

Tatiana Fernandes Kerches de Abreu



Tecnologias relacionais
na gestão de equipes
por enfermeiros da
**ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Tatiana Fernandes Kerches de Abreu



Tecnologias relacionais
na gestão de equipes
por enfermeiros da
**ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Editora chefe	
Prof ^a Dr ^a Antonella Carvalho de Oliveira	
Editora executiva	
Natalia Oliveira	
Assistente editorial	
Flávia Roberta Barão	
Bibliotecária	
Janaina Ramos	
Projeto gráfico	2023 by Atena Editora
Camila Alves de Cremo	Copyright © Atena Editora
Ellen Andressa Kubisty	Copyright do texto © 2023 Os autores
Luiza Alves Batista	Copyright da edição © 2023 Atena
Nataly Evelin Gayde	Editora
Imagens da capa	Direitos para esta edição cedidos à
iStock	Atena Editora pelos autores.
Edição de arte	Open access publication by Atena
Luiza Alves Batista	Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

- Prof^a Dr^a Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^a Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
Prof^a Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Tecnologias relacionais na gestão de equipes por enfermeiros da estratégia saúde da família

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: A autora
Autora: Tatiana Fernandes Kerches de Abreu

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
A162	Abreu, Tatiana Fernandes Kerches de Tecnologias relacionais na gestão de equipes por enfermeiros da estratégia saúde da família / Tatiana Fernandes Kerches de Abreu. – Ponta Grossa - PR: Athena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1677-7 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.777231207 1. Gestão de equipes de saúde. 2. Tecnologias relacionais na saúde. 3. Enfermagem na estratégia saúde da família. 4. Comunicação interpessoal na saúde. I. Abreu, Tatiana Fernandes Kerches de. II. Título. CDD 362.1068
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Como vocês querem que os outros lhes façam, façam também vocês a eles.
Lucas 6:31

Líder é aquele que vê mais que os outros, além dos outros e antes que os outros.
Leroy Eims

A liderança é a capacidade de conseguir que as pessoas façam o que não querem fazer e gostem de o fazer.
Harry Truman

DEDICATÓRIA

A meu filho amado Lucas, que junto ao seu nascimento trouxe a possibilidade de realizar um sonho vindo desde a minha formação como Enfermeira e pude me dedicar ao seu desenvolvimento.

À minha querida mãe Rosangela, mulher dotada de uma singela sabedoria e elegância, guerreira e vencedora que não mediou esforços para que os estudos fossem priorizados no meu crescimento e agora no mestrado. Acreditou em mim e me encorajou a percorrer este caminho no descanso em Deus e me fez sentir confortável com o tema abordado, por descrever um pouco da formação que me dera.

Ao meu esposo Cassius, prova viva do amor de Deus por mim, dotado de tanta grandeza e dignidade, me fez entender lições simples e preciosas do que seja paciência, perseverança e amor. Acreditou em mim e possibilitou frete a dificuldades que eu terminasse e tornasse um sonho em realidade.

Às minhas maravilhosas irmãs Graziela, Laura e Ana que traduzem, com perfeição, o que seja viver em amor e em família. Sempre presentes em situações de desanimo, afeto e estresse, trazendo conforto carinho e paz a fim do convencimento do que seria melhor para o momento.

AGRADECIMENTOS

Em primeiríssimo lugar agradeço a **Deus** que sempre foi o Pai e meu pai na ausência de um, me pegou no colo e me convenceu através do Espírito Santo qual seria o momento certo de realizar esta dissertação. Me fez enxergar o verdadeiro intuito do nosso nascimento e o que O agradava, mesmo muitos olhando e não acreditando nas minhas decisões. Por isso Deus, obrigada.

Ao meu filho **Lucas**, tesouro mais precioso, que muitas vezes me consolou com seu sorriso contagiante, carisma e presença contribuindo para continuar com meus estudos.

Agradeço a minha mãe **Rosangela** e às minhas irmãs **Graziela**, **Laura** e **Ana**, pelo carinho, compreensão, o cuidado com meu filho nas minhas ausências e, principalmente, por serem os maiores incentivadores de todos os meus sonhos. Minha família me inspira, diariamente, a buscar a felicidade e a semear coisas boas.

Ao meu esposo **Cassius** por compreender, ser companheiro, contribuir nas escolhas, acreditar em mim e investir em um futuro diferente para nossa família.

A Sra **Neusa** (sogra) e ao Sr **Luiz** (sogro), com o zeloso cuidado com o Lucas em minha ausência, e que não me desampararam quando necessitei de ajuda para que meus estudos fossem concluídos.

A minha orientadora **Prof. Dra. Mônica M. Trovo** agradeço o privilégio de ser sua orientanda, usufruir de seus conhecimentos com sua coerência, seriedade e compromisso, e principalmente me preparar para assumir desafios como educadora, possibilitando meu amadurecimento como enfermeira, docente e pesquisadora. Como foi bom estes momentos em que passamos juntas, a qual pude conhecê-la como pessoa e os quais hoje me fazem uma pessoa realizada com o tema desenvolvido e agradecida por confiar em mim, mesmo não dominando o assunto. Que orgulho!

Agradeço o **Grupo de Pesquisa em Comunicação, GPCOM**, em especial a **Prof. Maria Júlia** por me propiciarem aprendizado, aprimoramento comunicacional e por contribuírem com o desenvolvimento da pesquisa.

Às **Profas. Dras. Luciane Lúcio Pereira e Maria Cristina Mello**, pelas valorosas contribuições durante o Exame de Qualificação.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNG**, agradeço pela firmeza com que conduziram o curso; aos professores disponíveis contribuindo com o meu aprendizado, conhecimento e aprimoramento; à secretária Cenise, que sempre esteve disponível para qualquer situação de dúvidas e resolução de problemas.

A turma que me acompanhou contribuindo com a amizade e companheirismo, que hoje alguns se tornaram amigos como: **Rúlio, Carla D**

AGRADECIMENTOS

Ávila, Rednaj e Yasmin. Obrigada a todos!!

A Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde Sul, Subprefeitura de Campo Limpo, Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, agradeço por me abrirem as portas de seus serviços de Estratégia Saúde da Família, permitindo a realização dessa pesquisa.

E, especialmente, meu profundo agradecimento a todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Obrigada pela confiança!

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
RESUMEN.....	3
INTRODUÇÃO	4
Apresentação	4
Objeto de estudo e a problemática de pesquisa.....	4
REVISÃO TEÓRICA	8
Comunicação interpessoal e tecnologia relacionais	8
Trabalho em Equipe.....	15
A Estratégia Saúde da Família	19
OBJETIVO	24
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
Tipo do estudo	25
Locais do estudo	25
Participantes da pesquisa.....	26
Procedimentos éticos	26
Considerações Éticas.....	27
Procedimentos de coleta de dados.....	27
Tratamento dos dados	28
RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
Caracterização dos participantes	30
Discursos dos participantes	30
Categoria 1: Desvelando a compreensão e utilização das tecnologias relacionais	31
Categoria 2. Caracterizando ambiente funcional e o processo de trabalho como barreiras à utilização de tecnologias relacionais com a equipe.....	38
Categoria 3. Revelando o desafio do trabalho com o ACS	45

SUMÁRIO

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
APÊNDICE 2 – Instrumento de coleta de dados.....	60
ANEXOS.....	62
ANEXO 1. Autorização Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSul).....	62
ANEXO 2. Parecer consubstanciado do CEP/UNG.....	63
ANEXO 3. Parecer substanciado CEP/SMS	65
ANEXO 4. Transcrições das entrevistas	67

RESUMO

Abreu TFK. Tecnologias relacionais na gestão de equipes por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. [dissertação]. Guarulhos – SP: Universidade Guarulhos; 2016.

Introdução: A falta de habilidade de comunicação e o resultado das atitudes dos gestores na relação com suas equipes podem interferir negativamente no contexto de trabalho, pois não é possível conceber liderança sem desenvolvimento interpessoal. Cabe aos líderes de equipes atentar às condições problemáticas das relações interpessoais no trabalho e utilizar tecnologias, instrumentos e ações concretas para intervir neste contexto de modo eficaz e humanizado. Sendo assim, a utilização de tecnologias relacionais pode favorecer o aprimoramento da competência interpessoal dos gestores nas equipes de saúde. **Objetivo:** Identificar a percepção do enfermeiro acerca do uso de tecnologias relacionais para gestão de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). **Trajetória Metodológica:** Estudo descritivo, exploratório, transversal e de campo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em três UBS da Região Sul do Município de São Paulo, vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde que possuem 26 enfermeiros atuando na ESF. Dezenove enfermeiros foram participantes desta pesquisa. Os discursos foram transcritos na íntegra e analisados segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Das falas dos participantes surgiram três categorias: 1) desvelando a compreensão e utilização das tecnologias relacionais; 2) caracterizando o ambiente funcional e o processo de trabalho como barreiras à utilização de tecnologias relacionais com a equipe; 3) revelando o desafio do trabalho com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). **Conclusão:** Por meio dos discursos evidenciou-se que os enfermeiros valorizam a utilização de tecnologias relacionais, porém desconhecem a nomenclatura referida e os conceitos associados, inferindo-se superficialidade na compreensão e utilização de tais ferramentas na prática. As barreiras para a utilização das tecnologias relacionais citadas foram a falta de espaço próprio para reuniões de equipe, a livre demanda de atendimento e a indisponibilidade do auxiliar de enfermagem para as atividades laborais da equipe, além do desafio de lidar com a gestão do trabalho e relacionamento com o ACS. A partir dos resultados sugere-se a educação continuada dos profissionais e a realização de novos estudos, que explorem as tecnologias relacionais na gestão de equipes sob outras óticas.

Palavras-Chave: Comunicação. Equipe. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Abreu TFK. Relational technologies in managing teams of nurses of the Family Health Strategy program. [thesis]. Guarulhos – SP: University Guarulhos; 2016

Introduction: Undeveloped communication skills, which has to do with ineffective management models adopted by some health team leaders, can have a negative impact at work since leadership cannot exist apart from interpersonal development. Health team leaders are responsible for identifying issues impacting relationships among colleagues at work and, when it happens, these leaders are supposed to make good use of techniques, through concrete actions, to improve the situation and allow/stimulate effective social relationships. The use of relational technologies can take health team leaders to a next level when talking about relationships at work, improving their interpersonal competencies. **Aim:** Identify, among nurses, the perception about the use of relational technologies applied to the management of Family Health Strategy teams. **Methodological approach:** A descriptive and exploratory field study, with qualitative approach. The research work was developed in three Basic Units of Health, from the south region of the city of São Paulo, connected to the Municipal Secretary of Health, which has 26 nurses working in FHS teams, in which 19 had participation on this research work. The interviews were fully transcribed, analyzed according to Bardin content. **Results:** Three categories were identified from the interviews: 1) revealing and comprehending the use of relational technologies; 2) identifying the functional environment and the working process as barriers to the use of relational technologies; 3) revealing the challenge of working with Community Health Agents. **Conclusion:** It was clear through the interviews that nurses recognize the value of using relational technologies, but most of them do not have enough knowledge about the terms associated to this field, with lack of a deeper knowledge about the use of the mentioned tools. Some nurses mentioned barriers to the use of relational technologies such as: missing proper space for team meetings, no privacy during moments of discussion or concentration, busy agendas, workload, targets to be met and nursing assistants that are not able to appropriately support the teams due to their work schedules. The relationship between health team managers and their Community Health Agents, was also mentioned as a barrier to the use of relational technologies. Based on the results of this study, it is clear that a specific training for Community Health Agents, focused on improving communication skills, would be of great value, allowing a better relationship among colleagues.

Keywords: Communication. Health Team. Nursing. Family Health Strategy.

RESUMEN

Abreu TFK. tecnologías relacionales en la gestión de equipos de enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia. [Dissertación]. Guarulhos - SP: Universidad de Guarulhos; 2016

Introducción: La ausencia de habilidad de comunicación y los resultados de las actitudes de los gestores en relación a sus equipos pueden interferir de forma negativa en el contexto de trabajo, pues no es posible concebir liderazgo sin desarrollo interpersonal. Es de responsabilidad de los líderes de los equipos fijarse a las condiciones problemáticas de las relaciones interpersonales en el trabajo y utilizar tecnologías, instrumentos y acciones concretas para intervenir en ese contexto de modo eficaz y humanizado. Así, la utilización de las tecnologías relacionales puede favorecer el perfeccionamiento de competencias interpersonales de los gestores en los equipos de salud. **Objetivo:** Identificar la percepción del enfermero acerca del uso de tecnologías relacionales para la gestión de los equipos de “Estratégia Saúde da Família” (ESF). **Trayectoria metodológica:** Estudio descriptivo, exploratorio, de campo transversal, con un abordaje cualitativo. La investigación fue desarrollada en tres UBS (Unidad Básica de Salud) en la región Sur del municipio de São Paulo, vinculadas a la Secretaria Municipal de Salud, que poseen 26 enfermeros actuando en la ESF. Diecinueve enfermeros han sido participantes de esa investigación. Los discursos han sido transcritos en su totalidad y analizados de acuerdo con la metodología de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** De los discursos de los participantes, se llegó a tres categorías: 1) Desvelando la comprensión y utilización de las tecnologías relacionales; 2) determinando el contexto funcional y el proceso de trabajo como dificultades à la utilización de tecnologías con el equipo; 3) Revelando el desafío del trabajo con los “Agentes Comunitários de Saúde” (ACS). **Conclusión:** Por intermedio de los discursos se lo ha evidenciado que los enfermeros valorizan la utilización de tecnologías relacionales, sin embargo desconocen la nomenclatura referida y los conceptos asociados, infiriéndose de modo superficial en la comprensión y utilización de esas herramientas en la práctica. Los obstáculos para la utilización de las tecnologías relacionales citadas han sido la falta de espacio dedicado para las cumbres de los equipos, la libre demanda de atención y la indisponibilidad del auxiliar de enfermería para las actividades de laboratorio del equipo, además del reto de lidiar con la gestión del trabajo y relacionamiento con el ACS. Desde los resultados, sugiriese la educación continua de los profesionales y la realización de nuevos estudios, que exploran las tecnologías relacionales en la gestión de equipos desde otras ópticas.

Palabras clave: la comunicación. Equipo. Enfermería. Estrategia de Salud.

INTRODUÇÃO

1 | APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento do interesse por gestão me acompanha desde a primeira oportunidade de trabalho como enfermeira. Na verdade, desenvolveu-se naturalmente, pois minha avó era enfermeira. Ela trabalhava muito, 18 horas por dia, mas a considerava uma heroína a ponto de, desde menina, me espelhar nela. A morte nos separou depois de uma cirurgia cardíaca e de acordo com os médicos, o problema se desenvolveu devido à excessiva carga de trabalho. Perdi meu chão, ela tinha apenas 45 anos de idade e me revoltei com a profissão. Escolhi a carreira contábil e, após um ano de estudo, percebi que eu não iria ser feliz nesta. Procurei por um novo curso em que poderia me realizar como pessoa e encontrei, era algo que sempre esteve presente em minha vida, a Enfermagem.

Ao longo dos anos trabalhando como enfermeira pude compreender o valor da comunicação interpessoal por meio da gestão de equipes. Trabalhei em hospitais e na recuperação de dependentes químicos, tive a oportunidade de lecionar em cursos técnicos, porém, realizei-me como pessoa através do meu mais recente trabalho, relacionado a Estratégia Saúde da Família (ESF). Cansativo, esgotante, mas importante e recompensador.

A facilidade de relacionamento com os pacientes, equipe de enfermagem e equipe de ESF, possibilitou-me destaque no ambiente de trabalho. Tornei-me referência na unidade em que trabalhava e, devido a isso, consegui uma autonomia até então incomum, e fui promovida a Enfermeira sênior de uma unidade composta por sete equipes, sendo a responsável técnica pelo time, respondendo diretamente a gerência da unidade. Por meio deste trabalho notei a importância da comunicação efetiva, do acolhimento, geração de vínculo, co-responsabilização e autonomia na liderança de equipe multiprofissional, formada por Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares administrativos, equipes de Saúde Bucal e equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF - composta por psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social) .

A escolha por cursar mestrado em Enfermagem e desenvolver pesquisa com o tema relacionado à gestão e comunicação justifica-se por ter presenciado fatores que afetam o processo de trabalho, ligados ao relacionamento interpessoal. Em diversas situações, notei que a não utilização de tecnologias relacionais resultava em atitudes não compreendidas, reações inesperadas e falhas na comunicação, trazendo prejuízos para o trabalho da equipe.

2 | OBJETO DE ESTUDO E A PROBLEMÁTICA DE PESQUISA

Comunicação é a base e o aspecto mais importante dos relacionamentos humanos, e para inteirar-se com o seu meio, o homem utiliza a comunicação em contextos

interpessoais, grupais, organizacionais e de massa¹. Assim, a comunicação é a base de qualquer tipo de relacionamento humano. No relacionamento gerencial, o uso de competências interpessoais pode ser o diferencial positivo para a gestão de pessoas². Em contrapartida, a falta de habilidade de comunicação e o resultado das atitudes dos gestores na relação com suas equipes podem interferir negativamente no contexto de trabalho.

Não é possível conceber liderança sem desenvolvimento interpessoal; assim, o comportamento gerencial eficaz inclui competência técnica e competência interpessoal. O desenvolvimento da competência interpessoal é, sobretudo, autodesenvolvimento. A organização pode direcionar este desenvolvimento definindo quais conhecimentos, habilidades e atitudes são necessários e desejáveis, porém o esforço no sentido de buscar oportunidades de desenvolvimento é individual². A utilização de tecnologias relacionais pode favorecer o aprimoramento da competência interpessoal dos gestores nas equipes de saúde³⁻⁴.

Tecnologias podem ser utilizadas para a gestão humanizada de equipes de saúde³. Compreende-se por tecnologia a busca intencional da produção de coisas (bens e produtos) que funcionam como objetos, não apenas materiais, mas sim simbólicos, que portam valores de uso e satisfaçam as necessidades. Podem ser classificadas em *tecnologia dura* (instrumentais, normas, rotinas e estrutura organizacionais), *tecnologia leve-dura* (saberes estruturados como a fisiologia, anatomia, psicologia, clínica médica e cirúrgica, entre outros saberes) e *tecnologia leve* (relacionadas ao conhecimento da produção das relações entre sujeitos)⁴.

A tecnologia leve está presente no espaço relacional do ambiente de trabalho e se materializa nas atitudes dos sujeitos, podendo ser denominadas tecnologias relacionais³⁻⁴. Compreendem o acolhimento, integração, formação de vínculos, espaço para encontros e escuta, canal e fluxo de comunicação bem definidos, respeito e valorização à autonomia, cooperação e co-responsabilização, uso de habilidades de comunicação para adequada expressão verbal, bom humor, empatia, postura ética, entre outros.

Diante disso, o objeto de estudo desta pesquisa compreende as tecnologias relacionais na gestão de equipes, que será explorado sob a ótica de enfermeiros de equipes de ESF. A escolha deste contexto deu-se pela vivência da pesquisadora no ambiente gerencial destas equipes, onde frequentemente surgem conflitos originados a partir de atitudes não compreendidas, reações inesperadas, falhas na comunicação.

Na prática diária de trabalhos das equipes de ESF são notadas deficiências no que diz respeito ao relacionamento interpessoal nos distintos níveis, tanto entre membros da equipe quanto entre gestores e equipe. Em alguns casos há falta de diálogo, respeito e confiança, além de dificuldades de comunicação, gerando desânimo, problemas de autoestima, esgotamento emocional e barreiras ao bom relacionamento. Isto afeta de modo contundente não apenas à saúde do trabalhador e sua qualidade de vida, como também a qualidade do serviço prestado.

Como exemplo é possível citar uma pesquisa feita em 2010, com profissionais de ESF em Santa Maria, Rio Grande do Sul, que evidenciou que o maior responsável pelo esgotamento profissional é o relacionamento interpessoal⁵, confirmando uma deficiência observada na prática.

A dificuldade no enfrentamento desta problemática relacional pode influenciar o atual contexto da ação assistencial dos profissionais, centrado nos procedimentos, esvaziado de problema no outro e com escuta empobrecida, perdendo assim a ação cuidadora. Mesmo com avanços tecnológicos, a valorização do relacionamento interpessoal tem perdido potência e eficácia⁶, ou seja, buscam-se soluções por meio de procedimentos, tecnologia dura ou leve-dura, esquecendo-se do que poderia ser a solução, como a escuta qualificada, respeito, confiança e diálogo entre os pares; em outras palavras, o uso de tecnologia leve.

Muitas barreiras podem ser criadas pela visão estreita daquilo que representam as tecnologias relacionais. Personalidade, motivação e comunicação são abordadas e realçadas em programas de desenvolvimento gerencial, porém não são operacionalizados nas práticas gerenciais, ficando no repertório intelectual do gestor, como teoria de ação verbalizada, mas não aplicada². Isto gera muitas demandas que poderiam ser simplificadas e resolvidas com o aprimoramento do relacionamento interpessoal e maior exploração do uso das tecnologias relacionais.

Desta maneira a atitude não acolhedora dos profissionais de saúde pode ser decorrente de uma acomodação do modo organizacional do trabalho neste setor, em que se valoriza mais a utilização de tecnologia dura e leve-dura em detrimento da tecnologia leve, fruto de um modelo arcaico de atenção à saúde incorporado em suas ações³.

Por isso o profissional de saúde precisa ser considerado em sua subjetividade, pois é um dos protagonistas do processo de trabalho em saúde, necessitando ser percebido e aceito como sujeito portador de valores, crenças, culturas e autoestima, desejos, emoções e sentimentos³.

Esta necessidade deve ser considerada por instâncias superiores, quando algum programa ou capacitação envolvendo a temática da humanização for oferecido. É importante que os profissionais participem, independente do cargo exercido, mas para o líder a participação é fundamental, por serem estes os profissionais que mais poderão contribuir em atitudes humanizadas nas relações de trabalho.

Assim o profissional de saúde tem opções de buscar novas tecnologias que propiciem satisfação no trabalho, dando espaço a sua subjetividade. Para que possa ser aprimorada a qualidade de vida do trabalhador no ambiente de trabalho, contexto em que há maior familiaridade com a tecnologia dura e leve-dura (normas, procedimentos, máquinas), mostra-se possível maior exploração da tecnologia leve (acolhimento, escuta, autoestima).

Cabe aos líderes de equipes atentar às condições problemáticas das relações interpessoais no trabalho e utilizar tecnologias, instrumentos e ações concretas para intervir neste contexto de modo eficaz e humanizado. Assim, questiona-se: quais tecnologias

relacionais são conhecidas pelos enfermeiros de equipes de ESF?

Quais são mais valorizadas? Como devem ser utilizadas? Justifica-se explorar a percepção dos enfermeiros nesta pesquisa para buscar respostas aos questionamentos expostos.

REVISÃO TEÓRICA

1 | COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL E TECNOLOGIA RELACIONAIS

Comunicação é uma palavra derivada do termo latino “*communicare*”, que significa “partilhar algo, tornar comum”. Jamais poderia ser vista apenas como transmissão, deslocamento, transferência, como se tirasse o pensamento de um indivíduo e colocasse no outro, pois assim seria considerada uma máquina, equipamento, ou até um aparelho elétrico. É tornar comum, fazer com que algo seja semelhante em um lado e no outro, mesmo sendo impossível que seja repassado exatamente o que se passa dentro de cada um⁷. Envolve fenômenos psicológicos e sociais, entre pessoas e dentro de cada uma delas, em contextos interpessoais, grupais, organizacionais e de massa^{8,9}.

Para a vivência cotidiana é necessário o uso da comunicação com a troca de informações, fatos, ideias e experiências entre pessoas que se relacionam. Os componentes da comunicação efetiva são o emissor, o receptor, o meio e a mensagem transmitida^{1,8}.

Desde o nascimento, a comunicação influencia e passa a ser influenciada pelo meio em que se vive, por sons e atitudes. Aos poucos se percebe que é possível obter coisas desejadas¹ e, com o tempo, adquire-se a capacidade de formar sons. Por meio destes sons o indivíduo é capaz de provocar diferentes comportamentos¹⁰, na maioria das vezes influenciados pela maneira que a família ou a própria cultura dispõe a comunicação, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento de cada um.

Com o tempo, o desenvolvimento da comunicação adquire maior complexidade, por meio da necessidade de domínio da linguagem, leitura, processo de raciocínio, análise do mundo e de si próprio, além das organizações sociais das quais o indivíduo também participa. Por isso que se consideram finalidades da comunicação: entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade¹.

Quando se faz necessária a utilização da comunicação no contexto da interação face a face, resulta-se a comunicação interpessoal⁸. Envolve tentativas de entender o outro comunicador e de ser compreendido, incluindo a percepção da pessoa. Cada pessoa possui seu universo a parte, com o seu subjetivismo, experiências culturais, valores, interesses e expectativas, influenciando a percepção pessoal da mensagem; ou seja, é a percepção que determina o modo como se ouve e como se vê o mundo¹.

Na comunicação interpessoal há fatores que interferem na produção das mensagens, interpretação e produção de resposta. Assim, os papéis de emissor e receptor são continuamente invertidos, ou seja, uma pessoa geralmente age como receptor e como emissor em uma mesma interação, porém em distintos momentos^{1,8,10}.

No processo da comunicação uma das principais preocupações é a decodificação da mensagem transmitida que ocorre entre os envolvidos, por meio dos signos. Para esta interpretação é importante considerar^{1,3,8,9}.

- 1) Interlocutores: são considerados quando o emissor é receptor e o receptor é o emissor, partindo do princípio que sempre ocorre interação ou troca de mensagens, mesmo sem verbalizar nada;
- 2) As mensagens: são informações ou emoções transmitidas;
- 3) Os meios: são os veículos que se utilizam na emissão da mensagem por meio de gestos, palavras, expressões faciais, distâncias mantidas, objetos, adornos, etc;
- 4) Os signos: são estímulos que transmitem mensagens. São os sinais (mais de um significado) e símbolos (signos de uma decodificação possível) utilizados na emissão da mensagem;
- 5) O contexto: é a situação em que a comunicação está acontecendo.

A habilidade em decodificar corretamente a mensagem está diretamente relacionada à atenção dispensada pelos interlocutores a estes cinco fatores citados envolvidos na transmissão da informação¹.

É importante ressaltar que a comunicação interpessoal é um processo mais amplo que a transmissão de informações, envolve comportamento humano. De acordo com Paul Watzlawick, importante teórico da comunicação, todo comportamento possui valor comunicativo: não existe “não comunicação” por que não existe “não comportamento”. Ou seja, as pessoas estão continuamente trocando mensagens não apenas por meio de palavras, mas também por meio de sua linguagem corporal (gestos, expressões faciais, postura do corpo). Assim, até mesmo o silêncio pode ser significativo, dependendo do contexto da interação⁹.

Segundo esta mesma concepção teórica⁹, o processo de comunicação se divide em duas dimensões, verbal e a não verbal. A comunicação verbal compreende o uso de palavras expressas por meio da fala e escrita, sendo necessária clareza ao que se deseja informar e uso de estratégias de comunicação quando se deseja interagir tentando se expressar, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo¹.

A *comunicação não verbal* refere-se a transmissão de mensagens sem o uso de palavras, por meio de gestos, expressões faciais, postura corporal etc. Composta por um conjunto de signos: *cinésica* (movimentos corporais, gestos e expressões faciais dos interlocutores); *tacêssica* (comunicação tático, toque manual); *proxêmica* (distância mantida entre os interlocutores da mensagem) e *paraverbal* (ritmo, cadência de voz, tom e períodos de silêncio durante a transmissão da mensagem)¹.

Destaca-se o fato de que a comunicação não verbal constitui a linguagem das emoções, pois é por meio dela que geralmente são expressos os sentimentos e adjetivos que permitem compreender não só o significado da palavra, mas também o que o emissor sente¹. No contexto das relações interpessoais, as palavras podem apresentar múltiplos sentidos e várias possibilidades de interpretação.

Ao discorrer sobre comunicação, Marcondes⁷ expressa o valor da comunicação

interpessoal nas relações humanas, considerando-a seu fundamento:

“Comunicação é uma relação, uma possibilidade no encontro homens e homens, e homens e técnicas. É um acontecimento que pode ser único e que tem a força expressiva particular, ela atravessa acontecimentos, atuam ao lado de signos verbais e linguísticos que pouco dizem, mas sinalizam. A comunicação opera antes no campo do sentido, que transcende o território analítico e tem a ver como cada um sente qualquer coisa. No processo comunicacional circulam interesses, desejos, aspirações, paixões, estímulos diversos como constituintes do processo. Por isso se acredita que situações de afeto, de abertura, de dedicação tenham importância no processo comunicacional”.

No processo interacional é necessária a comunicação adequada, pois molda as atitudes, muitas vezes influenciando a reação do próximo. Considera-se comunicação adequada àquela apropriada para uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido na mensagem a ser transmitida com o emissor, o receptor e a técnica de comunicação necessária¹. É necessário que o emissor transmita a mensagem com habilidade para conseguir explicitar o que pensa e o que necessita falar, associado ao fato de o receptor ser um ouvinte hábil e estar aberto a escutar a mensagem transmitida, facilitando o êxito da comunicação¹¹.

Comunicar-se adequadamente é abrir espaço, territórios para acolher o outro. Caso não ocorra esta abertura do indivíduo a comunicação será ineficaz, tornando- se uma relação fechada, bloqueada, presa, impedindo o acesso ao próximo⁷.

As dificuldades relacionadas à efetividade da comunicação estão associadas à ausência de clareza e objetividade quanto ao que se deseja comunicar, à falta de conhecimentos básicos de comunicação, pouca empatia do emissor para com o receptor, barreiras e ruídos¹¹. Cabe sinalizar que as interferências que ocorrem no processo comunicativo, tais como ruídos de interpretação, tornam-se fatores preocupantes, por deturparem a correta compreensão da mensagem¹⁻¹².

As falhas mais comuns estão ligadas a barreiras pessoais causando impedimentos naturais na comunicação: *a linguagem* (termos técnicos, preconceito, impaciência, mensagem incompleta), *impedimentos físicos* (surdez, mutismo), *fatores psicológicos* (personalidade, sentimentos e emoções), *diferenças educacionais* (formação profissional e cultural) e *barreiras organizacionais* (status das pessoas em uma determinada organização)¹.

Assim não se pode pensar nas ações do profissional de saúde sem levar em consideração a importância do processo comunicativo nelas inseridas. O desenvolvimento da competência comunicativa demonstra ser vital para o desenvolvimento das atividades de profissionais líderes dentro da organização de saúde. No processo de liderança a comunicação é um dos principais instrumentos de trabalho, configurando-se como um ato inerente ao exercício de liderança no processo de influenciar e aproximar as ações da equipe de enfermagem e dos demais profissionais na busca do planejamento e alcance dos objetivos comuns¹¹.

Um líder precisa ser bom comunicador e modificar padrões relacionais. Dependendo de sua posição e carisma, pode influenciar o interlocutor, conceder ideias e atitudes, proporcionar mudanças comportamentais, suprir necessidades antes não identificadas e trabalhar em prol do desenvolvimento de sua equipe¹³.

Estudo realizado em hospital de ensino objetivando analisar o processo de escolha de chefias evidenciou aspectos importantes no desenvolvimento da competência de liderança, sendo as habilidades de como ouvir, observar e influenciar pessoas que tornam o enfermeiro um líder de fato. São habilidades passíveis de serem desenvolvidas na prática de enfermagem, com conhecimentos e habilidades em comunicação¹⁴.

O sucesso na aquisição de melhores condições relacionais está na capacitação de líderes no que se refere a habilidades comunicacionais. Um líder deve perceber talentos, habilidades, inteligência e criatividades em sua equipe. Quando o líder escuta e valoriza as necessidades individuais e coletivas uma grande sinergia é gerada, estimulando as pessoas a aprimorar seus talentos, habilidades e criatividade latentes, atendendo as demandas de interesse. Organizações são feitas por pessoas, e estas devem ser sempre estimuladas e instrumentalizadas para uma comunicação eficaz com o seu meio, com as outras pessoas e a própria organização em que se encontra¹³.

A comunicação surge não só como uma estratégia de prover indivíduos e coletividade de informações, mas faz compartilhar conhecimentos e práticas interpessoais que contribuem na conquista de melhores condições relacionais¹⁵. Quando se tem por princípio que ela ocorra dentro e na causa de uma relação, o processo deve ser abordado e exaurido não apenas pelo uso das tecnologias mortas (computadores, instrumentos, normas e rotinas), abuso de poder e posse de saberes inacessíveis, mas sim com o uso de tecnologia viva de relação, por meio da comunicação interpessoal.

Sempre que possível o líder deve conduzir a comunicação em condições de igualdade, colocando o interlocutor em uma postura participativa. Pode se aproximar do outro com um toque afetivo, olhar nos olhos, ouvir até o fim o que está sendo dito e entender o não verbal¹⁶. Todo este conjunto de ideias e comportamentos expressos de modo verbal e não verbal e que podem contribuir para uma boa relação é chamado de tecnologia relacional.

Faz-se necessário o uso de tecnologias relacionais para aperfeiçoamento do relacionamento interpessoal e do processo comunicacional, pois a qualificação dos trabalhadores requer criatividade, inovação e interesse dos líderes e trabalhadores, contribuindo assim como aliada às tecnologias para humanizar e ampliar possibilidades de inovações³.

Pensar em tecnologia leva a associação com figura de máquinas e equipamentos, contudo a concepção de tecnologia para a saúde é mais ampla, consiste também em saberes e práticas que podem resultar em condutas normativas e de relação¹⁷. Em sua obra “A cartografia do trabalho vivo” Merhy⁴ estabelece tipos de tecnologias para a área de

saúde, agrupando-as e definindo-as como: tecnologia dura, leve-dura e leve.

A tecnologia dura é a que permite manusear equipamentos que possibilitem investigar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagem, necessários para alimentar raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados na intervenção terapêutica. Consomem o trabalho morto (das máquinas) e o trabalho vivo de seus operadores. Regras e regimentos também fazem parte desta tecnologia. A tecnologia leve-dura define-se por saberes bem definidos e estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, filosofia, psicologia⁶.

A tecnologia leve é concebida como processo de interação da equipe, que permite a produção de relações mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações nas relações grupais. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ações nas intercessões entre o gestor e a equipe. É neste território das relações, do encontro, do trabalho vivo em ato que a equipe tem maior possibilidade de atuar, interagir, imprimir sua marca, e trabalhar em consonância⁶.

É na presença da tecnologia leve que ocorre o efetivo processo da comunicação interpessoal na equipe de saúde, contribuindo para sua eficácia e trabalhando em prol do seu crescimento a partir da possibilidade de relações reciprocas e acolhedoras. Merhy⁴ enfatiza o *trabalho vivo*, que é o trabalho humano em ato, lugar próprio das tecnologias leves e não um *trabalho morto*, aquele que traz em si a lógica instrumental, contribuindo para um relacionamento interpessoal coerente, preciso e notório.

Tecnologia leve compreende acolhimento, integração, construção de vínculos, abordagem empática, habilidades de comunicação, espaço para encontros e escuta, compartilhamento de informações com canal e fluxo de comunicação bem definidos, respeito e valorização à autonomia dos indivíduos, cooperação e co-responsabilização e uso de estratégias para manejo de relações disfuncionais^{4,6,15}.

O acolhimento é entendido como ação ou efeito de acolher, modo de receber ou maneira de ser recebido, também como consideração, hospitalidade, lugar em que há segurança e abrigo. É reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Ele é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relação de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe principalmente. Envolve investimento para a construção não apenas de espaços físicos, mas também relacionais que possibilitem a participação ativa dos sujeitos nas interações grupais^{4,18-19}.

O acolhimento do trabalhador, ao se colocar enquanto estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nos equipamentos de saúde, deve contemplar não apenas a dimensão biológica, mas também a psicológica, a social e a cultural, humanizando as relações, em

especial no que tange à forma de recepcionar e de escutar problemas e/ou demandas²⁰. Parte do pressuposto que a humanização do ambiente de trabalho e por consequência da assistência à saúde é uma questão de atitude de cada profissional envolvido²¹. Acolher o saber e o sentir do trabalhador, por meio de uma escuta ativa, é condição favorecedora para que o mesmo possa prestar uma assistência de qualidade²².

Algumas instituições já se encontram preocupadas com acolhimento dos trabalhadores. Um exemplo foi um estudo realizado em uma maternidade sobre a implantação e implementação da assistência materno-neonatal a partir do acolhimento ao cliente interno, ou seja, o colaborador. Com observação direta do cotidiano, foram realizadas entrevistas com profissionais da equipe multidisciplinar, as quais subsidiaram oficinas de humanização no ambiente hospitalar. Ocorreu implantação do Comitê de Acolhimento e Humanização da Assistência Materno- Neonatal no Hospital Maternidade, com participação dos líderes de acolhimento na gerência institucional, provendo melhor desempenho individual e coletivo no exercício laboral na Unidade Hospitalar²³.

A construção de vínculos entre os trabalhadores é um processo que assegura a inteireza e traz harmonia nas relações. O resgate da integralidade do trabalhador é necessário para que o mesmo seja percebido como sujeito participante nas ações de saúde, implicando no reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o ouve^{4,18}.

No que se refere a harmonia no trabalho, a organização que a privilegia enfatiza o ajustamento constante com o ambiente externo. A classificação de uma organização nessas dimensões revela as prioridades de valores da mesma, sua base motivacional predominante, e a percepção dos trabalhadores dessas prioridades, fatos que definem a relação dos colaboradores com a organização e o seu comportamento cotidiano em função da representação cognitiva que o mesmo tem da organização²⁴.

E quando se valoriza as relações, o bem-estar do colaborador pode ter fundamento na concepção de que o trabalho é lugar de realização, identidade, valorização e reconhecimento, sendo a busca do prazer uma constante para todos os trabalhadores na direção de manter o seu equilíbrio psíquico²⁵. A valorização do prazer no trabalho é correlacionada positivamente com os polos da autonomia, estrutura igualitária, harmonia e domínio²⁴.

Para a formação de vínculos nos processos relacionais no trabalho é necessário que haja das partes envolvidas uma postura sensível e disposta a interagir em prol da construção de relação aberta e verdadeira. Ocorre por aproximação entre indivíduos, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos em consonância. O vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades individuais e coletivas do grupo^{4,26}.

O vínculo entre os profissionais no serviço de saúde pode ampliar a eficácia das

ações de saúde e favorecer a integração dos saberes durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, porém envolvidos na construção conjunta do projeto assistencial.

Outros importantes fatores que constituem tecnologias relacionais são o espaço para encontros e escuta com o canal e fluxo de comunicação bem definidos. O espaço para encontros comprehende não apenas um espaço físico, mas também um espaço temporal na rotina de trabalho para que as pessoas tenham a possibilidade de trocar experiências, vivências e reflexões. São espaços saudáveis em que há possibilidade de se estabelecer uma comunicação direta entre os gestores e colaboradores, sendo acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas⁴.

As relações interpessoais entre indivíduos no contexto de trabalho ocorrem por meio da troca de mensagens verbais e não verbais, envolvendo informações e também emoções. O constante entendimento dos signos que se fazem presentes no ambiente de trabalho permite que os líderes criem estratégias a partir das redes de interações internas, estimulando o diálogo e a troca de experiência em todos os níveis. Assim, é fundamental que haja canal e fluxo de comunicação bem definidos para que essa troca seja eficaz.

Os valores morais e éticos devem embasar as relações no ambiente laboral, especialmente o respeito e valorização à autonomia dos profissionais. A organização que privilegia a autonomia intelectual e afetiva é uma organização que enfatiza respectivamente, a promoção e a proteção da independência de ideias e o direito de o indivíduo procurar sua direção e promoção, além da independência do indivíduo de buscar experiência afetiva positiva^{4,18,26}.

Pesquisa divulgada em 2011, que tinha como objetivo analisar a correlação entre o nível de autonomia percebida pelos enfermeiros no seu contexto de trabalho e outras variáveis, concluiu que os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão e revelam mais capacidade de tomada de decisão expressam também uma maior percepção de autonomia profissional²⁷.

A cooperação e co-responsabilização também são importantes para o adequado relacionamento entre os membros da equipe. Ocorrem quando uma relação é baseada na colaboração de indivíduos no sentido de alcançar objetivos comuns, utilizando métodos consensuais. Requer interação profissional no sentido de partilhar a responsabilidade frente ao trabalho; para tanto deve haver igual poder argumentativo para propor, implementar e avaliar estratégias que possam aprimorar o processo de trabalho. Considera-se co-responsabilização quando o profissional se sente também responsável pela ação, entendendo a sua participação como uma parte essencial no todo. Esta é gerada, basicamente, por meio de solidariedade e compaixão²⁸.

Tanto a cooperação como co-responsabilização nas ações de trabalho podem influenciar, provocar paixões ou mudar ideias. Pode envolver o conhecimento através de

informações, persuasão por meio da personalidade; ou equilíbrio por meio das alianças estratégicas²⁹.

E, finalmente as habilidades de comunicação podem ser consideradas relevantes tecnologias relacionais no trabalho em equipe. São habilidades de comunicação: a empatia, bom humor, otimismo, expressão verbal clara e assertiva e adequada utilização de sinais não verbais.

A empatia é uma habilidade relacional essencial para que se possa entender os sentimentos nos outros. Relaciona-se na capacidade de interpretar sinais não verbais como tom de voz, gestos e expressões faciais, tentando compreender os sentimentos por trás do que está sendo dito³⁰. Possibilita a inferência de sentimentos e comportamentos do outro, além da manifestação do interesse em atender demandas e oferecer apoio emocional à outra pessoa.

O bom humor e o otimismo são formas de comunicação espontânea e contextual, caracterizados por expressões verbais e faciais consonantes que possibilitam aliviar a tensão, promovendo o bem-estar, diminuição da tensão muscular, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Proporcionam o modo de aliviar a ansiedade e a insegurança, atuando como mecanismo de *coping* (enfrentamento) à medida que possibilitam ao indivíduo distanciar-se do estresse e demonstrar sentimentos que são difíceis de lidar³¹.

2 | TRABALHO EM EQUIPE

A denominação trabalho em equipe surgiu após a Primeira Guerra Mundial, e é um método muito utilizado no âmbito político e econômico como um sistema de resolução de problemas. É caracterizada pela existência de duas ou mais pessoas, visando a obtenção dos objetivos ou interesses comuns^{10,32}.

Trabalho em equipe é um esforço coletivo, que possibilita a troca de conhecimentos e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, uma vez que otimiza o tempo de cada pessoa e ainda contribui para conhecer outros indivíduos, aprendendo novas tarefas. Espera-se, acima de tudo, que a equipe desempenhe e faça de maneira completa o trabalho para qual foi designada e também que seja disciplinada, cooperativa e focada. As equipes desfrutam de um poder multiplicativo em que a energia que é liberada do esforço coletivo dos membros é mais do que a soma dos trabalhos individuais, potencializando resultado de modo sinérgico^{29,32}.

Para o bom desempenho da equipe são condições necessárias: saber lidar com as diferenças, sendo que a coesão de uma equipe é o resultado das forças de atração exercidas sobre seus membros, resultando na união; fluxo de comunicação formal, caracterizado por comunicação ascendente entre subordinado-diretoria e descendente entre diretoria-subordinado, por meio da comunicação escrita, de caráter oficial, como anotações de prontuários, relatórios, normas; comunicação informal, que ocorre no dia-

a-dia entre as pessoas de modo espontâneo e para troca de informações corriqueiras, independente do cargo ou função¹.

Na comunicação informal é importante manter clima harmonioso, para tanto, faz-se necessário clarificar a mensagem recebida com atenção, escuta ativa e empatia; verbalizar quando concordar com o que está sendo dito por meio de reforços positivos; aceitar o direito de a pessoa ter opinião própria, pois ter razão não significa ser dono da verdade. Também é importante identificar os atores envolvidos no problema, para decidir com maior clareza quem são as pessoas que devem ser envolvidas na busca de solução; reconhecer o comportamento que causa problema sem julgamento e generalizações; expressar sentimentos verbalmente; verificar a percepção do outro e valoriza-la; aprender a conversar consigo mesmo, identificando as próprias falhas e identificar a pessoa pelo nome, reconhecendo sua identidade e valor¹.

Desta forma, cada elemento deve colocar a equipe em primeiro lugar e não procurar os seus próprios interesses. É importante haver empatia para que o trabalho exercido seja o mais eficaz e prazeroso possível, e por requerer muitas horas de convivência, a harmonia e o respeito devem ser cultivados em todas as ocasiões.

O aprimoramento de uma equipe vai também depender da personalidade de cada elemento e do relacionamento entre eles. Alguns tipos de personalidade são mais compatíveis com outros e, quando estes trabalham juntos, a equipe se beneficia, pois, conflitos podem ser gerados por diversidade de experiência e papéis, por meio da percepção de situações ali inseridas¹⁰. Atribui-se assim maior necessidade do uso da inteligência nas interações, não de forma lógica, mas sim emocional.

No trabalho em equipe um dos elementos mais importantes é a inteligência emocional. Daniel Goleman, em sua obra sobre inteligência emocional, revela que o quociente intelectual lógico e racional é menos importante que o quociente emocional para o desenvolvimento de equipe talentosa, produtiva e bem sucedida³⁰. Isso foi constatado em pesquisa realizada por Robert Stenberg, psicólogo de Yale e Wendy Williams, universitário³³, que lançaram uma campanha publicitária subordinada a duas equipes, sendo a primeira constituída por pessoas com alto quociente intelectual lógico e outra equipe cujos membros possuíam alto quociente de inteligência emocional, e ambos com a mesma tarefa concebida. O desempenho da equipe com inteligência emocional foi especialmente talentoso, enquanto o da equipe com membros de alta qualificação mostrou-se ineficaz, com muitos atritos^{30,33}.

Sendo assim, ao se concentrar uma equipe, é necessário não ter expectativas somente com relação ao outro e sim dar o melhor de si. Neste sentido, o uso de tecnologias relacionais leves pode contribuir para resultados satisfatórios em prol do desenvolvimento da equipe. Estudo que procurava identificar os fatores que afetavam a motivação do trabalho em equipe na enfermagem no Brasil evidenciou que a relação interpessoal e organização do trabalho podem influenciar a satisfação do profissional³⁴.

O desenvolvimento do trabalho em equipe depende de como e quando será abordada

a tarefa proposta. Ele não ocorre automaticamente e não depende diretamente do aumento do número dos membros, e sim da capacidade dos mesmos para atender a maior amplitude de exigências possíveis. Para seu desenvolvimento também são considerados aspectos de personalidade, relação das dimensões de dependência (autoridade) e interdependência (intimidade), além da dimensão do tempo e outros fatores como objetivo do grupo, contexto físico, social, e etc. Além disso, devem ser consideradas as necessidades interpessoais de cada membro e comprometimento com o desenvolvimento do grupo ao mesmo tempo².

As necessidades interpessoais de cada pessoa na equipe englobam a vontade de se sentir incluso, aceito; de ter controle e sentir-se responsável, ter afeição; de ser aceito pelo que é e não apenas pelo que tem. Estas necessidades são supridas de modo mais adequado quando há comunicação dos sentimentos e das atitudes pessoais, criando solidariedade entre os membros¹. Contudo nem sempre estas necessidades são supridas e começam a surgir dificuldades no relacionamento interpessoal.

As maiores dificuldades ou obstáculos na comunicação efetiva de uma equipe estão relacionadas com autoridade ou com a intimidade do grupo. A rebeldia, a submissão ou evasão representam resposta típicas a figuras de autoridade, gerando competição destrutiva, explosão emocional e evasão como respostas características aos companheiros, impedindo a validação da experiência em grupo².

Recente pesquisa realizada na Lituânia que tinha como objetivo buscar melhor compreensão do fenômeno do trabalho em equipe, explorando as experiências com clínicos gerais e enfermeiros da atenção primária concluiu que a formação dos membros da equipe é um componente essencial, mas não é suficiente por si só. Identificou que são fatores primordiais para o desenvolvimento da equipe a estrutura organizacional, sinergia entre os membros, clareza na descrição das funções e responsabilidades e a comunicação entre os membros. Sugeriu que fatores comportamentais formais e individuais deveriam ser direcionados ao objetivo de fortalecer as equipes³⁵.

Com relação ao fortalecimento da equipe, mostra-se relevante mencionar o *feedback* enquanto instrumento que possibilita aprimoramento da mesma. O exercício de dar e buscar *feedback* auxilia no crescimento individual e desenvolve a capacidade de relacionamento afetivo com os outros¹, potencializando a sinergia; enquanto a falta de *feedback* pode causar deficiência emocional, de satisfação e produtividade³⁰.

Em artigo publicado sobre *feedback*, bem-estar do enfermeiro e melhoria da qualidade, concluiu-se que a gestão de enfermagem pode usar o *feedback* sobre as medições de qualidade para equipes como ferramenta para a melhoria do trabalho e motivação³⁶.

Para desenvolver adequado *feedback* é necessária boa comunicação nas relações de trabalho, conhecer a si próprio, suas características e necessidades; ser sensível às necessidades dos outros; acreditar na capacidade de relato das pessoas; reconhecer sintomas de ansiedade em si e no outro; observar o seu próprio não verbal; usar

cuidadosamente as palavras; reconhecer as diferenças e tratar os outros com o mesmo sentimento que gostariam que fossem dispensados a si próprio¹.

Quando se fala em *feedback* é importante destacar um novo direcionamento inovador entre os enfermeiros brasileiros e organizações de saúde, marcado por estilo de liderança diferenciado: a liderança *coaching* (*coach*: quem conduz o processo), que busca sempre o desenvolvimento das competências para alcance de metas. É ajustado ao estilo de liderança em nível de prontidão, considerando capacidade e disposição de seus liderados, a fim de executar a tarefa com o comprometimento de apoio fornecido pelo líder. Usado atualmente como ferramenta gerencial, constitui processo de alto impacto para o aumento da produtividade, compromisso com os resultados e com a realidade das pessoas e, inclusive, disposição para cooperar. Dentre as competências do enfermeiro *coach* está a habilidade relacionada ao *feedback*, adquirida por meio de treinamentos³⁷.

O *coach* pode trazer *feedback* positivo mesmo em situações que geram erro ou pouca produtividade, escolhendo momento propício para o diálogo, recorrendo à inteligência emocional para evitar conflitos desnecessários e improdutivos; planejando qual a abordagem mais adequada para a conversa; cuidando do tom de voz e os termos pejorativos; optando por ambiente neutro; lembrando que é um diálogo e não um monólogo; ouvindo o que o outro tem a dizer e aguardar o momento certo para se pronunciar; sempre analisando pontos a serem aprimorados. A proposta deste modelo é mostrar caminhos ao colaborador, sem prejudicar seu processo de desenvolvimento, bem como indicar a melhor maneira para solucionar determinada atividade e fortalecer o envolvimento da equipe³⁷.

Outro fator importante que pode atrapalhar o bom desenvolvimento da equipe é o estado de humor e estresse, conforme aponta pesquisa na área de gestão de pessoas. Desenvolvida em ambiente simulado com seis pessoas submetidas a estímulos que provocavam alterações de humor (felicidade e tristeza) relacionado com ausência ou presença simultânea de um estressor (por exemplo, pressão de tempo), a pesquisa concluiu que mudanças no estado de humor impactam os comportamentos comunicacionais. A qualidade comunicacional e eficiência aumentada sob pressão de tempo foram associados com o mau desempenho, ou seja, equipes com bom humor mostraram maior consciência na expressão, antecipação e resposta verbais mais detalhadas do que aquelas com humor triste. Humor e estresse são conhecidos por terem efeitos inter-relacionados sobre a cognição, em nível individual, mas há relativamente pouca exploração conjunta destes fatores na comunicação da equipe em ambientes tecnologicamente complexos³⁸.

Dissociar o estresse do clima de trabalho oferece a oportunidade de direcionar intervenções mais específicas para melhor apoiar a consciência da equipe e desempenho de tarefas. É neste contexto que se faz necessária a atuação dos líderes, valorizando a comunicação efetiva para evitar falhas nas relações de trabalho. Na gestão de equipe deve ser empregada linguagem de liderança que estimule, dando demonstrações de apoio às ações realizadas e encorajando quando houver baixo desempenho²⁹.

O comportamento dos líderes afeta de forma direta a atitude dos seus liderados, e as estratégias de gerenciamento são fundamentais para o bom desempenho da equipe, possibilitando melhores condições no ambiente relacional de trabalho³⁹.

Em pesquisa realizada em centro obstétrico na Irlanda constatou resultados semelhantes: trabalho em equipe e colaboração entre todos os profissionais de saúde resultam em cuidados de alta qualidade e maior satisfação para o trabalhador de saúde. Incentivar o treinamento profissional pode ser vantajoso no desenvolvimento de equipes mais eficazes. A capacitação envolve oportunidades de aprendizagem teórica e prática que realçam as habilidades de resolução de problemas e conflitos⁴⁰.

Um exemplo eficaz de trabalho em equipe no contexto da atenção primária em saúde é a ESF, equipe composta por profissional Médico, Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Este trabalho é dividido porque cada um tem algo de específico a realizar, conversando e elaborando planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo mais claramente o fazer individual em relação ao caso, nos objetivos, metas e a aplicabilidade. Neste momento em que os trabalhadores se reúnem para dialogar, visualiza-se com mais intensidade os processos grupais, ou seja, o trabalho em equipe^{20,41}.

3 I A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF é uma ferramenta para reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS¹⁹.

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Sua velocidade de expansão comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, como Programa Saúde da Família, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida¹⁹.

O trabalho da ESF é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, e desses com o

saber popular do agente comunitário de saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental¹⁹.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básica de Saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade. Tem como característica ser porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, ter território definido, com população delimitada sob a sua responsabilidade; intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e promoção da saúde^{19,42}.

A ESF também se destaca por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde e utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões. Atua de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade¹⁹⁻⁴².

No Brasil, o Ministério da Saúde considera o trabalho em equipe como elemento-chave na área da atenção primária em saúde. Como consequência, houve crescimento e ampliação das equipes pela criação dos NASF, a partir de 2008⁴². Há dados que mostram forte expansão da atenção primária por meio da ESF, com cerca de 30.000 equipes e 236.000 agentes comunitários de saúde em atuação, com atendimento a 98 milhões de brasileiros, alcançando 85% dos municípios existentes⁴³. Estudos de caso sobre a ESF destacam os elementos diferenciais do trabalho em equipe na atenção primária em saúde no Brasil⁴⁵⁻⁴⁶.

