem seguidas, apenas como sugestões a serem observadas, consideradas e discutidas.

Localizá-los para nós neste momento foi importante para fazer-nos pensar sobre nosso trabalho e suas implicações.

Entendemos que a reunião de equipe com estes ingredientes nos produziu movimento. Tem provocado processos de subjetivação e processos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec
- Capistrano Filho, David (1999). O programa de Saúde da Família em São Paulo. In: *Estudos Avançados* 13 (35) Jan./Apr. 1999. Dossiê Saúde Pública.
- Fernández, A. M. (2006). *O campo grupal – notas para uma genealogia*. São Paulo: Martins Fontes
- Lancetti, A., et al. (s/d) *Saúde Loucura - Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec
- Moura, A. H. (2003). *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec
- Pichón-Riviére, E (1986). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes
- Teixeira, R.R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. e Mattos R.A.(orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO