

Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

HELLEN EMÍLIA PERUZZO

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARINGÁ – PR
2017

Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientanda: Hellen Emília Peruzzo

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon

Linha de Pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida

MARINGÁ - PR
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

P471c Peruzzo, Hellen Emília
Clima organizacional no trabalho em equipe na
estratégia saúde da família / Hellen Emília Peruz-
zo. - - Maringá, 2017.
131 f. : il., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Silva Marcon.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema de saúde.
3. Trabalho em equipe. 4. Equipes de saúde. I. Mar-
con, Sonia Silva, orient. II. Universidade Estadual
de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21. ed 610.73

HELLEN EMÍLIA PERUZZO

**CLIMA ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como
requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA DE QUALIFICAÇÃO

Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres
Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dr.^aDenize Bouttelet Munari
Universidade Federal de Goiás
(suplente)

Prof.^a Dr.^a Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá
(suplente)

DEDICAÇÃO

Dedico este trabalho especialmente à minha mãe Emília que, desde muito cedo e com todas as dificuldades que surgiram em nosso caminho, soube me transmitir os valores e princípios que carregarei por onde eu for. Foi ela quem me ensinou o valor do estudo e a importância de manter o foco nos nossos objetivos. Minha eterna gratidão e amor.

Ao meu marido Cássio, que sempre esteve ao meu lado, até mesmo quando a idealização deste sonho ainda era uma meta para um futuro distante. Soube ser paciente, compreensivo e amoroso. Dividiu comigo o peso da ansiedade, do mau humor, do medo e dos maus momentos. Vou te amar para todo sempre.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros.
A sabedoria se aprende é com a vida
e com os humildes!”

(Cora Coralina – *in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com sua imensa bondade, me permitiu vivenciar intensamente cada momento, por sempre estar ao meu lado, me iluminando, abençoando e me dando forças para continuar.

À minha família por todo amor e carinho que sempre tiveram por mim. Obrigada Cássio, Emília, Cezar, Ilgo e Miguel por sempre estarem comigo, me apoiando, pelos exemplos e estímulo, e por fazerem parte da minha história.

Ao meu pai, que apesar de estar nos braços de Deus agora, sempre torceu e amou seus filhos.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família que, de maneira muito prestativa, se dispuseram a compartilhar elementos tão importantes para a construção deste meu trabalho. Sem vocês nada seria possível.

Ao programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, por me conceder esta oportunidade insubstituível de aprendizagem e crescimento.

Aos amigos que conquistei durante estes anos, que sempre tinham uma palavra amiga e de conforto para os momentos de maior angústia.

Às minhas amigas Amanda, Letícia, Mariana e Suélen por me ajudarem na penosa tabulação dos dados.

Aos meus companheiros do grupo de pesquisa NEPAAF, por todo aprendizado, troca e crescimento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela contemplação da bolsa de estudos nestes dois anos. O apoio financeiro foi fundamental para o desenvolvimento e finalização deste estudo, bem como para participações em eventos e publicações.

Aos professores da Pós-Graduação, por contribuírem com muita dedicação para a construção do meu conhecimento.

Às professoras componentes da Banca Examinadora, Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo F. Lourenço Haddad e Prof.^a Dr.^a Aida Maris Peres, pela disponibilidade e contribuições na elaboração deste trabalho. Vocês foram fundamentais e valiosas.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. Serei sempre grata!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon por ter me acolhido como orientanda e ter me proporcionado anos de muito aprendizado e crescimento, tanto como pesquisadora, docente ou pessoa. Mesmo com a personalidade forte e marcante, é uma pessoa maravilhosa e de grande generosidade e comprometimento, incapaz de se esquecer de qualquer um de seus alunos. Sempre nos impulsionando a dar passos cada vez maiores. Passos que nem sabíamos que seríamos capazes de dar um dia.

Agradeço imensamente toda a paciência e confiança destinadas a mim. Agradeço a todos os valiosos momentos de conhecimento partilhado. Pelo amor e dedicação ao seu trabalho. Por ser uma referência de enfermeira e pesquisadora. Hoje tenho o privilégio de carregar comigo todas as doces lembranças construídas deste convívio.

Os meus mais sinceros agradecimentos, todo este processo não seria tão enriquecedor e prazeroso se não fosse com você. Obrigada por me deixar fazer parte de tudo isso.

“O sucesso nasce do querer,
da determinação e da persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo,
quem busca e vence obstáculos,
no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar – *in memoriam*)

PERUZZO, H.E. **CLIMA ORGANIZACIONAL NO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Sonia Silva Marcon. Maringá-PR, 2016.

RESUMO

O conceito de trabalho em equipe está relacionado à idealização coletiva de um objetivo ou meta em comum, que necessita da participação de todos os seus membros para que possa ser alcançado. No ambiente de trabalho é comum que os indivíduos se organizem em equipes corporativas, comum também no âmbito da atenção primária à saúde, como é o caso das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui o trabalho em equipe como um de seus principais pilares. Nas equipes da ESF atuam profissionais com perfis profissiográficos diferentes, que proporcionam um ambiente complexo e de grande significado para investigações direcionadas às relações interpessoais no ambiente corporativo. Esta pesquisa teve por objetivo analisar o clima no trabalho em equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa transversal com duas vertentes metodológicas, uma quantitativa e outra qualitativa, realizada com 458 profissionais atuantes em 72 equipes da ESF pertencentes às 34 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá, Paraná. A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2016 em dois momentos, no primeiro foi utilizado um instrumento autoaplicável constituído de três partes, a primeira contendo questões relacionadas à caracterização dos participantes, a segunda constituída pela Escala de Clima na Equipe (ECE) e a terceira por cinco questões abertas que abordaram a percepção sobre o trabalho em equipe. No segundo momento foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas com 13 profissionais, os quais mostraram maior interesse durante o primeiro momento. Na análise dos dados quantitativos foram realizados o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn, com um nível de confiança de 95%. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados mostraram que as maiores médias na ECE foram dos enfermeiros (8,05) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (8,02). Já os odontólogos apresentaram a menor média (7,45), seguidos pelos auxiliares/técnicos de saúde bucal (7,60). A ECE não apresentou diferença significativa para as variáveis: sexo, idade e tempo de atuação. Os profissionais com até 30 anos atribuíram os menores escores médios para a nota da equipe (NP) (186,11) e para a nota pessoal (NP) (184,76), com diferença significativa em relação aos demais grupos etários ($p=0,0138$ e $p=0,0210$, respectivamente). Também atribuíram menores escores médios para NP (186,65) os profissionais com atuação de até um ano nas equipes ($p=0,0030$). Não foi observada diferença significativa entre os sexos para NE e NP. Para os profissionais da ESF o trabalho em equipe depende da participação de todos os seus membros na busca por objetivos comuns, e para que haja maior resolutividade e qualidade algumas características são essenciais, como apoio, união e respeito, pois vão contribuir para a manutenção do bom relacionamento interpessoal e consequentemente maior harmonia na equipe. Conclui-se que existem lacunas no processo de trabalho das equipes da ESF, principalmente nas relações entre os profissionais de saúde bucal e os demais membros da equipe em estudo. Também foi observado que os profissionais mais jovens ou com menor tempo de atuação tendem a atribuir menores notas para o trabalho desempenhado por suas equipes, assim como para o desempenhado por eles.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Equipes de Saúde. Relações Interpessoais.

PERUZZO, H.E. **ORGANIZATIONAL CLIMATE IN TEAMWORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**. 131 f. Dissertation (Master degree in Nursing) - State University of Maringá. Advisor: Sonia Silva Marcon. Maringá-PR, 2016.