O fato de existir um conjunto de trabalhadores contratados para a ESF e atuando numa mesma área, com um objetivo em comum, não garante a efetividade do trabalho em equipe. Considera-se que nas equipes acontecem processos grupais que precisam ser conhecidos pelos próprios integrantes, para que, juntos, possam criar significados, problematizando ações e atualizando as relações⁴¹.

O trabalho em equipe em saúde pode ser considerado como uma rede de interação entre pessoas, com relações e poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar com os pares em prol de uma ação comum²⁷. Considerando que nas relações humanas pode haver conflitos por divergência de ideias e opiniões, surgem aspectos que prejudicam o intuito do trabalho em equipe da ESF.

Além da interação frequente entre os membros da equipe no ambiente de trabalho, também ocorrem reuniões para discussão de casos e interação da equipe. Um aspecto que foi ressaltado pelos profissionais na ESF em pesquisa realizada em Portugal e no Brasil, foi a necessidade de realizar estas reuniões com estratégias mais voltadas para a interação da equipe. Ao responderem sobre as razões da adesão dos profissionais às reuniões, a dificuldade no trabalho em equipe apareceu como destaque do processo⁴⁷.

Para que as reuniões de equipe realizadas diariamente possam ser objetivas e de qualidade é necessário considerar o direcionamento do líder atual, sendo ele médico ou enfermeiro. Assim, este líder pode apresentar habilidade em ouvir, e outro apenas em falar; ou, até criticar ao invés de discutir e buscar soluções. Este cenário pode trazer conflitos ao ambiente relacional, expressando claramente a necessidade de maior interação grupal e capacitação da liderança, comprometendo com o desenvolvimento da equipe. Sentar e ouvir parece fácil, mas na maioria das vezes não é, pois surgem contradições, diferenças, expectativas que se tem um dos outros, e que muitas vezes não são claras⁴¹.

As reuniões de equipes são muito importantes para a ESF, contudo notam-se obstáculos para sua efetividade. Costumam ser frequentes os atrasos, entrada e saída a todo instante da sala, a dificuldade de encerrar e concluir com propostas concretas e o término antecipado que se dá pelo esvaziamento do recinto. Estes são indícios de uma reunião improdutiva, sem contribuição para mudança na forma de trabalho e sim contribuindo para a forma antiga de se atender no serviço da saúde⁴¹. E este cenário é muito comum no dia-a-dia do trabalho em ESF, sem deixar de ressaltar que as metas rigorosas a serem atingidas, ambiente estressante e cobranças também podem atrapalhar a procura por um melhor resultado.

Outra contribuição para a ineficácia do trabalho em equipe na ESF é o fato de que, muitas vezes, há objetivos individuais que são desconhecidos pela equipe, sendo que estes também devem ser divididos e expressados, com o intuito de atingi-los grupalmente, dialogando e abrindo espaço de escuta qualificada e discussão. Se este tipo de estratégia não ocorrer, cada um acaba dirigindo os seus esforços em uma direção, ou, até mesmo em direções contrárias àquelas discursadas⁴¹.

Sendo assim, pelo fato da ESF estar comprometida com indivíduos, famílias e comunidade há a necessidade de habilidade desenvolvida de comunicação, principalmente interpessoal. Importante também fazer uso de tecnologias leves tanto no cuidado em saúde, quanto nas relações de equipe, inscritas nas ações de prevenção e promoção, nas práticas clínicas, acolhimento, responsabilização e autonomização⁴,

As tecnologias leves podem oferecer propostas consistentes de reorganização do modelo de relacionamento entre a liderança e o trabalhador, e é dentro deste contexto que se insere o desafio do enfermeiro e equipe em relação às suas práticas, que são também práticas comunicacionais. A comunicação entre os profissionais de uma equipe é o denominador comum da proposta da formação e condução de uma equipe de trabalho,

sendo ela qual for³².

A comunicação se apresenta ligada a processos gerenciais e encontra interface no exercício da liderança: é um recurso para o sucesso da liderança, pois possibilita ao profissional o desempenho de suas ações através de inter-relações com o cliente, a instituição, a equipe médica e o pessoal da enfermagem, buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada⁴⁸.

O desenvolvimento da capacidade de liderar uma equipe e buscar meios para conduzir seus liderados de maneira adequada pode ser atingida pelo profissional. Algumas características podem ser primordiais para o desempenho gerencial como: tomar iniciativa, incentivar, dar exemplo, orientar, ouvir, apoiar decisões em favor da equipe, aplicar habilidades de relacionamento, influenciar, unir, desenvolver sentimento de equipe, e até emocionar⁴⁹.

Um aspecto importante para o desenvolvimento da competência em liderar foi evidenciado em estudo realizado em hospital de ensino, que objetivou analisar o processo de escolha de chefias de unidades. Nesta pesquisa concluiu-se que na prática, são as habilidades de ouvir, observar e influenciar as pessoas que tornam um enfermeiro líder de fato, podendo ser desenvolvidas na prática assistencial ou na dimensão gerencial, reafirmando a indissociabilidade entre o cuidar e o gerenciar⁴¹.

Outro estudo de revisão teórica sobre o trabalho de equipe na ESF definiu o mesmo como uma rede de relações entre pessoas, sendo relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, nas quais é possível identificar os processos grupais. Foram abordados conceitos da Escola Argentina de Grupos Operativos, que auxiliou os trabalhadores de saúde a treinarem e a trabalhar em equipe. Nas equipes, há tarefas visíveis (faladas) e invisíveis (não ditas), que se modificam e precisam ser combinadas e conhecidas. A comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o “clima”, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe, as relações de poder, podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e se construir. Reforçam também que a supervisão externa pode auxiliar a equipe a produzir-se em equipe operativa, na direção de seu projeto de cuidar da vida¹⁴.

Vários autores ressaltam a importância da liderança aliada à prática comunicativa para o gerenciamento de equipes^{1-4,10-11,14,16,18,39}. Contudo, na prática, há um direcionamento gerencial para as necessidades do serviço, para o cumprimento de normas e regulamentos, na maioria do tempo apenas reproduzindo o que é preconizado pelas organizações onde atuam e/ou por outros profissionais, especialmente a equipe médica⁴⁹, resumindo-se em utilização de tecnologias dura ou leve dura.

Embora a ESF idealize em suas práticas ações efetivas, participativas e integralizadoras, há um consenso de que investimentos acerca de uma discussão mais profunda em torno de modelos comunicacionais ainda incipientes se fazem urgentes e necessários.

Em estudo realizado no Canadá a fim de ajudar equipes de atenção primária a

buscar melhorias e qualidade, examinou-se a percepção pessoal dos participantes (médicos, enfermeiros, profissionais de apoio e gestores) sobre as equipes. Constataram que incluir nas capacitações temas tais como a importância da liderança, mudanças para a prática diária, comunicação, maior compreensão dos papéis e relações de equipe, reforçou o trabalho grupal e resultou mudanças visíveis ao relacionamento, além de diminuir a hierarquização dentro da equipe, trazendo mudanças no atendimento clínico e maiores recompensas ao trabalhador⁵⁰.

A ESF é um território de ações cuidadoras, de domínio não somente de todos os trabalhadores que atuam na área de saúde, mas inclusive dos usuários. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relação de confiança e conforto. Desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento de olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se⁶. Este é um exemplo de tecnologia relacional, indispensável neste contexto de atenção em saúde.

OBJETIVO

Identificar a percepção do enfermeiro acerca do uso de tecnologias relacionais para gestão de equipes de ESF.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1 | TIPO DO ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, transversal e de campo, com abordagem qualitativa. Justifica-se esta abordagem na presente pesquisa porque proporciona a compreensão das experiências humanas, um dos fundamentos qualitativos⁵¹. A experiência abordada refere-se às tecnologias relacionais que são utilizadas no contexto do trabalho em equipe, entre os sujeitos individuais e coletivos⁴, e que são aquelas que dizem respeito às relações humanas, fenômeno complexo e delicado em sua razão de ser, necessitando de abordagem subjetiva.

2 | LOCAIS DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em UBS da Região Sul do Município de São Paulo, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. Para a gestão das UBS a Secretaria Municipal da Saúde adota o modelo de parcerias, firmadas por convênios com instituições de reconhecida atuação na área da saúde, na intenção de potencializar o crescimento da rede de unidades e equipes com ESF e a melhoria do acesso⁵²⁻⁵³.

Segundo este modelo de gestão, na cidade de São Paulo, a coordenação da Atenção Básica é feita por meio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisões Técnicas de Saúde (STS). Ambas são responsáveis pelo acompanhamento das unidades, visando qualidade e otimização dos recursos e as adequações necessárias para a correta execução da Estratégia Saúde da Família⁵².

A pesquisa foi desenvolvida no distrito de Campo Limpo, que tem uma população aproximada de 211.361 habitantes, onde vivem pessoas de baixa renda em favelas, residências de baixo padrão e conjuntos habitacionais populares. A justificativa de realização da pesquisa na referida região é explicada pela vivência profissional anterior da pesquisadora neste distrito. Esta região conta com 9 UBS com ESF⁵⁴. Foram escolhidas como local da pesquisa as três UBS que atendem maior número de pessoas desta região, somando aproximadamente 104.000 habitantes e consequentemente, possuem o maior número de equipes de ESF, sendo elas: UBS Jardim Mitsutani (nove equipes ESF), UBS Parque Arariba (dez equipes ESF) e UBS Campo Limpo (sete equipes ESF), totalizando 26 equipes de ESF.

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, cada equipe de ESF é composta por um Médico, um Enfermeiro, dois Auxiliares de Enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de saúde bucal, com Cirurgião Dentista, Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal⁵⁴. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde, abrangendo atendimento geral (saúde da mulher, criança, do

adolescente, homem e do idoso).

As UBS do distrito do Campo Limpo respondem à Subprefeitura da referida região e ao convênio com o Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS). São supervisionadas pela Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo (STSCL- formada pelos distritos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade), subordinada à Coordenadoria de Saúde Regional Sul (CRSSul). Cada UBS é administrada por um gestor subordinado ao IIRS e mantém em sua área de atendimento entre cinco a dez equipes de ESF.

3 | PARTICIPANTES DA PESQUISA

As três UBS vinculadas ao IIRS da Região Sul de São Paulo, possuem 26 enfermeiros atuando na ESF. Destes, 19 foram participantes desta pesquisa. A escolha por estes profissionais deu-se pelo fato do enfermeiro das equipes de ESF ser o gestor do cuidado, da equipe de auxiliares de Enfermagem e ACS.

A amostra foi determinada de modo não aleatório, por conveniência. Para inclusão na amostra foram considerados os seguintes critérios: ser enfermeiro, pertencer a equipe de ESF de uma das três unidades selecionadas, ter no mínimo 12 meses de experiência (tempo considerado significativo para criação de vínculo com a equipe) e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estiveram ausentes do ambiente de trabalho no período da coleta dos dados, por motivo de férias ou licença médica.

4 | PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa que envolve seres humanos. Esta resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa⁵⁵.

Assim, a Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo foi contatada para verificar a possibilidade para realização da pesquisa, com análise do IIRS. Após avaliação positiva, o projeto foi encaminhado a Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSSul) para apreciação e foi autorizado em janeiro de 2015, conforme Anexo 1. Em seguida o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Guarulhos e CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (CEP/SMS-SP), sendo aprovado pela primeira instituição em 08/04/15 (CAAE 41421615000005506, parecer no.1015616, Anexo 2, e validado pela SMS em 13/04/15 (CAAE 41421615030010086, parecer no. 1020433, Anexo 3.

5 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo, os riscos dos participantes da pesquisa foram mínimos, relacionados ao inconveniente de dispensa de tempo para responder às questões da entrevista e ao constrangimento de recordar situações desconfortáveis de interações vivenciadas com a equipe. Assim, poderia ter surgido eventual angústia e ansiedade, manifestadas por inquietação, contudo isso não ocorreu. Na observância de exacerbação de desconforto, a entrevista poderia ter sido interrompida, mas não se mostrou necessária interrupção em nenhum momento.

Foi assegurado aos participantes que não haveria identificação de seus nomes nos instrumentos de coleta de dados, transcrições de entrevistas gravadas e divulgação dos resultados, assim como não haveria nenhum custo ou compensação financeira referente à participação da pesquisa. Também foi esclarecido que o benefício relacionado à participação na pesquisa era de recordar elementos fundamentais para o trabalho em equipe e refletir sobre sua aplicabilidade, além de colaborar para potencializar o conhecimento científico sobre o relacionamento interpessoal no trabalho em equipe em enfermagem.

6 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação dos CEPs da UNG e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, a CRSSul encaminhou ao IIRS e aos gestores das UBS para ciência, por e-mail, o parecer dos CEPs, o projeto de pesquisa e autorização para a coleta de dados.

Em seguida, a pesquisadora solicitou ao IIRS a relação dos nomes de todos os enfermeiros que trabalham nas três UBS do Distrito de Campo Limpo selecionadas como locais de pesquisa – UBS Jardim Mitsutani, UBS Campo Limpo e UBS Parque Arariba. Com o objetivo da homogeneização da amostra optou-se por considerar e recrutar todos os enfermeiros.

Em posse destas informações a pesquisadora contatou pessoalmente os enfermeiros em seu local de trabalho, para verificar quais atendiam ao critério de inclusão tempo de experiência.

A UBS Jardim Mitsutani conta com nove enfermeiros de ESF, sendo que um encontrava-se em período de férias. Os oito enfermeiros recrutados demonstraram solicitude organizando-se para entrevista em intervalos de atendimento, para que não houvesse prejuízo na agenda.

Na UBS Parque Arariba há 10 equipes de ESF, ou seja, 10 enfermeiros. Destes, um estava de licença médica e um recusou-se a participar, sendo entrevistados oito profissionais. Nesta UBS a chefia solicitou que as entrevistas fossem realizadas no período em os enfermeiros estivessem cumprindo horário administrativo, para que não houvesse prejuízo no atendimento aos usuários/pacientes. Notou-se que com esta estratégia os

enfermeiros pareceram mais à vontade durante as entrevistas.

A UBS Campo Limpo, com sete enfermeiros de ESF, foi a unidade que houve menor número de entrevistados, porque dos sete enfermeiros, três apresentavam menos de um ano de experiência em ESF e um estava em período de férias. Nesta unidade as entrevistas ocorreram durante horário de atendimento, em esquema de revezamento, no mesmo modo que na primeira UBS.

Dos 26 enfermeiros, três possuíam menos de um ano de atuação, dois encontravam-se em período de férias, um de licença médica. Assim, 20 enfermeiros foram abordados para apresentação da proposta da pesquisa e convite para participação da mesma. Nesta etapa um enfermeiro recusou-se a participar, alegando indisponibilidade por alta demanda de trabalho.

Para os 19 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - apêndice 1).

As entrevistas foram realizadas individualmente após a aplicação do TCLE com base no roteiro semiestruturado com questões que permitem a caracterização da amostra (idade, sexo, tempo de experiência) e perguntas norteadoras (apêndice 2). As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso e o anonimato dos participantes (anexo 3).

7 | TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo a metodologia da análise de conteúdo. O princípio desta metodologia consiste em desmontar as estruturas e elementos do conteúdo, analisado por meio do estudo minucioso das palavras e frases que o compõe, procurando seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e selecionando-o para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação⁵⁶.

Foi adotada neste estudo a metodologia da análise de conteúdo sugerida por Bardin⁵⁷, que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase que tem por objetivo organizar os dados e inicia-se com a leitura flutuante de todo o material, visando conhecer o texto. A princípio, essa leitura pode deixar-se invadir por impressões do pesquisador, mas pouco a pouco deve tornar-se mais precisa em função de hipóteses e objetivos. Segue-se então à escolha dos documentos a serem analisados – o corpus, utilizando-se como critérios a exaustibilidade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores são as etapas seguintes, quando foram realizados os recortes iniciais do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de

codificação para o registro dos dados. A fase de pré-análise encerrou-se com a preparação do material, ou seja, a reorganização dos dados codificados⁵⁷.

A exploração do material é a fase que consiste essencialmente em realizar as operações de codificação, onde os dados brutos são sistematicamente transformados e agregados em unidades que permitem a descrição das características do conteúdo. Concomitantemente, ocorre a categorização, com a representação simplificada dos dados brutos por meio da classificação dos elementos constitutivos do conjunto por diferenciação e reagrupamento segundo as unidades de significado⁵⁷.

Na terceira e última fase, os dados codificados e categorizados deviam ser tratados de maneira a serem significativos e válidos, para que as inferências pudessem ser alcançadas e o conjunto interpretado, utilizando-se os resultados da análise com fins teóricos ou pragmáticos⁵⁷. Para guiar a análise crítica dos resultados foram utilizados os referenciais teóricos de trabalho de Mehry⁴ e comunicação interpessoal de Silva¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram participantes desta pesquisa 19 enfermeiros, sendo 17 (89,5%) do gênero feminino e 2 (10,5%) do gênero masculino.

	Média	Desvio Padrão	Mediana
Idade dos Participantes	37	+- 7	36
Tempo de Formação como Enfermeiro	11	+- 7	10
Tempo de Atuação como Enfermeiro na ESF	6	+- 4	6

Tabela 1: Caracterização dos participantes da pesquisa segundo a idade, tempo de formação e atuação profissional. São Paulo, 2015.

Sendo assim, o tempo médio de formação como enfermeiro é de 11 anos, e o tempo de atuação com a ESF tem média de seis anos; ou seja, há indícios de que os enfermeiros possuem experiência prévia com trabalho em equipe. Cabe ressaltar que o modelo de atendimento como PSF teve início em 1994, se expandindo desde então.

Com relação ao aprimoramento profissional, todos os entrevistados (19- 100%) possuíam especialização. Destes, 15 (79%) eram especialistas em Saúde Pública, e, destes, sete tinham especialização em ESF. As outras áreas de especialidades citadas foram: 3 (16%) eram especialistas em administração, 2 (10,5%) em obstetrícia (10,5%), 2 (10,5%) em docência, 2 (10,5%) em pediatria, 1(5%) em clínica médica, 1(5%) em perinatologia, 1(5%) em psiquiatria, 1(5%) em neonatologia e 1(5%) em gerontologia um (5%), destacando que havia entrevistados com mais de uma especialização.

2 | DISCURSOS DOS PARTICIPANTES

Por meio da exploração e análise sistemática dos discursos dos participantes da pesquisa, foi possível identificar três categorias e subcategorias, de acordo com a figura 1.

