

TRABALHO EM EQUIPE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TEAMWORK: THE PROFESSIONALS' PERCEPTION OF FAMILY HEALTH STRATEGY

TRABAJO EN EQUIPO: LA PERCEPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA DE LOS PROFESIONALES

Michele Jacowski¹
Aline Mitie Both Budal¹
Débora de Souza Lemos²
Rafael Gomes Ditterich³
Marilene da Cruz Magalhães Buffon⁴
Verônica de Azevedo Mazza⁵

Objetivo: descrever a percepção dos trabalhadores de equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho em equipe. Metodologia: pesquisa descritiva e qualitativa, realizada entre abril e junho de 2014, mediante entrevistas semiestruturadas, com 54 profissionais que atuam em 10 unidades com Estratégia Saúde da Família em um município da região Sul do Brasil. A interpretação dos dados foi de acordo com a análise categorial temática. Resultados: dos discursos emergiram as categorias: multiprofissionalidade; compartilhamento de decisões e responsabilidades; respeito e valorização do trabalho do outro e; divisão de tarefas, nas quais se identificou elementos que promovem os dois modelos que permeiam a prática profissional atual, o fragmentado e centrado na doença e o integral. Conclusão: a percepção de trabalho em equipe para trabalhadores da ESF está associada à multiprofissionalidade na lógica interdisciplinar, com a troca de saberes entre os seus integrantes como mecanismo para efetivar as ações de saúde.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde; Saúde.

Objective: describe the perception of workers of the Family Health Strategy teams in relation to teamwork. Methodology: a descriptive and qualitative research, performed between April and June 2014, through semi-structured interviews with 54 professionals working in 10 Family Health Strategy units in a city in southern Brazil. Data interpretation was

¹ Enfermeiras. Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Pós-Graduadas *Lato Sensu* pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. michelejocowski@gmail.com

² Enfermeira pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. deboraslemos@gmail.com

³ Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária. Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Professor do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. rafaelditterich@yahoo.com.br

⁴ Odontóloga pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Especialização em Dentística Restauradora pela Associação Brasileira de Odontologia – Seção Mato Grosso do Sul. Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela Fundação Osvaldo Cruz. Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Paraná. Professora Associada da Universidade Federal do Paraná. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná. Coordenadora do Programa PRÓ-Saúde e PET-Saúde-Redes de Atenção Secretaria Municipal de Saúde COLOMBO/Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. marilenebuffon@ufpr.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Coordenadora adjunta do Programa PET Saúde Universidade Federal do Paraná/Colombo. Curitiba, Paraná, Brasil. mazzas@ufpr.br

by means of thematic category analysis. Results: from discourse analysis emerged categories: multi-professionality; sharing decisions and responsibilities; respect and appreciation of the work of others; division of duties, in which elements were identified that promote the two models that permeate the current professional practice, fragmented and focused on the disease and integral. Conclusion: the perception of teamwork for FHS workers is associated with multi-professionality in interdisciplinary logic, with the exchange of knowledge among its members as a mechanism to carry out healthcare actions.

Descriptors: Patient Care Team; Primary Health Care; Health.

Objetivo: describir la percepción de los trabajadores de equipos de la Estrategia Salud de la Familia sobre el trabajo en equipo. Metodología: investigación descriptiva y cualitativa entre abril y junio de 2014, a través de entrevistas semi-estructuradas, con 54 profesionales que trabajan en 10 unidades de la estrategia de salud de la familia en una ciudad en el sur de Brasil. La interpretación de los datos fue de acuerdo con el análisis categorial temático. Resultados: a partir del análisis del discurso surgieron las categorías: multiprofesionalidad; compartir decisiones y responsabilidades; respeto y reconocimiento de la labor del otro; división de tareas, en el que identifica los elementos que promueven los dos modelos que impregnan la práctica profesional actual, el fragmentado y centrado en la enfermedad y el integral. Conclusión: la percepción del trabajo en equipo para trabajadores de la ESF se asocia con multiprofesionalidad en la lógica interdisciplinaria, con el intercambio de conocimientos entre sus miembros como un mecanismo para llevar a cabo las acciones de salud.

Descriptores: Grupo de Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Salud.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apontada como uma reorientação do modelo de assistência apoiada na atenção básica e operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades de saúde⁽¹⁾.

Esse modelo de assistência visa promover uma nova forma de cuidar, ao propor um processo de trabalho centralizado na família e entendido com base em seu ambiente físico e social, de forma integral, contínua e em diferentes níveis de atenção, na prevenção, promoção, cura e reabilitação, exigindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e do próprio trabalho em equipe⁽¹⁾.

Na ESF, o trabalho em equipe multiprofissional é um dos pilares para o alcance de um novo modelo de assistência à saúde. Caracteriza-se como uma modalidade de trabalho coletivo na qual há relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação entre diferentes áreas profissionais, promovendo, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação⁽²⁾.

A expressão “trabalho em equipe” pode ser entendida de diferentes maneiras, mas na perspectiva da integralidade, promove uma prática de trabalho interdisciplinar, na qual toda a ação

em saúde deve ser realizada em conjunto, articulando saberes. Contudo, a eficiência e a efetividade nos serviços exigem modalidades de trabalho em equipe com capacidade de desenvolver conexões entre os profissionais e suas ações⁽³⁻⁴⁾.

Na área da saúde, reconhecem-se dois modelos de equipes que coexistem nos serviços: equipe de agrupamento e equipe de integração. O primeiro modelo é utilizado para expressar uma conformação de equipe em que há justaposição de ações e agrupamentos de profissionais, com restrito compartilhamento e pouca comunicação efetiva entre eles; assim, o processo de trabalho é fragmentado⁽²⁾.

O modelo de integração caracteriza-se pela articulação das ações e a interação dos agentes por meio da comunicação. Os trabalhadores são interlocutores e não objetos de trabalho, tendo direito ao reconhecimento mútuo e à expressão de opinião. Além disso, as diferenças técnicas das distintas categorias profissionais são mantidas, porém subordinadas a um conjunto de valores comuns entre os integrantes da equipe⁽²⁾.

Organizar o processo de trabalho na configuração de equipe de integração implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas,

cooperar, colaborar e interagir de forma democrática, integrando os diversos interesses, necessidades, saberes e habilidades. Contudo, a não compreensão do significado do trabalho em equipe pode comprometer a qualidade e a eficiência do atendimento em saúde, desta forma, relaciona-se o processo de trabalho em equipe à compreensão e reflexão sobre o real sentido de equipe⁽⁵⁾.

Ainda que o trabalho em equipe faça parte do modelo de atenção proposto na ESF, muitos profissionais não têm conhecimentos básicos de como realizar uma tarefa coletiva ou têm dificuldade em refletir sobre o processo de trabalho. Esta falta de conhecimento pode levar à ansiedade e ao desconforto, e essa insegurança comumente promove uma prática profissional de cunho individual, com foco curativo e sem interação entre os membros da equipe⁽⁶⁾.

A ausência de reflexão e de diálogo nas equipes multiprofissionais acarreta um processo de trabalho no qual há perpetuação de lógicas baseadas na separação entre as disciplinas e seus objetos de intervenção. Esta forma de conduzir o trabalho gera no trabalhador, assim como nos usuários, sentimentos de dissociação e desagregação, levando a uma prática fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos⁽⁶⁾.