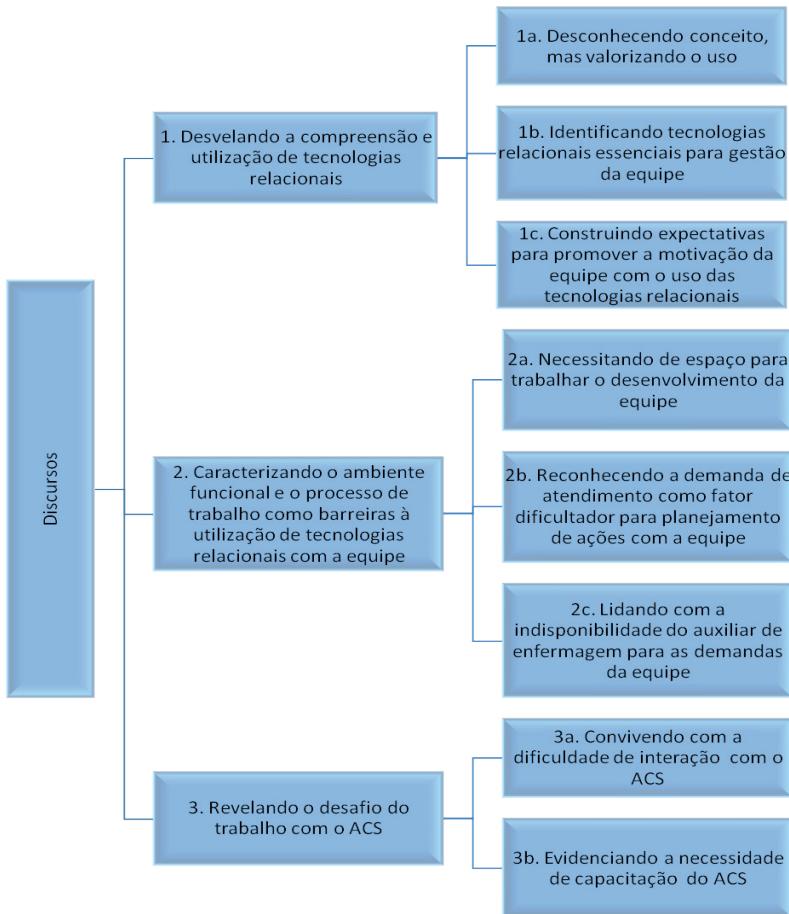


Figura 1: Categorias e subcategorias extraídas dos discursos dos participantes da pesquisa. São Paulo, 2015.

2.1 Categoria 1: Desvelando a compreensão e utilização das tecnologias relacionais

Nesta categoria evidenciou-se, por meio dos discursos, que os enfermeiros valorizam a utilização de tecnologias relacionais, porém desconhecem a nomenclatura referida e os conceitos associados. Mesmo assim, conseguiram mencioná-las e apontar, de modo superficial, maneiras para sua utilização, exemplificando como o fazem. Referem acreditar que o bom relacionamento da equipe esteja diretamente relacionado à satisfação e motivação, se apropriam da responsabilidade pelo uso de tecnologias relacionais para promover integração da equipe e maior satisfação laboral de seus colaboradores, criando expectativas por muitas vezes irreais.

Dos discursos dos enfermeiros nesta categoria é possível identificar três temáticas distintas, que originaram subcategorias, a seguir apresentadas.

2.1.1 Subcategoria 1a. Desconhecendo o conceito, mas valorizando o uso

Os enfermeiros entrevistados mostraram, por meio de seus discursos, o desconhecimento das terminologias “tecnologia relacional” ou “tecnologia leve” como referência às ações, atitudes e comportamentos expressos de modo verbal e não verbal e que podem influenciar as relações interpessoais. Contudo, mesmo sem o reconhecimento da nomenclatura, puderam citá-las, denotando valorizá-las em seu cotidiano de trabalho com a equipe, como evidenciam as falas seguintes:

“Não digo a gerência e sim o responsável pelo programa que impõe muita demanda e esquece da necessidade deste momento para aplicação desta tecnologia de relacionamento...hummm, Leve né?” (E1)

“...fazem uso mas não sabem o que estão usando, eles não tem essa noção do que é tecnologia leve, dura, ... então... eles fazem uso delas só não conseguem identificar o que é. A leve, principalmente... O acolhimento!” (E3)

“Diálogo, é... como fala quando você... não é cooperação é.. como vou dizer é... quando você tem que... não vou saber te dizer. Não lembro agora. O mais então é o diálogo. Aproximação, entender qual o perfil de cada profissional, é... de cooperação mesmo deles, de motivação, de entender o que se deve ser feito...” (E10)

“Eu acho que ajuda bastante sim, é... (...) Cada um vê muito o seu trabalho e não vê como um todo. Eu acredito que essa tecnologia ajudaria bastante, por que a gente lida muito com pessoas e não é um trabalho que você atua individualmente. No PSF você trabalha em equipe, um ajudando o outro, um trabalho complementa o outro, cada um tem sua importância, mas ninguém trabalha sozinho. (...) A tecnologia relacional ajuda bastante, pois a gente está tão focada no trabalho, no atendimento e a as vezes não tem espaço pra escuta para o colaborador né, e de perceber quais são as dificuldades do componente da sua equipe ou mesmo do colega de trabalho e a sensibilidade mesmo né, do o que é que a gente pode ajudar, o que que eu posso tá fazendo pra melhorar...” (E17)

O desconhecimento da nomenclatura “tecnologia leve ou relacional” por parte dos enfermeiros entrevistados pode ser evidenciada nos discursos dos participantes identificados como E1, E3 e E10, tanto pelo reconhecimento direto e menção da dificuldade de conceituação, quanto pelas frequentes interrupções da fala e esquecimento dos termos. Embora a terminologia seja encontrada na literatura há mais de uma década^{3-4,6,49}, parece que seu uso ainda não é comum entre os enfermeiros participantes deste estudo.

Neste contexto, deve ser considerado o fato que as tecnologias duras e leve- duras são mais facilmente identificadas por sua concretude, enquanto as tecnologias leves, por seu caráter por vezes sutil, dependem da atenção direcionada do profissional. Sendo assim, nos discursos dos enfermeiros entrevistados é possível apreender que há superficialidade da compreensão sobre as tecnologias relacionais. As tecnologias duras e leve duras fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde, entretanto, elas não podem sobrepor-se às tecnologias leves. Há necessidade de qualificação dos trabalhadores, principalmente

gestores de equipes, na perspectiva de que estes compreendam e utilizem tais tecnologias, para que a humanização da atenção à saúde efetive-se, de fato³.

A capacitação destes profissionais compreende uma forma de processo, por promover a educação continuada dos recursos humanos, sistematizada, proporcionando conhecimento necessário à utilização das tecnologias. A compreensão do conceito de tecnologia facilita sua utilização pelos profissionais de enfermagem e respalda suas ações. Possibilita também a aplicação do conceito em sua plenitude, inclusive, por enfermeiros que adotam, há muito tempo em suas práticas, embora de forma empírica ou inconsciente⁵⁸.

Com certa frequência, o foco na doença e diagnóstico tem levado à ação do profissional centralizada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro e com escuta empobrecida. As ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia⁶.

Desde o surgimento dessa terminologia na área da saúde, as tecnologias eram concebidas como artefatos, originados de uma necessidade prática aliada ao conhecimento científico⁵⁹. Com as tecnologias relacionais houve novo enfoque na atenção à saúde, com a ressignificação do papel dos trabalhadores e usuários, dando vazão a subjetividade de ambos agentes³.

Merhy salienta que, na enfermagem, o relacionamento pode ser utilizado como instrumento e a comunicação enquanto técnica, a fim de obter bom resultado nas relações interpessoais⁶⁰. Sendo assim, ao observar a superficialidade da compreensão do que são tecnologias relacionais pelos participantes do estudo, surge neste contexto o questionamento acerca da real percepção do uso destas tecnologias pelos enfermeiros como instrumento para a gestão de suas equipes.

2.1.2 Subcategoria 1b. Identificando Tecnologias Relacionais essenciais para Gestão de Equipe

Nesta subcategoria foi possível identificar, pela análise de discurso dos enfermeiros entrevistados, quais são as tecnologias relacionais valorizadas para a gestão das equipes da ESF: comunicação verbal, empatia, habilidade de escuta, respeito e *feedback*:

“O princípio maior é a comunicação, né. A comunicação falada, a comunicação escrita, que às vezes troca e-mail, no momento numa reunião de equipe a gente discute casos, informativo... dessa forma.” (E19)

“Empatia, comunicação, escuta, tento fazer vínculo... Quando elas são realmente utilizadas de forma correta o trabalho flui, satisfação aumenta.” (E1)

“A discussão, a escuta, respeito, dividir os problemas... é dessa forma que a gente aplica e é importante aplicar.... Então, primeiro a gente tem que conhecer as pessoas e saber como levar também né, a fala, e saber escutar... então, geralmente na reunião que a gente discute o caso, e a gente tenta ter um bom relacionamento dessa forma.” (E2)

“Participação de equipe, a comunicação aqui é extremamente efetiva... Eu

gosto muito de perguntar para equipe a opinião delas, não faço uma coisa só da minha cabeça, é um trabalho em conjunto... Eu escuto as ideias, e a partir da posição de cada uma a gente formula uma posição pro trabalho. Extremamente [importante]! Sem isso a gente não desenvolve um bom trabalho.”(E4)

“Eu utilizo, ou tento utilizar...eu acho que o contato próximo, o feedback, o estender a mão e dizer: ‘Olha, qual é a sua necessidade e o que você está precisando?’. Porém, muitas vezes você não é compreendida desta forma, né.”(E8)

“Tecnologia leve, a empatia, a ética profissional, a parte mais democrática de discussão e de troca... eu acho que é isso que a gente consegue levar uma equipe mais pra frente e consegue trabalhar lado a lado.” (E11)

“Eu priorizo bastante o bom relacionamento né, ouvir as demandas, por exemplo, que elas nos trazem, dar importância a isso. Criar tempo para ouvir dentro da reunião de equipe, na medida do possível dar uma resposta pra as demandas que elas trazem, porque dessa forma elas vão sentir que o trabalho delas tem sentido. E, na medida do possível, a gente também se preocupa com as questões que excedem questões trabalhistas, questões pessoais também, quando alguém está triste, quando precisa de outro apoio para que ela se sinta acolhida e não se sinta um objeto de produzir o trabalho, mas que ela seja realmente importante.”(E12)

“A conversa, a empatia ... eu coloco a disposição para tirar dúvida, pra ensinar...”(E18)

A comunicação verbal e a escuta foram os aspectos mais citados pelos enfermeiros como ferramentas para o relacionamento na gestão de equipes. A dimensão verbal da comunicação compreende o uso de palavras expressas por meio da fala e escrita, sendo necessária clareza ao que se deseja informar e uso de estratégias de comunicação ao interagir tentando se expressar, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo¹. Tendo como pressuposto que a comunicação pode favorecer a estruturação de uma relação entre trabalhadores e líderes⁶¹, destaca-se também o fato de que ela é um dos aspectos fundamentais para o entendimento do acolhimento, que é a base das tecnologias relacionais e da ESF.

A comunicação verbal referida pelos entrevistados como conversa compreende principalmente as palavras e informações verbalmente trocadas entre o enfermeiro e sua equipe no ambiente de trabalho. Neste tipo de comunicação, pontos fundamentais a serem considerados são a clareza, a utilização de termos conhecidos, uso frequente de exemplos, recolocações e o poder argumentativo¹.

Contudo, cabe ressaltar que a comunicação não verbal foi pouco lembrada pelos participantes, fato preocupante, uma vez que é a dimensão não verbal que qualifica a interação verbal. Assim, surge o questionamento relativo à valorização da dimensão verbal em virtude do desconhecimento da influência não verbal na interação. Por tratar-se de um processo amplo e complexo, a comunicação precisa ser igualmente conhecida e valorizada em ambas dimensões.

No ambiente de trabalho, há momentos em que a comunicação entre os líderes e

seus subordinados é ineficiente, impedindo que estes executem melhor suas tarefas. Para que isto não ocorra e a habilidade de expressão verbal se desenvolva faz-se necessário saber ouvir, fazer boas perguntas; ter a mente aberta; entender melhor o outro; não interromper e pedir sugestões⁶².

Mas vale lembrar também que uma das funções da comunicação é possibilitar ao sujeito o conhecimento de si próprio; isto é, como pensam, sentem, agem e reagem diante dos fatos⁶³. Sendo assim, fala-se em habilidade de comunicação interpessoal que envolve tentativas de entender o outro comunicador e de ser compreendido, incluindo a percepção da pessoa. Isto porque cada pessoa possui seu universo a parte, com o seu subjetivismo, experiências culturais, valores, interesses e expectativas, influenciando a percepção pessoal da mensagem; ou seja, é a percepção que determina o modo como se ouve e como se vê o mundo¹.

Por isso, o enfermeiro líder de equipe, precisa ter consciência da relação dos comportamentos verbais e não verbais nas interações e reconhecer que as emoções, expectativas e os estereótipos interferem na comunicação, bem como o conhecimento prévio dos emissores¹¹. É neste tipo de situação que, se não há competência comunicacional e habilidade interpessoal, surgem os desentendimentos, desgastes e confusões, dificultando a convivência e o trabalho da equipe.

Para que haja uma comunicação favorável é necessário ter competência para tal. Uma comunicação competente é um processo interpessoal que deve atingir o objetivo dos comunicadores; implica ter conhecimentos básicos de comunicação; que os envolvidos tenham consciência das dimensões verbal e não verbal nas interações; exige clareza e objetividade; suscita o autoconhecimento e possibilita uma vida mais autêntica¹¹.

Outro aspecto bastante citado pelos enfermeiros entrevistados como tecnologia relacional foi a escuta como mostram os discursos dos enfermeiros identificados como E1, E2, E4 e E12. É importante saber ouvir, estar aberto a escutar a mensagem para uma escuta qualificada, é importante ser um ouvinte hábil facilitando o êxito da comunicação¹¹. Assim quando o líder escuta e valoriza as necessidades individuais e coletivas há uma transmissão de respeito, confiança e resulta na aproximação do colaborador, e isso é muito importante para o êxito da equipe.¹³ Pois há objetivos individuais que são desconhecidos pela equipe, sendo que estes também devem ser divididos e expressados. Se este tipo de estratégia não ocorrer, cada um acaba dirigindo os seus esforços em uma direção, ou, até mesmo em direções contrárias àquelas discursadas⁴¹

A empatia foi outra ferramenta mencionada pelos enfermeiros, como ilustram os participantes E1 e E11. Trata-se de uma habilidade relacional essencial para que se possa perceber e entender os sentimentos nos outros. Relaciona-se à capacidade de interpretar sinais não verbais como tom de voz, gestos e expressões faciais, tentando compreender os sentimentos por trás do que está sendo dito³⁰. Possibilita a inferência de sentimentos e comportamentos do outro, além da manifestação do interesse em atender demandas e

oferecer apoio emocional à outra pessoa.

O que mais se identifica com o líder é a empatia, pois a capacidade de compreender suas opiniões, ponto de vista e identificar os sentimentos permite que o líder tenha uma visão inspiradora. O líder que não consegue compreender seus subordinados será incapaz de inspirá-los³⁰.

Outra característica citada é o respeito, como exemplifica o discurso do participante E2. O termo, que significa *re* (de novo) e *spectore* (olhar), constitui-se na capacidade de um líder de olhar as pessoas com outros olhos, ou seja, com novas perspectivas⁶⁴. Precisa ser estabelecido de forma mútua, ou seja, tanto líderes como liderados devem cultivá-lo⁶⁵.

O *feedback* também foi citado como tecnologia relacional utilizada para a gestão de equipes pelos enfermeiros entrevistados, como evidenciam as falas dos participantes E8 e E11. Silva¹, em seu referencial sobre comunicação interpessoal, aponta que *feedback* comprehende o processo de solicitar e receber respostas verbais e não verbais com o intuito de saber como e quanto o comportamento próprio influencia outras pessoas. Afirma também que é uma ferramenta que pode auxiliar mudança de comportamento quando é descriptivo, específico, dirigido a comportamentos modificáveis e compatível com as necessidades e motivações dos sujeitos participantes da interação. Para que ele ocorra, se faz necessária boa comunicação nas relações de trabalho, assim como autoconhecimento, sensibilidade às necessidades alheias; crença e consideração ao relato do outro e aos sinais não verbais envolvidos na interação, escolha adequada de palavras e empatia no trato.

Chama a atenção nesta pesquisa o fato de que o *feedback* mostra-se pouco explorado pelos enfermeiros entrevistados, pois embora tenha sido citado por alguns participantes, não foi apontado com maior detalhamento, explicitando como pode ser utilizado no contexto da gestão da equipe de ESF. Quando utilizado como ferramental gerencial, pode ter influência na produtividade e envolvimento grupal, compromisso com resultados e disposição para cooperação³⁷. Há maneiras de aprimorar a habilidade de *feedback* do líder, como por exemplo, por meio de cursos e treinamentos para *coach*, como já referido no capítulo de revisão teórica deste estudo.

Assim, embora os entrevistados tenham apontado cinco ferramentas (comunicação, empatia, respeito, feedback e habilidade na escuta) como tecnologias relacionais que utilizam com suas equipes, denotam explorá-las com superficialidade, uma vez que não aprofundam a descrição de como as mesmas podem ser utilizadas no cotidiano de trabalho. Outras tecnologias relacionais apontadas pela literatura^{4,6,15}, tais como acolhimento, construção de vínculos, espaço para encontros com a equipe, canal e fluxo de comunicação bem definidos, valorização à autonomia dos indivíduos, cooperação e co-responsabilização e uso de estratégias para manejo de relações disfuncionais não foram citadas pelos participantes, reforçando a conotação superficial de seu conhecimento teórico e habilidade de utilização destes instrumentos para a gestão de equipes.

2.1.3 Subcategoria 1c. Construindo expectativas para promover a motivação da equipe com o uso das tecnologias relacionais

Nesta subcategoria, os discursos dos participantes evidenciam a crença dos enfermeiros entrevistados de que o bom relacionamento da equipe esteja diretamente relacionado à satisfação e motivação. Assim, se apropriam da responsabilidade pela realização profissional de seus colaboradores, como pode ser observado nos discursos abaixo:

“Uma equipe pra trabalhar bem ela precisa estar satisfeita, e se não tiver satisfeita ela não consegue desenvolver aquilo além. O meu trabalho aqui com a minha equipe é ir além do proposto, eu gosto das pessoas bem realizadas, fazer uma coisa com dedicação... por que se uma coisa imposta, fica mais robotizada e assim não é legal.” (E4)

“... tem que motivar, as vezes a funcionária de 10, 12 anos tá cansada, tá de saco cheio, assim... não tem mais aquele gás que tinha no início que começou a trabalhar e isso pode gerar muito conflito e prejudica na comunicação e relacionamento.” (E7)

“Aproximação, entender qual o perfil de cada profissional, é... de cooperação mesmo deles, de motivação, de entender o que se deve ser feito...” (E10)

“Se a gente simplesmente colocar a meta e não encontrar caminhos de motivá-las pra alcançá-las por um motivo que seja, que faça é... sentido pra eles, a gente acaba criando pessoas muito insatisfeitas. Então na ESF a gente tem tentado motivar, fazer um vínculo na equipe pra que isso possa ser atingido. Eu achei interessante esse momento de se pensar um pouquinho que o sucesso do trabalho e da empresa tem a ver com essa tecnologia leve, né. Que é desenvolver essa motivação pra que o trabalho, que é o que todo mundo quer que seja feito, seja feito de forma leve, e que no final que não chegue pessoas cansadas em casa sobrecarregadas.” (E12)

De acordo com os enfermeiros entrevistados, a falta de motivação e satisfação no trabalho pode interferir no relacionamento da equipe. E, parecem acreditar que com o uso de tecnologias relacionais, tais como a construção de vínculos entre os colaboradores e o líder, seria possível reverter a desmotivação da equipe.

Com relação à desmotivação no contexto do trabalho, Leboyer⁶⁶ relata que esta questão afeta indistintamente todas as categorias profissionais e que está associada ao desaparecimento dos valores tradicionais e à consciência profissional. Argumenta ainda que o significado do trabalho está enfraquecido, porque seu valor frequentemente se limita às vantagens materiais que ele traz e suportá-lo se prende a necessidade de ganhar a vida²⁴.

Seguindo esta argumentação, o mesmo autor aponta ainda que o trabalho vem sendo considerado uma atividade desprovida de qualquer dimensão ética, boa apenas para assegurar o futuro econômico. Sua ótica leva à reflexão de que é impossível fazer qualquer atividade humana quando o trabalho perdeu o sentido, porque a atividade laboral trata de um referencial de auto estima para o homem moderno⁶⁶.

Motivação no trabalho não pode ser confundida com momentos de alegria, de entusiasmo, de bem-estar e euforia. Estes podem ser considerados efeitos para um processo motivacional, mas não explicam como o indivíduo chegou até a motivação e nem como esta surgiu. Tudo isso deve ser considerado de maneira especial sob o ponto de vista do próprio sujeito que vivencia, e não de quem observa⁶⁷.

É comum no contexto do gerenciamento de pessoas a afirmação de que uma das principais responsabilidades dos gestores de equipes seja a de motivar o seu pessoal. Contudo, o comportamento motivacional tem dinâmica individual, como uma fonte de energia em estado de ebulação dentro de cada pessoa. É algo independente, nasce do mundo interior da pessoa, escapando a qualquer tipo de controle⁶⁷⁻⁶⁸.

A motivação surge apenas das necessidades humanas de cada pessoa e não das crenças e demandas de outros⁶⁹. Abandonar a perspectiva do controle extrínseco mostra-se importante para os gestores, que pensam ter a habilidade de influenciar seus colaboradores para o trabalho. Contudo, este é um hábito enraizado e de difícil remoção no cenário organizacional⁶⁷.

Assim, destaca-se o fato dos participantes desta pesquisa afirmarem ser de sua responsabilidade a motivação e satisfação de sua equipe. Isto denota utópica crença quanto à influência exercida sobre aspectos pessoais e intrínsecos de seus liderados, podendo gerar frustração no enfermeiro gestor, à medida que estas expectativas dificilmente poderão ser supridas. Quando é mencionado nas entrevistas a preocupação em motivar o colaborador, parece não se considerar que é necessário o ajuste às próprias dificuldades individuais, incluindo autoconhecimento.

2.2 Categoria 2. Caracterizando ambiente funcional e o processo de trabalho como barreiras à utilização de tecnologias relacionais com a equipe

Esta categoria evidencia que o ambiente funcional em que ocorre o trabalho do enfermeiro na ESF e a dinâmica do processo de trabalho no qual o mesmo se encontra envolvido são desfavoráveis à utilização de tecnologias relacionais para o gerenciamento das equipes. Tal fato foi inferido à medida que os participantes relataram que a falta de um espaço próprio para reuniões de equipe e falta de privacidade em momentos discussão das demandas comprometem o trabalho do enfermeiro.

Somado a falta de espaço físico, os enfermeiros também apontam que a livre demanda de atendimento, além da agenda regular, os leva à sobrecarga de trabalho, dificultando o planejamento das ações com a equipe. Citam, ainda, o distanciamento do auxiliar de enfermagem da equipe de ESF como fator que prejudica o uso de tecnologias relacionais para o trabalho em equipe.

Deste modo, com base na análise de discurso dos participantes, foi possível identificar três distintas temáticas dentro da categoria, o que originou três subcategorias, a seguir descritas.

2.2.1 Subcategoria 2a. Necessitando de espaço para trabalhar o desenvolvimento da equipe

A necessidade de espaço físico próprio para reuniões de equipe e privacidade em momentos de concentração e discussão das demandas, compromete o processo de trabalho do enfermeiro e o uso de tecnologias relacionais na gestão da equipe, as quais poderiam facilitar a interação e o convívio. Isso é claramente expressado nos discursos:

“Temos dificuldades por conta do espaço físico. Praticamente, eu tenho que sair correndo daqui por que tem outra profissional que vai entrar as 8 horas, ai vou procurar um local e não tem um local para mim trabalhar. Eu poderia dar muito mais de mim se eu tivesse espaço físico, mais tempo, essas coisas seriam de mais qualidade. A gente quer fazer alguma coisa da equipe e não tem espaço físico. (...) a gente ta fazendo reunião, bate à porta toda hora, ou se não, a gente ta atendendo e vem outra e bate na porta. Ou (...) vem outras pessoas discutir um outro caso que está acontecendo lá fora. Isso é uma das coisas que mais dificulta o nosso trabalho.” (E2)

“Ah a unidade também as vezes não tem lugar com tempo cabível para fazer as reuniões... as salas são cronometradas ... digo, o tempo nas salas são cronometradas.” (E6)

“Mas o último médico que eu tive na equipe, deixou a equipe extremamente conflituosa. A gente não podia nem entrar na sala, a sala era dele entendeu?! Então assim... a gente começou a levar as coisas da equipe para outra equipe, por que a gente não podia entrar na nossa sala.” (E9)

O espaço para escuta e encontros é uma importante tecnologia relacional, com o canal e fluxo de comunicação aberto e bem definido entre os pares. Não constitui apenas um espaço físico, mas também um espaço temporal na rotina de trabalho, com a possibilidade de troca de experiências, vivências e reflexões. São espaços saudáveis em que há possibilidade de se estabelecer comunicação direta entre os gestores e colaboradores, sendo acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas⁴.

Para caracterizar a importância do espaço reservado para reunião de equipe na ESF, é interessante ressaltar as suas características: é uma prática que se realiza diariamente, sendo o espaço mais importante do trabalho, pois é onde se definem as estratégias de ação de cada equipe. É frequentemente um ambiente de muitos conflitos e dificuldades, porque contêm interesses diversos e distintas visões, mas que deverão ser conduzidos para uma direção comum, constituindo oportunidade de aprendizado contínuo^{47,70}.

A existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho na reunião dos profissionais permite a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo. A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, levando em consideração a complexidade dos indivíduos^{32,34,71}.

Além de atuar como forte motivador de trabalho e criar possibilidades de pensar os

contratos que cada equipe tem, o espaço reservado é um lugar para se pensar coletivamente, e possibilitar 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 transdisciplinarizada⁷⁰.

Sendo assim, é consenso entre as equipes de ESF 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. Aprendemos que as reuniões que mais apresentam debates e discussões 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 sofrimentos⁷⁰.

Dada a relevância das reuniões e diante do contexto exposto, aparecem os problemas. De acordo com os entrevistados este espaço é deficitário, tanto na ausência de local físico como na deficiência de ser reservado, fechado e sem interrupções, necessário e importante para o relacionamento da equipe, desenvolvimento e qualidade do trabalho.

Tantas interrupções e descontinuidade das reuniões geram questionamentos, tais como quais seriam as razões para tanto. Em geral, as equipes de ESF colocam aviso na porta, informando que estão em reunião. Contudo, apesar do pedido explícito para não serem interrompidas, frequentemente se observam batidas na porta e, sem qualquer cerimônia, a reunião é interrompida pelas mais diferentes razões, na maioria das vezes sem real urgência. 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 dela⁷⁰.

Nos momentos em que foram realizadas as entrevistas as interrupções eram constantes, geralmente sem justificativa plausível para tal ato. Nenhuma urgência foi observada ou mencionada para as interrupções, sendo que nos encontrávamos de portas fechadas. Também não foi verificada atitude concreta do enfermeiro, no sentido de clarificar limites.

Neste sentido, cabe ressaltar que a postura pró ativa do líder é fundamental, posicionando-se com firmeza e buscando instrumentos gerenciais para conduzir as reuniões. Notou-se que, apesar de referirem valorizar e utilizar tecnologias relacionais, como apontado na categoria anterior, não demonstraram ou citaram maneiras de otimizar seu uso em situações adversas na gestão da equipe. Chama atenção nos discursos a aparente culpabilização do outro e da circunstância, além de abstenção da co-responsabilidade pelo enfermeiro, que problematiza, mas permanece passivo, sem buscar estratégias para modificar a situação. Isto pode denotar certa dificuldade do profissional em assumir o papel

de protagonista como gestor.

2.2.2 Subcategoria 2b. Reconhecendo a livre demanda de atendimento como fator dificultador para o planejamento de ações com a equipe

Segundo os participantes, a livre demanda de atendimento aos pacientes e familiares dificulta o planejamento das ações da equipe, prejudicando a utilização das tecnologias relacionais. A livre demanda refere-se ao atendimento que é além da agenda regular e, somando às metas estabelecidas a serem cumpridas, acarretam sobrecarga de trabalho, relatada nos discursos abaixo:

“Bateção de porta, as vezes você está atendendo ou em reunião e abrem a porta de uma vez, pois esta unidade é aberta o que facilita o acesso de todo o mundo, então... (...) paciente abre a porta na hora que quer. Aqui o que poderia favorecer seria não deixar o paciente circulando tanto na unidade, sei lá, fechar as laterais, o paciente só ficar na recepção e só andar na unidade quando tem consulta, né no horário da consulta.” (E7)

“A gente atende 40 pessoas por período [manhã ou tarde] quando se está lá em baixo [sala de acolhimento]. Esta é uma coisa absurda. Os pacientes estão muito solicitantes, não entendem que aqui tem regras. Então assim, tudo que a gente tenta fazer a gente acaba sendo interrompido. Assim, na reunião de equipe a gente tem várias interrupções pelo paciente.” (E9)

“... ter mais tempo com a equipe. Acho que isso seria fundamental para que a gente conseguisse alinhar algumas coisas do processo de trabalho, alinhar as ações que a equipe vai fazer... eu acho que isso faz a diferença.” (E11)

“Eu acho que a gente trabalha com muitas demandas atualmente, e essas demandas, e essas metas, a correria do dia a dia e até a própria... a gente presta um serviço que nem sempre o serviço que a gente presta está sendo agendado; é um serviço que tem a ver com livre demanda. E às vezes atender até o cliente que vem de fora, às vezes compromete um pouquinho que a gente consiga tempo pra se planejar dentro do trabalho, pra poder atender algumas demandas. E muitas vezes a gente se sente sobrecarregada pelo trabalho e muitas vezes perde a oportunidade de se utilizar uma pouco melhor dessa discussão resolutiva. E a gente tumultua um pouco a vida em função das demandas que são grandes e as metas que são também (risos). Eu me sinto sobrecarregada nesse sentido, de muitas demandas e pouco tempo para poder investir nessa questão do planejamento, de ter tempo para fazer cada coisa, de dar resolução...” (E12)

“Eu acho que a gente é engolida pela demanda de trabalho, a gente tem pouco tempo pra se relacionar. Então, por exemplo, tem dia que eu chego aqui eu não falo com nenhum colega meu, nenhum colega digo dos meus colegas enfermeiros. Vou pra demanda [acolhimento], saio para fazer VD [visita domiciliar] e não sei o que... A hora que você vê o dia, você não conversou com praticamente ninguém, você não falou nada, você não falou um ‘oi’, entendeu? Então eu acho

que a nossa demanda, a nossa agenda, as nossas cobranças do jeito que o PSF está hoje não permite muito essa relação. Você acaba vivendo no mundo isolado, cada um no seu quadrado, resolvendo os seus problemas com a sua

equipe, com os seus pacientes.” (E16)

“Eu acho que hoje a gente trabalha muito apagando incêndio né. Eu me vejo assim, por que existem metas a cumprir, agenda né, uma agenda a cumprir, você tem o horário da reunião e só, daqui a pouco você tem paciente, você tem grupo, você tem horário de almoço... você não pode atrasar naquela outra reunião que você tem. Então o espaço da gente está muito limitado né, a agenda está muito engessada hoje.” (E17)

A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde^{41,72}.

Sendo assim, a ação acolhedora dos profissionais e o vínculo gerado entre o paciente e família com o enfermeiro e sua equipe de ESF dá margem ao livre acesso do usuário à unidade. Frente à impossibilidade de planejar esta situação, há aumento da demanda de trabalho para o enfermeiro, revelado nos discursos dos participantes.

Há alto fluxo de pacientes procurando diariamente pelo enfermeiro na unidade sem agendamento prévio. Assim, muitas demandas de problemas da população de sua área de abrangência são resolvidas diariamente sem consulta marcada, com a procura do profissional em sua própria sala de atendimento. Mesmo que o profissional oriente o paciente a marcar um horário para ser atendido, há situações que necessitam ser resolvidas no dia, e que dizem respeito a equipe a qual o paciente é vinculado.

A forte pressão emocional decorrente de necessidades insatisfeitas dos usuários também é motivo sistemático de angústia, estresse e desgaste para o enfermeiro^{19,25}. Esses profissionais representam uma referência na busca de superação das dificuldades: usuários, distritos e equipes costumam dirigir-se a eles, independentemente de quem esteja gerenciando a unidade⁷³.

Para ajustar este modelo assistencial que não permite planejamento, mostra-se necessária uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado^{4,71}, ou seja, trata-se de estabelecer fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde, usuários e trabalhadores, associados a uma ideia comum de assistência à saúde, de cuidado, resignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar e práticas de cuidado^{2,74}.

Esta proximidade do usuário e o enfermeiro da ESF são prevista por este modelo de atenção básica vigente. Contudo, mostra-se relevante que as demandas se apresentem adaptadas a um processo de trabalho em equipe, centralizado nas tecnologias leves, onde o trabalho vivo opera com grau máximo de liberdade. Sendo assim, é importante valorizar as tecnologias relacionais e colocá-las em prática, a fim de produzir autonomia nos usuários, colegas de trabalho e equipe, gerando práticas de autocuidado e desburocratização de regras e fluxos. Para que isso aconteça, é necessário saber transferir o conhecimento e

atuar sobre sua subjetividade, a fim evitar agravos como aumento da demanda e produção de maiores coeficientes de saúde⁷⁴.

O que está sendo sugerido é a necessidade de que haja, na concepção e no fazer do enfermeiro uma desconstrução e consequente reconstrução do modelo de atenção vigente nas instituições de saúde, em que o procedimento ocupa um lugar privilegiado na ideia de cuidado e responsabilidade. Isso evitaria a tensão existente atualmente, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, produtor de procedimentos e tensão, frente ao acúmulo de tarefas⁷⁴.

Também se faz relevante considerar que o modelo de proximidade entre enfermeiro e usuário preconizado pela ESF é relativamente recente, tem cerca de uma década, sendo bastante distinto do modelo há muito vigente nas instituições hospitalares, onde se criam limites concretos para o acesso do usuário.

Os participantes desta pesquisa possuíam seis anos de tempo médio de atuação na ESF, corroborando com o fato de atuar há pouco tempo neste novo modelo de atenção. Vale lembrar que apenas sete participantes eram especialistas em ESF. Para estes profissionais, a especialização em ESF, ou até mesmo uma capacitação extensa, pode ajudar a desvelar esta forma de assistência. Cabe ressaltar que mesmo a especialização em Saúde Pública não abrangia a ESF como grade de estudo até pouco tempo.

2.2.3 Subcategoria 2c. Lidando com a indisponibilidade do auxiliar de enfermagem para as demandas da equipe

Esta subcategoria revela que, para os entrevistados, a participação do auxiliar de enfermagem (AE) mostra-se deficitária na equipe da ESF, relacionada à dificuldade de interação dos AE nas reuniões e demandas da equipe. Sua atuação na UBS em salas de atendimento é maior, com pouca disponibilidade e participação dos mesmos nas atividades das equipes de ESF, como é apontado nos discursos a seguir:

“Reunião de equipe (...) ajuda de modo que eu possa usar um pouco disso para me aproximar e ter um pouco delas [AE] comigo. Pena que não consigo com todas, pois as auxiliares de enfermagem são muito difíceis de estarem juntas a nós da equipe. São da equipe e não são, por que... é ... pela demanda da unidade elas não participam das reuniões da equipe. No papel elas são da equipe, mas no dia a dia são (...) da unidade. Isso dificulta bastante o meu relacionamento com elas e as ACS também. Até para pedir algo, ou necessidade da área mesmo, as vezes são ausentes.” (E6)

“Estou tentando solucionar, é a falta das auxiliares de enfermagem na reunião. As minhas duas auxiliares são responsáveis pelo laboratório. Então assim, mesmo na escala tendo um dia por semana pra cada uma participar da reunião de equipe, o laboratório tá uma loucura, pois a gente tem em média 100 coletas por dia, e aí vem buscar as minhas auxiliares e elas acabam descendo [para a coleta] e não participando da reunião, ou seja, elas ficam totalmente por fora do que é decidido na equipe. Acho que é de grande importância (...), mas a rotina da unidade impacta muito nisso”. (E9)

“... escala das auxiliar de enfermagem acaba interferindo no relacionamento com a equipe, né. Muitas vezes elas não conseguem entrar em reuniões, participar de algumas ações que a equipe faz. Eu acho que tinha que ter um pouco mais de flexibilidade nisso para que todos interagissem na equipe. Isso ia ajudar bastante.” (E11)

“Tem uma grande dificuldade que é assim, na ESF o auxiliar de enfermagem. Ele não é só da equipe, ele é da unidade. Na maioria das vezes, ele está escalado para x daquele procedimento... então é... isso dificulta o trabalho, (...) por que a gente não tem o auxiliar de enfermagem para a equipe. Então, na verdade, estou partindo o auxiliar de enfermagem com a unidade. É sala de curativo, é vacina, é medicação, acolhimento, sala de papa... entendeu? Esse processo acaba atrapalhando. No relacionamento pessoal também, por que fica umas demandas pendentes e eu preciso avançar, e não consigo avançar, porque eu não tenho estes dois profissionais comigo.” (E19)

Na prática profissional ficam frequentemente evidentes as dificuldades que os profissionais têm em integrar suas ações e atuar coletivamente, pois cada um se envolve com suas atividades específicas, havendo poucos momentos de interação entre eles. Dessa forma, pode haver falta de conexão entre as ações de saúde e dificuldades de interação dos trabalhadores, com consequente prejuízo para o desenvolvimento no trabalho, gerando insatisfação mútua⁷⁵.