Deste modo, a prática interdisciplinar é um dos grandes desafios para os profissionais que integram a ESF, a fim de superar o modelo de atenção fragmentado e centrado na doença, adotando uma abordagem de atenção integral ao usuário e sua família⁽⁷⁻⁹⁾.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais reflitam sobre o que é trabalho em equipe e como podem converter sua prática individualista em um modelo de integração e, assim, transformar seu processo de trabalho. Para tanto, a seguinte questão orienta este estudo: Qual a percepção dos trabalhadores de unidades da ESF sobre trabalho em equipe? Nesse contexto, objetiva-se descrever a percepção dos trabalhadores de equipes de Estratégia Saúde da Família sobre o trabalho em equipe.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada no período de abril a junho de 2014, com trabalhadores das unidades de saúde com ESF de um município da região Sul do Brasil.

No total, as unidades de saúde contavam com 240 profissionais. Uma vez que todas as pessoas atendiam aos critérios, para suprir a participação de todas as categorias que compunham a equipe mínima e ampliada, foi sorteado um profissional de cada categoria em todas as Unidades de Saúde com ESF do município. Assim, participaram da pesquisa 54 profissionais que fazem parte da equipe mínima e ampliada de saúde da ESF: 9 médicos, 10 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde, 7 cirurgiões dentistas, 1 auxiliar de saúde bucal e 7 técnicos em saúde bucal.

O critério de inclusão foi possuir experiência de trabalho de, no mínimo, um ano na ESF. Optou-se por esse tempo mínimo de experiência, a fim de selecionar participantes que já tivessem vivenciado, no cotidiano, um longo tempo de trabalho em equipe, no formato estrutural da ESF. Como critério de exclusão, adotou-se: profissionais que estavam em período de férias ou em licença do serviço durante a coleta de dados. Nenhum profissional foi excluído.

Durante a seleção dos participantes da pesquisa houve uma unidade na qual não foi identificado o profissional médico e, em outra unidade, não havia o profissional cirurgião-dentista que respondesse aos critérios de inclusão. Além disso, duas unidades de saúde não possuíam equipe ampliada – cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas e audiogravadas, realizadas nas unidades de saúde nas quais os entrevistados trabalhavam. O roteiro constou de questões para caracterização dos participantes e questões abertas cujos assuntos permeavam a temática central do estudo: o trabalho em equipe.

Os dados coletados foram tratados pela técnica da Análise Categral Temática proposta por Bardin, com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁰⁾.

A pré-análise visou operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa; já a exploração do material compreendeu a operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente; o tratamento dos resultados obtidos correspondeu aos resultados brutos, isto é, as categorias que foram utilizadas como unidades de análise e que permitiram ressaltar as informações obtidas; e por fim, a interpretação, momento das inferências e das interpretações previstas com base no quadro teórico⁽¹⁰⁾.

Com o intuito de garantir o sigilo e a privacidade dos participantes foram utilizadas as iniciais de cada categoria profissional como código: M (médico), E (enfermeiro), TE (técnico em enfermagem), AE (auxiliar de enfermagem), CD (cirurgião dentista), TSB (técnico em saúde bucal), ACD (auxiliar em saúde bucal) e ACS (agente comunitário de saúde) seguidas do número de ordem em que ocorreu a entrevista.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e aprovado, de acordo com a Resolução n. 466/12, pelo Parecer n. 619.484. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Dos 54 entrevistados, 79,6% eram do sexo feminino, a faixa etária variou de 20 a 59 anos, com média de 39 anos; o tempo de trabalho na unidade foi, em média, de 5,5 anos; o tempo de experiência na ESF foi, em média, de 6,5 anos.

Na análise dos discursos emergiram quatro categorias em relação à percepção do trabalho em equipe: multiprofissionalidade; compartilhando objetivos, decisões e responsabilidades;

respeito e valorização do trabalho do outro; divisão de tarefas.

Na primeira categoria, multiprofissionalidade, os participantes mostraram que compreendem o trabalho em equipe sob a perspectiva interdisciplinar, baseado na interação entre os diferentes membros e suas respectivas áreas de atuação, sendo desenvolvida pela interação entre os saberes e proporcionando uma assistência mais holística. Assim, foram expostas características fundamentais para a integração de uma equipe.

No meu ponto de vista é um trabalho mais completo que a gente tem condições de fazer, dando essa visão de diversas áreas acabamos conseguindo um atendimento melhor para o paciente... é trazer todos os saberes... Para mim, trabalhar em equipe é essa interdisciplinaridade, essa possibilidade de você estar unindo saberes, num caminho só, num sentido só, você incluir todo o teu conhecimento para que os outros tenham também, para o melhor resultado do atendimento ao paciente. (CD5).

É uma forma para que todos os profissionais possam atuar e proporcionar uma visão geral do cliente/paciente, podendo atingir todos os âmbitos do paciente em uma globalidade mesmo. (E7).

[...] para que a gente consiga trazer essa ideia do todo do paciente eu acho que o diferencial é a abordagem de todos profissionais [...](CD4).

Denomina-se equipe multiprofissional uma variedade de trabalhos especializados, bem como as relações entre as ações e os agentes das ações⁽²⁾. Embora no cotidiano esse termo seja geralmente utilizado como referência ao trabalho interdisciplinar, não são sinônimos. A presença de diferentes profissionais em um mesmo local de trabalho não garante a interdisciplinaridade, mas facilita a produção de interações, organizações e subjetivações⁽⁶⁾.

A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma troca intensa de saberes entre diferentes categorias profissionais, desempenhando, em um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, implicando em uma atitude singular a ser assumida frente a um problema, substituindo uma concepção fragmentada e distante por uma visão integrativa e abrangente⁽⁴⁾.

O trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, possibilita ampliar a

compreensão dos fenômenos inseridos na realidade, favorece a articulação do conhecimento de várias categorias profissionais, de forma a proporcionar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, potencializar o cuidado à saúde⁽⁴⁾. Nesse sentido, a articulação de saberes e fazeres de diferentes áreas profissionais possibilita a melhora da atenção à saúde.

A interdisciplinaridade pode também proporcionar uma assistência mais integral, facilitando a compreensão holística, na qual o indivíduo é visto em seu conjunto, nas suas diferentes dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Gera-se, com isso, melhores resultados do que aquele no qual muitas pessoas trabalham de forma fragmentada⁽¹¹⁾.

Deste modo, a demanda por cuidados de saúde envolve múltiplos saberes e fazeres relacionados aos conhecimentos e especificidades de diferentes profissionais. Nesta perspectiva, a prática interdisciplinar surge como mecanismo de integração para a equipe, facilitando a compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde baseada na interação e articulação entre os profissionais^(2,12).

Na prática, porém, unir saberes e atividades de diferentes áreas profissionais não é simples. É necessário superar um passado de fragmentação da realidade, que ocorre desde a formação dos profissionais, na graduação, e mantém a fragmentação do saber e do poder, bem como a dificuldade de construir pontes entre as diversas áreas de conhecimento⁽¹³⁾.

Na segunda categoria, compartilhamento de objetivos, decisões e responsabilidades, os profissionais expressaram que o trabalho em equipe extrapola a interação dinâmica entre saberes. Requer, portanto, o compartilhamento de objetivos, decisões e responsabilidades, porém sem abolir as especificidades profissionais, levando cada um a contribuir para o processo de trabalho, de acordo com sua formação profissional. Desse modo, reflete a percepção que descreve elementos da equipe de integração.

[...] todos estarem unidos no mesmo objetivo [...] (ACS9).

É você estabelecer e buscar cumprir objetivos e metas conjuntas com as várias categorias profissionais, de maneira que todos sejam beneficiados por seus resultados [...] (M1).

Todos terem o mesmo objetivo, todos trabalhando juntos, mas não se intrometendo na área do outro, pelo contrário, cada um dando um pouquinho da sua contribuição para que a gente se complemente e forme aquele todo. (CD4).

Para mim é trabalhar junto, mas cada um na sua função em prol do benefício de um terceiro, mas que a gente possa tentar resolver da melhor forma possível o problema daquele paciente que está necessitando. (TE2).