A frágil atuação do auxiliar de enfermagem no processo de trabalho da ESF apontado pelos entrevistados é um exemplo desta falta de conexão explicitada. Na ESF ele é considerado uma categoria de essencial importância no desenvolvimento de diversas ações. Em termos quantitativos e considerando sua relevância no processo de trabalho, constitui o contingente mais expressivo entre os trabalhadores da equipe de enfermagem e de toda a área da saúde⁷⁶. Porém, na prática, seu papel e participação na equipe ainda se encontram pautados no modelo hegemônico e muito pouco tem sido feito para motivar e direcionar a atuação desse profissional para a integralidade do cuidado^{28,29,77}.

Por meio da identificação e atividades desenvolvidas pelos AE, observa-se que grande parte do trabalho diário da ESF depende do trabalho desenvolvido por este profissional. É preciso redimensionar o papel do AE da ESF, cujas ações atualmente estão voltadas basicamente ao nível individual, aos moldes da atenção nas UBS, que seguem o modelo clínico de atenção à saúde, privilegiando o atendimento à demanda espontânea, por meio de consulta médica ou de enfermagem, para o controle de doenças individuais, negligenciando ações de prevenção e promoção da saúde, diferente da ESF⁷⁷.

Entende-se que essa dificuldade da equipe em realizar ações educativas contribui para a manutenção do modelo assistencial curativista no nível da atenção básica de saúde. As intervenções de cunho clínico são necessárias e importantes, porém representam apenas uma parcela do trabalho na saúde da família, tendo em vista que o foco principal dessa estratégia consiste na realização de atividades preventivas e promotoras da saúde. Se não houver modificações nesse contexto de trabalho na ESF, corre-se o risco de contrariar o principal objetivo dessa proposta, sendo ela a mudança do modelo assistencial de saúde⁷⁵.

Assim, para inserção do AE nas equipes é fundamental reconhecer sua contribuição para o alcance das metas do programa, e investir na capacitação de um profissional apto a assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral⁷⁷. Nesse sentido, os recursos tecnológicos com os quais se pode contar são praticamente inesgotáveis, pois ficam centrado no trabalho vivo, que enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar o sujeito^{4,60}.

2.3 Categoria 3. Revelando o desafio do trabalho com o ACS

Esta categoria traz à tona as dificuldades relatadas pelos enfermeiros referentes à gestão do trabalho com os ACS e ao relacionamento com os mesmos. Os discursos denotam os desafios de lidar com profissionais que estão há longo tempo exercendo a mesma função, com demandas sociais e emocionais intensas, sobrecarga de trabalho e dificuldade para do enfermeiro gestor de equipe em relação ao ACS, justificado pelo tempo de trabalho longo (anos que trabalham no mesmo cargo), sobrecarga de trabalho e dificuldade de aceitar novas regras e condutas. Apontam ainda a necessidade de educação permanente e capacitação dos ACS para lidar com pessoas. Deste modo, dos discursos agrupados nesta categoria surgiram duas temáticas distintas, que originaram subcategorias, a seguir apresentadas.

2.3.1 Subcategoria 3a. Convivendo com a dificuldade de interação com o ACS

A interação com os ACS no cotidiano de trabalho da ESF é relatada pelos participantes como um grande desafio, com conflitos relacionais por razões variadas, como exemplificado nos discursos:

“Às vezes você tem funcionários também, que a comunicação pode ficar prejudicada por que, às vezes, tem ACS muito antigo que está insatisfeito, cansado do trabalho de ACS, e às vezes, é... Ficam até impacientes com alguma coisa você vai pedir alguma demanda e o ACS não aceita, não quer. Isso pode gerar uma comunicação por parte deles também mais agressiva, pelo grau de insatisfação também, pode prejudicar o relacionamento, né.” (E7)

“...as pessoas entendem que você está cobrando dela coisas que ela não deveria exercer ou ela não sabe qual a função realmente dela, então por isso ela também acha que é uma sobrecarga (...). Agora parte da relação profissional, tem pessoas que misturam relação pessoal e não sabem separar isso, então isso dificulta o trabalho, o processo de trabalho também fica comprometido. Então as pessoas vão ao longo do tempo, vão se acostumando a trabalhar de uma forma, vai sendo relevado isso, a ponto de chegar em anos de trabalho igual, e quando você vem e mostra realmente qual é o trabalho, a pessoa não vai aceitar. A minha maior dificuldade é essa, de tentar passar para o outro o que é realmente a função dele. Então, acho que envolve muitas outras coisas e isso dificulta muito o trabalho em equipe, o relacionamento fica muito comprometido. Às vezes você não tem tanta dificuldade com paciente quanto

você tem com o profissional de equipe. Eu não tenho problema com relação ao paciente, não tenho nenhum problema. Mas o problema é interno mesmo.” (E8)

“... a minha equipe, elas se dão super bem, mas mesmo elas se dando super bem... Por exemplo, precisa fazer mutirão na área de fulana se juntam e faz. Mesmo assim há uma divisão, né. Três para um lado e duas para o outro. Tô falando das ACS. (...) Aí fica esse conflito das três com as duas. (...) Outro dia, num grupo da comunidade, deu um conflito por que o trio estava falando de uma das duas e essa uma das duas chegou e pegou a conversa na metade. Pronto já virou a cara, falou que ‘não vou mais participar do grupo’, tal. Ai no dia seguinte elas não se falaram mais...” (E9)

“... Quando a área é mais complicada a ACS fica mais tensa, e aí pra fazer com que ela vai trabalhar, né, ou tenha vontade de trabalhar, de lidar com os pacientes é mais difícil.” (E10)

No tocante à interação e uso de tecnologias relacionais, as entrevistadas ressaltaram que as relações de trabalho são mais difíceis com o ACS, atribuindo essas dificuldades à distintos fatores, tais como a insatisfação laboral, a dificuldade de compreensão acerca do rol de atividades que lhes compete, frequentes conflitos relacionais, além de estresse e sobrecarga emocional ao lidar com demandas sociais em áreas muito complexas.

Neste contexto, faz-se relevante lembrar que o pré-requisito para ser contratado como ACS é ser morador da área de abrangência da ESF. Os agentes, em sua maioria, têm baixo nível educacional e sócio cultural, o que compromete o entendimento das especificidades do trabalho em saúde e faz com que adotem postura de usuário, mesmo no exercício laboral como agente de saúde⁷⁵. São pessoas sem preparo específico para identificar demandas de atenção ou atuar intervindo em realidades sociais de extrema carência de recursos financeiros e de apoio social, o que pode gerar frustração e insatisfação.

Frente a esta problemática, estudo de Calomé e Lima⁷⁵ aponta ser necessário que o indivíduo contratado como ACS tenha, além da inserção na comunidade, no mínimo o ensino médio completo, o que poderia lhes permitir melhor compreensão, inclusive das orientações de seus líderes. Em locais em que os ACS possuem escolaridade mais avançada, parece haver maior facilidade na realização do trabalho em equipe, especialmente onde alguns deles possuem formação na área da saúde, que lhes fornece subsídios para compreender melhor as necessidades de saúde das comunidades atendidas. As autoras verificaram ainda que, nesses casos, os ACS transmitem as informações com mais clareza, embasamento e precisão, tanto para a população quanto para os gestores enfermeiros, havendo facilidades também na comunicação com os demais membros da equipe.

Mas é preciso considerar outro aspecto relevante neste cenário, que diz respeito ao processo de desgaste psíquico, físico e emocional do ACS que atua em comunidades problemáticas. Esta condição de desgaste ocasiona sofrimento no trabalho, bem como conflito nas relações, intensificados quando as condições de trabalho são permeadas por fatores desfavoráveis, tais como baixo rendimento e alto nível de periculosidade⁷⁸.

Nesse contexto, atitudes não acolhedoras do gestor, decorrentes da acomodação

do modo organizacional do trabalho em que prevalecem o uso de tecnologias duras e leveduras duras podem potencializar situações conflituosas. Assim, há a necessidade da aplicação de instrumentos como as tecnologias leves, no intuito de tentar melhorar as relações laborais com a construção de vínculos e acolhimento deste profissional nas horas de angústias e dúvidas. As habilidades de comunicação também se tornam importantes: empatia, bom humor, otimismo, expressão verbal clara e assertiva, e, para que não haja ruídos na interpretação, adequada utilização de sinais não verbais^{1,3,4,18-19}.

Espaço para encontros e escuta da equipe se tornam importantes, a fim de ter um local reservado para reflexões, compartilhamento de informações, com maior clareza e tranquilidade durante as orientações, mantendo canal e fluxo de comunicação bem definidos, para que haja estratégias à troca de experiências em todos os níveis. Valorizar a autonomia dos sujeitos e basear a relação interpessoal em preceitos éticos pode ainda influenciar a cooperação e co-responsabilização, a fim de haver maior envolvimento e responsabilidade no fazer^{4,18-19}.

Esta situação caracterizaria uma verdadeira mudança de paradigma, que implica na transformação da maneira de ver o mundo de cada trabalhador, bem como na necessidade de se alterarem muitas das normas vigentes, além da distribuição de poder nas organizações de saúde⁷⁹.

2.3.2 Subcategoria 3b. Evidenciando a necessidade de capacitação do ACS

Seguindo a linha de relato evidenciada na subcategoria anterior, os enfermeiros apontaram que o déficit educacional dos ACS influencia negativamente no relacionamento e no processo de trabalho e, para modificar isto, sugerem capacitações específicas para estes profissionais, como denotam suas falas:

“Treinamento... acho que nem todas as pessoas tem a capacidade de ter empatia, colocar no nosso lugar, saber ouvir. Isso aí não é o esperado com todos. Tenho aí 50% da equipe que é dessa forma e outra 50% que não. Acho que capacitação e treinamento nesse sentido pra pessoa tentar pelo menos desenvolver o dom da escuta. Isso é uma dificuldade encontrada no dia a dia...” (E4)

“A relação que a gente tem... na parte relacional precisa trabalhar isso. Talvez educação continuada em cima dessas pessoas né, na parte de relacionamento interpessoal. Isso pra gente é um transtorno, então isso atrapalha nosso processo de trabalho.” (E5)

“E eu acho que para os ACS um treinamento de motivação, controle emocional, de como se comunicar de forma adequada, e identificar por que eles estão tão insatisfeitos. Fazer uns treinamentos mais específicos pra controle emocional, motivacional.” (E7)

“Olha, eu acredito que um preparam, não sei se haveria um preparam pra isso acontecer, mas talvez treinamentos específicos voltados para o desenvolvimento pessoal e profissional, né. Capacitações que visam o

relacionamento interpessoal, né. Alguns pontos chaves que dirige, né, o relacionamento na equipe, né, ou a interação na equipe, o trabalho em equipe. As pessoas não sabem o que é trabalhar em equipe entendeu? As vezes não vivenciaram isso, então não sabem o que é.” (E8)

É consensual entre os entrevistados a necessidade de investir-se na formação do ACS, cuja ação é a aposta considerada diferencial para o acesso às demandas da comunidade em seu próprio ambiente. Contudo, frente à realidade referida, de insatisfação e pouco envolvimento, medidas se fazem necessárias. Quando a execução do trabalho torna-se uma obrigação, em que a participação ativa e prazerosa acaba por ser substituída por uma ação mecanizada, um dos elementos capazes de contribuir para superar tal contradição é o investimento nas tecnologias relacionais, de modo que o trabalhador seja partícipe da construção histórica^{3,50}.

É necessário resgatar a subjetividade do trabalhador para que ele busque satisfação pessoal. Implantar propostas educativas inovadoras parece ser o caminho para interferirmos no processo de trabalho de forma criativa, para preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico-criativo e que se reflete na não fragmentação entre trabalho manual e a reflexão⁸⁰.

Sendo assim, a qualificação dos trabalhadores requer criatividade, inovação e interesse dos gestores e trabalhadores. Neste sentido, a tecnologia poderá ser uma aliada para humanizar o trabalhador da saúde, tendo-se em vista sua abrangência, amplitude e possibilidades de inovações³.

Portanto, o processo educativo deve enfocar a humanização da assistência em saúde, assegurando condições para a expressão da liberdade e da criatividade do trabalhador, favorecendo sua atuação reflexiva. Refletir sobre a tecnologia e sua interface com a humanização poderia ser uma das alternativas em torno da qual se sedimentaria a identidade profissional, imprimindo que o trabalho fosse exercido em condições de igualdade de direitos, deveres e responsabilidades⁸¹.

Torna-se importante que as necessidades do ACS sejam trabalhadas na equipe, destacando-se a valorização pessoal, o vínculo com a comunidade e os conflitos interpessoais⁷⁵. Assim, torna-se necessário uma proposta de educação permanente para o ACS, que favoreça seu desenvolvimento interpessoal, realizada em parceria com toda a equipe e voltada para a realidade local.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se o desconhecimento do conceito e a superficialidade de exploração das tecnologias relacionais pelos enfermeiros entrevistados nesta pesquisa, é possível inferir fragilidade da compreensão e utilização destes instrumentos para a gestão de equipes de ESF.

Por meio da análise dos discursos foi possível evidenciar em três categorias temáticas que os enfermeiros valorizam a utilização de tecnologias relacionais, porém desconhecem a nomenclatura referida e os conceitos associados. Conseguiram exemplificar algumas situações nas quais estas ferramentas são aplicadas em seu cotidiano de trabalho e referiram acreditar que o bom relacionamento da equipe esteja diretamente relacionado à satisfação e motivação. Assim, se apropriaram da responsabilidade pelo uso de tecnologias relacionais para promover integração da equipe e maior satisfação laboral de seus colaboradores, criando expectativas irreais. Contudo, quando descreveram os desafios cotidianos do trabalho na ESF denotaram dificuldade para aplicar os instrumentos citados como favorecedores para o relacionamento interpessoal.

Apontaram como barreiras para a utilização das tecnologias relacionais a falta de espaço próprio para reuniões de equipe, referindo necessidade de privacidade em momentos de concentração e discussão das demandas. Somado a falta de espaço físico, os enfermeiros também apontam que a livre demanda de atendimento, agenda irregular e metas a serem cumpridas os levam a sobrecarga de trabalho, que dificulta o planejamento das ações com a equipe e uso das tecnologias relacionais. Citam também a ausência do auxiliar de enfermagem na equipe, comprometendo a relação e integração da equipe, participação em reuniões e dificuldade na resolutividade dos problemas relacionados às demandas, devido escala de trabalho diária em salas de atendimento da UBS.

Sendo assim, a carência do conhecimento, falta de habilidade de utilização e reducionismo na percepção sobre o potencial de uso destes relevantes instrumentos no contexto da gestão de equipes pode desfavorecer a transformação das circunstâncias mencionadas. Isto ainda parece ser potencializado pela responsabilização do outro pelo enfermeiro, por vezes parecendo abster-se do protagonismo pró ativo que o papel de líder demanda.

Outro dado relevante apontado pela presente pesquisa é relacionado à dificuldade de interação com os ACS, problema ainda pouco apontado na literatura, tendo em vista que este modelo de trabalho adotado na ESF ainda é recente. Como sugestão para modificar tal realidade, relatam que a capacitação do ACS poderia favorecer seu desenvolvimento interpessoal e, consequentemente, o entrosamento da equipe. Surge, assim, a necessidade de uma proposta de educação permanente para a equipe de ESF, desde o enfermeiro até o ACS.

Embora este estudo tenha limitações, entre elas a coleta de dados ter sido realizada em

momentos distintos, em três diferentes locais, com características físicas e organizacionais não homogêneas, a amostra ser determinada pela totalidade da população, e reduzida, impedindo generalizações, os dados encontrados são de extrema relevância. Isto porque, além de apontar fragilidades na atuação do enfermeiro no contexto da gestão de pessoas na ESF, revelam estratégias que podem ser imediatamente utilizadas e caminhos para intervenção pontual em médio prazo, com vistas à mudança deste cenário.

Sugere-se a realização de mais estudos, que abordem a temática das tecnologias relacionais na gestão de equipes sob outras óticas e com distintas metodologias.