É todo mundo estar participando de todas as decisões, de todos os trabalhos que se tem, cada um possui experiência profissional, com a sua área de atuação [...] (CD8).

O trabalho em equipe, para os entrevistados, é entendido como unidades de soma e união entre os profissionais com o mesmo objetivo. Esse entendimento, por sua vez, vai ao encontro do significado etimológico do vocábulo “equipe”, associado à realização de tarefas e/ou trabalhos compartilhados entre indivíduos com objetivo comum⁽⁵⁾. Nesse sentido, o trabalho em equipe na atenção à saúde deve compreender um processo de trabalho no qual os profissionais de diferentes categorias atuam de forma interdependente para alcançar objetivos comuns⁽¹⁴⁾.

O compartilhamento de objetivos e responsabilidades é elemento presente em grupos que se identificam como equipe⁽¹⁴⁾. Assim, ações complementares e interdependentes são características presentes em equipes de integração. Deste modo, o trabalho em equipe de integração, ao embasar-se na responsabilização coletiva, exige o compartilhamento no planejamento e na execução das ações e tarefas^(2,15).

No cotidiano, porém, tanto o planejamento como a tomada de decisão e o poder compartilhado apresentam dificuldades para serem operacionalizados. Muitas vezes, os indivíduos com diferentes formações profissionais tendem a tomar decisões dentro do seu próprio âmbito de prática, colocando suas opiniões profissionais como ideais para todos os membros da equipe e todas as situações⁽¹⁶⁾.

Faz-se necessário que os profissionais compartilhem seus conhecimentos e entendimentos, a fim de desenvolverem uma relação de colaboração que exceda os limites implícitos em cada profissão. Em uma abordagem em equipe, a troca de informações entre os diferentes profissionais de saúde é fundamental. Além disso, todos devem conhecer os papéis e as responsabilidades de cada um. A comunicação permite que os membros da equipe transcendam o seu próprio campo e encontrem um território comum e de deliberações conjuntas, e, conseqüentemente, de responsabilização compartilhada⁽¹⁷⁾.

Na terceira categoria, respeito e valorização do trabalho do outro, os entrevistados relacionaram o trabalho em equipe à valorização da diversidade de conhecimentos e ao respeito mútuo entre os membros de uma equipe, elementos fundamentais para a construção de um relacionamento interpessoal positivo entre os trabalhadores, para a promoção da satisfação profissional e para a organização integrada da equipe.

É você respeitar o outro. (ACS2).

Para trabalhar em equipe tem que saber abrir mão, saber respeitar o serviço do outro. (M2).

Cada um deve fazer aquilo que é da sua função da melhor forma possível, respeitando a forma e o espaço do outro. (E1).

É valorizar o que o outro sabe fazer, o que é importantíssimo, valorizar o trabalho do outro. (E1).

O relacionamento interpessoal, intrínseco ao processo de trabalho em equipe, é comumente apontado como um dos fatores que mais interferem na satisfação profissional⁽¹⁸⁾ e na integração entre os trabalhadores⁽¹⁹⁾. Como as equipes são compostas por diferentes indivíduos, com especificidades relacionadas ao gênero, inserção social, formação, experiências profissionais e de vida e, mesmo, interesses próprios⁽⁵⁾, muitos desses fatores podem influenciar no relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, impactar no processo de trabalho.

Frente a tantas peculiaridades relacionadas aos próprios profissionais e somados à diversidade de situações vivenciadas pelas equipes de saúde

no cotidiano, o respeito mútuo desponta como um elemento fundamental para a promoção de relacionamento positivo⁽¹⁹⁾ e para a colaboração entre os indivíduos⁽¹⁶⁾. Além disso, a falta de valorização e reconhecimento pela organização, ou pelos colegas, ou pela sociedade, também pode resultar em insatisfação pessoal e profissional, gerando frustração, isolamento e desmotivação⁽⁵⁾. Ao valorizar diferentemente os profissionais, com seus saberes e intervenções específicas, mantêm-se as desigualdades sociais que hierarquizam e legitimam a superioridade de algumas profissões sobre outras, gerando não apenas processos de trabalhos diferentes, mas desiguais⁽²⁾.

Em uma situação de trabalho coletivo, na qual há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os seus agentes, e em situações livres de coação e de submissão existe maior possibilidade de interação, o que leva à busca de consensos acerca da finalidade e do modo de execução do trabalho e gera maior integração na equipe⁽²⁾.

Na quarta categoria, divisão de tarefas, a percepção do trabalho em equipe foi marcada pela ideia de separação de tarefas entre seus membros. Os depoentes fizeram referência à divisão técnica do trabalho que, dependendo do nível de fragmentação e especialização, pode descrever a conformação de equipe de agrupamento ou integração.

Na verdade, é divisão de serviços. (E9).

É cada um fazer sua parte. (ACS6).

No trabalho em equipe cada um realiza suas tarefas, contribuindo com a parte que lhe pertence [...] (CD4).

A expressão “divisão técnica do trabalho em saúde” refere-se ao parcelamento da prestação do cuidado e à padronização de tarefas a serem distribuídas entre os trabalhadores, de forma que o cumprimento de cada tarefa fique sob a responsabilidade de um indivíduo, o que muitas vezes promove a hierarquização e a desigual valorização entre as atividades e seus executores⁽²⁰⁾.

O trabalho em equipe exige flexibilidade na divisão das tarefas. Deste modo, há ações privativas para cada área profissional e ações que são executadas, indistintamente, por profissionais de

diferentes áreas de atuação. Isto é, há intervenções próprias a cada área, mas há também ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de diversos campos, como: recepção, acolhimento e grupos educativos.

Contudo, quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe de integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe de agrupamento⁽²⁾. Atualmente, nos serviços de saúde, prevalecem a fragmentação, as relações hierárquicas, o trabalho individualizado, e as desigualdades entre as especialidades e sua valorização social⁽²⁰⁾.

A separação de tarefas entre os membros de uma equipe pode auxiliar na organização do processo de trabalho, porém pode levar também a um processo de fragmentação do trabalho. Quando cada profissional realiza parcelas do trabalho, sem uma integração com as demais áreas envolvidas, o grupo de trabalhadores torna-se uma equipe de agrupamento⁽¹²⁾.

Para que a equipe possa alcançar algum grau de integração entre as diversas tarefas é preciso que todos os seus componentes façam um investimento para articular as ações em saúde, visto que elas não se complementam automaticamente, pelo simples fato de estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho. A articulação requer o reconhecimento de conexões e de nexos existentes entre as intervenções realizadas, tanto em relação àqueles referentes ao seu próprio processo de trabalho, quanto às executadas pelos demais membros da equipe⁽³⁾.

Portanto, somente a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais não garante que o trabalho realizado por diversos profissionais seja integrado e que tais equipes tenham por objetivo promover uma melhor atenção à saúde dos indivíduos. O que pode gerar é um agrupamento de profissionais com diferentes qualificações em um mesmo espaço, mas que atuam com ênfase na especialidade e na autonomia técnica⁽²¹⁾.

Considerações Finais

A percepção de trabalho em equipe, para trabalhadores da ESF, está associada à multiprofissionalidade na lógica interdisciplinar, com a troca de saberes entre os seus integrantes como mecanismo para efetivar as ações de saúde, ao compartilhamento de objetivos, decisões e responsabilidades, ao respeito e à valorização do trabalho do outro e à divisão de tarefas.

Nessa perspectiva, para os entrevistados, o trabalho em equipe deve basear-se no comprometimento mútuo, no respeito, na corresponsabilização e na interdisciplinaridade, sem abolir as responsabilidades e os saberes específicos de cada profissão. Além disso, deve basear-se na construção de conhecimentos e responsabilidades compartilhadas, características comuns às equipes de integração. Também fizeram alusão à divisão de tarefas, que, dependendo do grau de fragmentação e flexibilidade, pode estar associada a ambas as formas de conformação de equipe que existem na atualidade.

A construção do trabalho em equipe ainda é um desafio. Portanto, é preciso rever conceitos, refletir sobre como manter os conhecimentos, as habilidades e as competências específicas e, ao mesmo tempo, promover um campo de atuação comum a todos os membros da equipe multiprofissional.

É imprescindível que o processo de trabalho organize-se, para que possa responder às necessidades da proposta do trabalho em equipe, mas sob a lógica da integração e, conseqüentemente, oferecendo uma assistência à saúde de maior qualidade.

Este estudo possui como limitação a sua realização em um único cenário. Contudo, foi possível evidenciar que os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe, porém é necessário superar a fragmentação das práticas para avançar em direção à transdisciplinaridade.

Referências

1. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciênc saúde coletiva

- [Internet]. 2010 [citado 2014 out 11];1(15):1533-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700065&script=sci_arttext
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev saúde pública [Internet]. 2001 [citado 2014 nov 9];35(1):103-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 3. Roseni P, Barros MEB, Ruben AM. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
 4. Oliveira ERA, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Rev bras pesq saúde [Internet]. 2011 [citado 2014 out 11];13(4):28-34. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/2996/2370>
 5. Navarro ASS, Guimaraes RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Rev Rene [Internet]. 2013 [citado 2014 nov 5];17(1):61-8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>
 6. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [citado 2014 out 11];15(1):1685-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080
 7. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica entre os profissionais. Interface [Internet]. 2005 [citado 2015 nov 18];9(16):25-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>
 8. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2007 [citado 2015 nov 18];12(2):455-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022
 9. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2015 [citado 2015 set 10];10(34):1-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)872](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)872)
 10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições; 2009.
 11. Vivar CG, Canga AA, Canga AN. Propuesta de investigación cualitativa: un modelo para ayudar a investigadores noveles. Index Enferm [Internet]. 2011 [citado 2015 mar 7];20(2):91-5. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100019&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100019>
 12. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [citado 2014 dez 5];62(6):863-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600010&script=sci_arttext
 13. Lino ML, Nora PT, Lino MM, Furtado M. Enfermagem do trabalho à luz da visão interdisciplinar. Saúde transform soc [Internet]. 2012 [citado 2014 set 1];3(1):85-91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852012000100014&script=sci_arttext
 14. Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. Medical Care [Internet]. 2011 [citado 2014 dez 5];26(5):429-30. Disponível em: <http://www.rrsstq.com/stock/fra/p217.pdf>
 15. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. Interface comun saúde educ [Internet]. 2014 [citado 2014 set 06];49(18):337-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030158
 16. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health [Internet]. 2013 [citado 2016 mar 10];11(19):1-11. Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC3662612%2F&anno=2&sandbox=1>
 17. Légaré F, Stacey A, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. J Interprof Care

- [Internet]. 2011 [citado 2016 mar 10];25(1):18-25. Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC3018136%2F&anno=2&sandbox=1>
18. Reich TC, Hershcovis MS. Handbook of industrial and organizational psychology. 3ª ed. Manitoba: American Psychological Association; 2014.
19. Nunes MF, Wovst LR, Costa SBN. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. Rev psicol saúde [Internet]. 2014 [citado 2016 mar 10];6(2):72-84. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2014000200010&script=sci_arttext
20. Miranda L, Rivera FJUA, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. Physis [Internet]. 2012 [citado 2014 out 10];22(4):1563-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-73312012000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=em
21. Oliveira SFE, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicol soc [Internet]. 2008 [citado 2014 dez 5];20(2):237-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000200011&script=sci_arttext

Artigo apresentado em: 7/12/2015

Aprovado em: 28/3/2016

Versão final apresentada em: 13/4/2016