REFERÊNCIAS

1. Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
2. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo; 2^a. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.;1982.
3. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Cienc Cuid Saúde. [online]. 2007 [capturado 25/04/2014]; 6(3):351-6. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4068/2725>
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Stress and Burnout Syndrome among workers of the Family Health team. Acta Paul Enferm. [online]. 2010 [cited 2014/04/28]; 23(5): 684-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500016&016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500016>.
6. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea in Mandarino ACS & Gomberg E (org). Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: UFS; 2009; P. 29-56.
7. Marcondes CF. Para entender a comunicação: contatos antecipados com a nova teoria. São Paulo: Paulus; 2008.
8. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
9. Watslawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cutrix; 2002.
10. Reis AMV, Tonet H, Becker LCJ, Costa MEB. Desenvolvimentos de equipes. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
11. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta Paul. Enferm. [online]. 2007 [capturado 28/04/2014]; 20(4):410-4. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>
12. Mourão CML, Albuquerque, MAS, Silva APS, Oliveira MS, Fernandes, AFC. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. Revista RENE. [online]. 2009 [capturado 01/05/2014]; 10(3):139-45. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/16.htm>
13. Bonin CV. Comunicação relacional nas organizações públicas e de economia mista. Rev. Técnica Sanepar. [online]. 2000 jan-jun. [capturado 01/05/2014]. Disponível em: [http://www.sanepar.com.br/sanepar/calandrakbx/filesmng.nsf/87A6DFCA51C28127832570460062C257/\\$File/SanareN13.zip?OpenElement](http://www.sanepar.com.br/sanepar/calandrakbx/filesmng.nsf/87A6DFCA51C28127832570460062C257/$File/SanareN13.zip?OpenElement)

14. Moura GM, Magalhaes AM, Dallagnol CM, Juchem BC, Marona DS. Leadership in nursing: analysis of the process of choosing the heads. *Rev Lat Am Enfermagem*. [online]. 2010 Nov-Dec [cited 2014/04/04]; 18(6):1099-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600009>.
15. Moreira JB. Comunicação: tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado - enfermeiro e usuários. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2010. 49f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
16. Harada, MJCS. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul, SP: Vendis Editora; 2011.
17. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. Brasília. [online]; 2010 jan/fev [capturado 02/07/2014]; 63(1):141-144. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
20. Oliveira A, Neto JCS, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano, AB, et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface - Comunic.*, Saúde, Ed. [online]. 2008 [capturado 23/07/2014]; 12(27):749-762. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400006
21. Gomes MCPA, Pinheiro RG, Aderne MCP, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic.*, Saúde, Educ. [online]. 2005 [capturado 28/09/2014]; 9(17):287-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Moraes SDTA, Buchalla CM, Valentini VE, Leite L, Tanaka ACA, et al. Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2009 [capturado em 01/08/2014]; 19(3): 393-402. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300005&lng=pt&nrm=iso>.
24. Mendes A, Tamayo A. Valores e vivências de prazer-sofrimento nas organizações. *Psico-USF*. [online]. 2001 Jan-Jun [capturado 28/08/2014]; 6(1):39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v6n1/v6n1a06.pdf>
25. Mendes AB. Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional. UnB. Brasília. 1999. Tese de Doutorado.

26. Schmidt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. [online]. 2004 [capturado em 02/09/2014]; 20(6):1487-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext
27. Ribeiro JMS. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2011 [capturado 02/09/2014]; vol.serIII(5):27-36. Disponível em: http://www.scielo.gpearl.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.12707/RII1062>.
28. Franco A. *Ação local: a nova política da contemporaneidade*. Brasília/Rio de Janeiro: Ágora/FASE; 1995.
29. Caroselli M. *Relações pessoais no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning; 2009.
30. Goleman D. *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 63º. ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 1995.
31. Astedt-Kurki P, Isola A. Humor between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *J Adv Nurs*. [online]. 2001 [cited 2014/23/08]; 35(3):452-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01860.x/abstract;jsessionid=03D186D218574E5549247191960E62EB.f04t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
32. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. [online]. 2001 Feb [capturado 25/10/2014]; 35(1):103-109. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489102001000100016>
33. Sternberg RJ, Williams WM. *Como Desenvolver a Criatividade do Aluno*. Yale: Editora Asa; 1999.
34. Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. [online]. 2001 [capturado 20/03/2014]; 9(4):7-12. Disponível em: <file:///C:/Users/tatiana/Downloads/1578-2485-1-PB.pdf>
35. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapão LV. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. Jaruseviciene et al. *BMC Family Practice*. [online]. 2013 [cited 2014/04/04]; 14:118. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>
36. Giesbers AP, Schouteten RL, Poutsma E, van der Heijden BI, van Achterberg T. Feedback provision, nurses' well-being and quality improvement: towards a conceptual framework. *J Nurs Manag*. [online]. 2013 Dec 30; [cited 2014/04/04]; doi: 10.1111/jonm.12196. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372784>
37. Cardoso MLAP, Ramos LH, D'Innocenzo M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011 June [capturado 17/11/2014]; 45(3):730-737. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300026&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300026>.

38. Farh CI, Seo MG, Tesluk PE. Emotional intelligence, teamwork effectiveness, and job performance: the moderating role of job context. *J Appl Psychol.* [online] 2012 Jul [cited 2014/04/24; 97(4):890-900. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22390388>
39. Valente GSC, Blanco BM, Lima CA, Oliveira ACL, Correa MB . A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. *J. res.: fundam. care.* [online] 2013. jul./set. [capturado 28/09/2014]; 5(3): 211-17. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1496/pdf_852
40. Begley CM. Developing inter-professional learning: tactics, teamwork and talk. *Nurse Educ Today.* [online]. 2009 [cited 2014/08/24]; 29(3):276-83. Available from: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(08\)00175-5/abstract?cc=](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(08)00175-5/abstract?cc=)
41. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho em grupo do programa saúde da família: reflexões a partir dos conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem.* [online]. 2005 [capturado 01/07/2014]; 13(2):262-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020&lng=en)
42. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF. [República Federativa do Brasil]. [capturado 28/04/2014]. Disponível em: http://bvsmsauda.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* [online]. 2011 [capturado 25/07/2014]; 377(9779):1778-97. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
45. Souza AMB, Medeiros RPM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2007 [capturado 26/08/2014] 12(2):455-464. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200700022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
46. Souza AMB, Medeiros RP. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc. Saúde Coletiva.* [online]. 2009 [capturado 08/05/2014]; 14(1):1439-1452. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800017>
47. Souza MB, Rocha PM, Brito de Sá A, Uchoa SAC. Teamwork in primary care: the experience of Portugal. *Rev Panam Salud Publica.* [online]. 2013 [cited 2014/05/14]; 33(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300005>
48. Galvão CM, Trevizan MA, Sawada NO. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Rev. Esc. Enfermagem USP.* [online]. 1998 [capturado 16/06/2014]; 32(4):302-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n4/v32n4a03.pdf>
49. Resende E. As quatro principais lideranças da sociedade e suas competências. São Paulo: Summus; 2008.

50. Hilts L, Howard M, Price D, Risdon C, Agarwal G, Childs A. Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. Hamilton, Canadá: Family Practice. [online]. 2013 [cited 2014/08/24]; 30:204–211. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990026>
51. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
52. Secretaria de Saúde. Coordenação Atenção Básica. Instrumento Normativo; normas para o monitoramento técnico e administração dos recursos financeiros da ESF/convênios. São Paulo: SMS, 2008
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
54. Prefeitura.sp.gov.br. São Paulo: Estratégia Saúde da Família – ESF. [online]. 2013 [capturado 24/04/2014]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783
55. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília. [online]. 2012 [capturado 11/03/2014]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
56. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Ed. UFMG/ArtMed; 1999.
57. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
58. Aquino OS, Melo RP, Lopes MVO, Pinheiro AK. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. Acta Paul. Enferm. [online]. 2010 [capturado 25/05/2015]; 23(5):690-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500017>.
59. Nascimento MAL, Guedes MTS, Costa MM, Cordeiro FCA. O nebulizador contribuindo para a criação de uma tecnologia para a saúde da comunidade: uma experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2004;8(3):470-3.
60. Merhy EE, organizador. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CC, Malta DC, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo (SP): Xamã; 1998. p.103-20
61. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. [online] In: SIMPOSIO Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, An. 8, May 2002, São Paulo. [capturado 16/07/2015]. Ribeirão Preto: EERP-USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100050&lng=pt&nrm=iso.
62. Nadler RS. Liderando com inteligência emocional: como gerir equipes na prática e conseguir os melhores resultados a partir da confiança e colaboração/ Reldan S. Nadler; [tradução Eveline Machado] – Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2011.

63. Stefanelli MC, Carvalho EC, Arantes EC. *A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem*. Barueri (SP): Manole; 2005.
64. Zimerman DE, Osório LC. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997
65. Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB, Milbrath VM. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):673- 8.
66. Leboyer LC. *A crise das motivações*. São Paulo: Atlas, 1994.
67. Bergamini CW. A difícil administração das motivações. *Rev. Adm. Empresas*. [online]. 1998 [capturado 12/08/2015]; 38(1);6-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901998000100002>.
68. Sievers B. Além do sucedâneo da motivação. *Rev. Adm. de Empresas*. São Paulo, Fundação Getúlio Vargas,1990; 30(1).
69. Archer ER. O mito da motivação. In: Bergamini C.,CODA R. (Org.). *Psicodinâmica da vida organizacional – Motivação e liderança*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
70. Cruz MLS, Franco L, Carvalho JW, Silva FB, Beteli VC, Lima MF, Oliveira ER, Kubagawa LM, et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre a importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa Saúde da Família (PSF). *Psic. Rev. São Paulo*, 2008; 17(1 e 2);161-83.
71. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):594-601.
72. Franco TB, Magalhães Jr HM. A integralidade na assistência à saúde. In: Merhy et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-33.
73. Tamayo MR, Tróccoli BT. *Burnout no trabalho*. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, organizadores. *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2002. p.45-63.
74. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2005. p. 181-94.
75. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(4):548-56.
76. Nery SR, Nunes EFP, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl 1):1411-9. 9.
77. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2004;12(5):713-20.

78. Martins JJ. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento? [dissertação]. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2000.
79. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.
80. Reibnitz KS. Profissional crítico – criativa em enfermagem: a construção do espaço intercessor na relação pedagógica [tese]. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.
81. Borges MS, Guilhem D, Duarte RA, Ribeiro ASM. Representações sociais do trabalho da Enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasiliense. Ciênc Cuid e Saúde. 2003; 2(2):113-22.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante de pesquisa,

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“TECNOLOGIAS RELACIONAIS NA GESTÃO DE EQUIPES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, sob orientação da Profa. Dra. Monica M. Trovo, que objetiva investigar o conhecimento e uso de tecnologias relacionais no trabalho em equipe.

Para realização desta pesquisa necessito de sua valorosa contribuição me concedendo uma entrevista, que será gravada em áudio para posterior transcrição literal de sua fala. Esta entrevista poderá tomar alguns minutos do seu tempo. Assim, o risco de sua participação na pesquisa pode ser considerado mínimo, referente ao inconveniente de dispensar uma parcela de seu tempo e ao constrangimento de recordar situações desconfortáveis de interações grupais no trabalho em equipe. Caso haja desconforto, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, sendo os dados excluídos do estudo. Os resultados desta pesquisa irão te beneficiar indiretamente no momento da pesquisa, entretanto os achados poderão contribuir futuramente para os profissionais de saúde como ferramenta para avaliação do uso de tecnologias relacionais na gestão de equipes e possibilitar futuras diretrizes para aprimorar a relação interpessoal no ambiente de trabalho. Você tem total liberdade em participar ou não da pesquisa. Informo que você não terá despesas, nem prejuízo e compensações; e que seu nome não será citado diretamente no trabalho, garantindo sua privacidade profissional e pessoal dentro do seu local de trabalho. Será respeitada a privacidade dos dados e os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos, apresentados em reuniões científicas e publicados em periódicos da área de saúde. Para atender a questão da confidencialidade, seu discurso será identificado por um número e as informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada nenhuma análise individual.

Você receberá uma via assinada deste TCLE e que poderá ter acesso aos dados do estudo em qualquer etapa do mesmo, por meio de contato com a principal pesquisadora Tatiana Fernandes Kerches de Abreu COREN 120012/SP, por e-mail tatik309@hotmail.com (11) 43183124 celular (11) 987655453 ou com o orientador do estudo, Profa. Dra. Monica M. Trovo COREN 107325/SP. e-mail: trovomonica@gmail.com, que pode ser encontrada no endereço Praça Tereza Cristina, n.º 229 - Centro, Guarulhos (SP), telefone: 2464-1758.

Guarulhos, _____ de _____ de 2015.

Tatiana Fernandes Kerches de Abreu

Eu,....., portador do R.G....., acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo **“TECNOLOGIAS RELACIONAIS NA GESTÃO DE EQUIPES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**. Argumentei com Tatiana Fernandes Kerches de Abreu sobre minha decisão em participar da pesquisa, tendo os esclarecimentos necessários sobre o projeto. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordei voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício em meu local de trabalho. Autorizo a gravação da entrevista e a publicação dos dados.

Declaro que recebi uma via do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Participante

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Participante nº: _____

Idade: _____ anos

Sexo: Feminino Masculino

Tempo de formação como Enfermeiro: _____ anos

Escolaridade completa: Graduação

Especialista: Qual: _____

Mestrado

Doutorado

Tempo de Atuação na ESF: _____ anos

Leia o texto a seguir sobre Tecnologias Relacionais.

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho, cuja ação busca algo que funcione como objeto, que não necessariamente são materiais duros, mas sim bens e produtos simbólicos que satisfaçam a necessidade¹. Podemos assim classificar as tecnologias da seguinte maneira: *tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves*.

A *tecnologia dura* é a que permite manusear equipamentos que possibilitem investigar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagem. Consomem o trabalho morto (das máquinas) e o trabalho vivo de seus operadores².

A *tecnologia leve-dura* é caracterizada por saberes bem definidos, estruturados, como a clínica, a epidemiologia, filosofia, psicologia². Também são os manuais, protocolos e processos de trabalho.

A *tecnologia leve* é também denominada tecnologia relacional e permite a produção de relações envolvidas mediante a escuta, o interesse a construção de vínculos de confiança¹, contribuindo para um relacionamento interpessoal coerente, preciso e notório com a equipe. Compreendem o acolhimento do profissional pela equipe a integração das ações em prol do trabalho, formação de vínculos, espaço para encontros e escuta, canal e fluxo de comunicação bem definidos, respeito e valorização à autonomia, cooperação e co-responsabilização, uso de habilidades de comunicação para adequada expressão verbal, bom humor, empatia, postura ética, entre outros².

¹ Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

² Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Man-

- 1. Como você percebe a utilização das tecnologias relacionais pelos enfermeiros na gestão das equipes de ESF?**
- 2. Quais tecnologias relacionais você utiliza no seu cotidiano de trabalho?**
- 3. No seu ponto de vista de que maneira as tecnologias relacionais poderiam ser utilizadas para o desenvolvimento da sua equipe?**
- 4. Quais são os fatores que poderiam favorecer o uso de tecnologias relacionais no contexto do trabalho em equipe? E o que poderia dificultar?**

ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZAÇÃO COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL (CRSUL)



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 06 de Janeiro de 2015.

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa “Tecnologias Relacionais na Gestão de Equipes por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família” e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

“Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado.”

Fica o pesquisador responsável de comunicar a Gestão de Pessoas/Desenvolvimento da CRS-SUL o nº do parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Tatiana Fernandes Kerches de Abreu
Pesquisador

Maria Laura Deorsola
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

ANEXO 2. Parecer consubstanciado do CEP/UNG



UNIVERSIDADE GUARULHOS -
UNG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: ' TECNOLOGIAS RELACIONAIS NA GESTÃO DE EQUIPES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA'

Pesquisador: Tatiana Fernandes Kerches de Abreu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41421615.0.0000.5506

Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.015.616

Data da Relatoria: 31/03/2015

Apresentação do Projeto:

Apesar do texto extenso, segue os padrões científicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos bem delimitados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há avaliação de riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenho da pesquisa é compatível em relação aos objetivos traçados e o projeto é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com os padrões éticos em pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1779

Fax: (11)2464-1187

E-mail: comite.esca@ung.br

Continuação da Página: 1.018.000

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar relatório final até 01/03/2016, via Plataforma Brasil, contemplando as questões relativas aos Critérios Éticos da pesquisa:

- a) Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?
- b) Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?
- c) A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG?
- d) Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

GUARULHOS, 08 de Abril de 2015

Assinado por:

Regina da Oliveira Moraes Amuda
(Coordenador)

ANEXO 3. PARECER SUBSTANCIADO CEP/SMS



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: ' TECNOLOGIAS RELACIONAIS NA GESTÃO DE EQUIPES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA'

Pesquisador: Tatiana Fernandes Kerches de Abreu

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41421615.0.3001.0086

Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.020.433

Data da Relatoria: 07/05/2015

Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa é identificar a percepção do enfermeiro acerca do uso de tecnologias relacionais para gestão de equipes de ESF. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório transversal, que será realizado por meio de entrevista semi estruturado com enfermeiros de equipes de ESF de três UBS da Região Sul do Município de São Paulo. Os dados serão analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo.

Para inclusão na amostra serão considerados os seguintes critérios: ser enfermeiro, pertencer a equipe de ESF de uma das três unidades selecionadas, ter no mínimo 12 meses de experiência (tempo considerado significativo para criação de vínculo com a equipe) e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Serão excluídos da amostra os enfermeiros que estiverem ausentes do ambiente de trabalho no período da coleta dos dados, por motivo de férias ou licença médica.

Após aceitação de livre escolha e assinatura do TCLE será realizada uma entrevista individual, com base no roteiro semiestruturado com questões que permitem a caracterização da amostra (idade, sexo, tempo de experiência, etc) e perguntas norteadoras (apêndice 2). Esta entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP **Município:** SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.020.433

discurso e o anonimato do participante.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a percepção do enfermeiro acerca do uso de tecnologias relacionalis para gestão de equipes de ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram adequadamente descritos pela pesquisadora:

Riscos: Neste estudo, os riscos dos participantes da pesquisa são mínimos, relacionados ao inconveniente de dispensa de tempo para responder às questões da entrevista e ao constrangimento de recordar situações desconfortáveis de interações vivenciadas com a equipe. Assim, pode surgir eventual angustia e ansiedade, manifestada por inquietação. Na observância de exacerbação do desconforto a entrevista poderá ser interrompida.

Benefícios: Será esclarecido que o benefício relacionado a participação na pesquisa será de recordar elementos fundamentais para o trabalho em equipe e refletir a sua aplicabilidade, além de colaborar para potencializar o conhecimento científico sobre o relacionamento interpessoal no trabalho em equipe em enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante ao colocar o foco nas relações interpessoais de equipes que compõem a EFS e apresenta consonância entre objetivos e método.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

TCLE adequado após retificações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar.
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.020.433

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SÃO PAULO, 13 de Abril de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Página 03 de 03

ANEXO 4. TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

Tecnologias relacionais na gestão de equipes por enfermeiros da ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 👤 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 👤 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Tecnologias relacionais na gestão de equipes por enfermeiros da ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br