ABSTRACT

The concept of teamwork is related to collective idealization of an objective or goal in common, which requires the participation of all its members so that it can be achieved. In the workplace is common for individuals to organize in corporate teams, common too in scope of the primary health attention, as it is the case of the teams of the Family Health Strategy (FHS), which has teamwork as one of its main pillars. In the FHS teams work professionals with different profissiográficos profiles, which provide a complex environment and of great significance for research directed to interpersonal relationships in the corporate environment. This research aimed to analyze the climate of teamwork professionals of the Family Health Strategy. This is a cross-sectional survey with two methodological aspects, one quantitative and the other qualitative, conducted with 458 professionals working in 72 FHS teams belonging to 34 Basic Health Units in the city of Maringa, Parana. Data collection occurred from March to July 2016 in two phases, At first we used a self-report instrument consisting of three parts, the first containing questions related to the characterization of the participants, the second consisting of the Team Climate Inventory (TCI) and the third of five open questions addressing the opinion about the teamwork. In the second stage semi-structured interviews were conducted, recorded with 13 professionals. In the quantitative analysis were performed the Kruskal-Wallis test followed by the post hoc test of multiple comparisons of Dunn, with a 95% confidence level. Qualitative data were submitted to thematic content analysis mode. The results showed that the dentists had the lowest average in TCI (7.45), followed by auxiliary/oral health technicians (7.60). Already the highest averages were nurses (8.05) and auxiliaries/technicians of nursing (8.02). TCI showed no significant difference to variables gender, age and time of acting. Professionals with up to 30 years attributed the lower average scores for the team score (NP) (186.11) and the personal note (NP) (184.76) with significant difference compared to other age groups ($p = 0.0138$ and $p = 0.0210$, respectively). Also attributed lower average scores for NP (186.65), the professionals with performance of up to one year in teams ($p = 0.0030$). There was no significant difference between the sexes for NE and NP. For the ESF professionals teamwork depends on the participation of all its members in the search for common goals, and so that there greater resolution and quality some features are essential as support, unity and respect, as they will contribute to the maintenance of good interpersonal skills and consequently greater harmony in the team. It is concluded that there are gaps in the work process of the FHS teams, especially in the relationship between oral health professionals and other team members. It was also observed that younger professionals or shorter acting time tend to assign lower grades for the work performed by their teams, as well as that played by them.

Keywords: Family Health Strategy; Health Teams; Interpersonal Relations.

PERUZZO, H.E. **CLIMA ORGANIZACIONAL ENTRABAJO EN EQUIPO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA**. 131h. Tesina (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Sonia Silva Marcon. Maringá-PR, 2016.

RESUMEN

El concepto de trabajo en equipo está relacionado a la idealización colectiva de un objetivo o meta en común, que necesita de la participación de todos sus miembros para que pueda ser alcanzado. En el ambiente de trabajo es común que los individuos se organicen en equipos corporativas, común también en el ámbito de la atención primaria a la salud, como es el caso de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), que posee el trabajo en equipo como uno de sus principales pilares. En los equipos de la ESF actúan profesionales con perfiles profesiográficos distintos, que proporcionan un ambiente complejo y de gran significado para investigaciones direccionadas a las relaciones interpersonales en el ambiente corporativo. Esta investigación tuvo por objetivo analizar el clima en el trabajo en equipo de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de una investigación transversal con dos vertientes metodológicas, una cuantitativa y otra cualitativa, realizada con 458 profesionales actuantes en 72 equipos de la ESF pertenecientes a las 34 Unidades Básicas de Salud del municipio de Maringá, Paraná. La recolecta de los datos sucedió en el período de marzo a julio de 2016 en dos momentos, en el primero se utilizó un instrumento auto-aplicable constituido de tres partes, la primera conteniendo cuestiones relacionadas a la caracterización de los participantes, la segunda constituida por la Escala de Clima en el Equipo (ECE) y la tercera por cinco cuestiones abiertas que abordaron la percepción sobre el trabajo en equipo. En el segundo momento se realizaron entrevistas semiestructuradas, gravadas con 13 profesionales, los cuales enseñaron mayor interés durante el primer momento. En el análisis de los datos cuantitativos se realizaron el test de Kruskal-Wallis seguido del test *post hoc* de comparaciones múltiples de Dunn, con un nivel de confianza del 95%. Los datos cualitativos se sometieron al análisis de contenido en la modalidad temática. Los resultados enseñaron que los más altos promedios en la ECE fueron de los enfermeros (el 8,05) y de los auxiliares/técnicos de enfermería (el 8,02). Ya los odontólogos presentaron el más bajo promedio (el 7,45), seguidos por los auxiliares/técnicos de salud bucal (el 7,60). La ECE no presentó diferencia significativa para las variables sexo, edad y tiempo de actuación. Los profesionales con hasta 30 años atribuyeron los más bajos escores medios para la evaluación del equipo (NP) (186,11) y para la evaluación personal (NP) (184,76), con diferencia significativa en relación a los demás grupos de edades ($p=0,0138$ y $p=0,0210$, respectivamente). También atribuyeron más bajos escores promedios para NP (186,65) los profesionales con actuación de hasta un año en los equipos ($p=0,0030$). No se observó diferencia significativa entre los sexos para NE y NP. Para los profesionales de la ESF el trabajo en equipo depende de la participación de todos sus miembros en la búsqueda por objetivos comunes, y para que haya mayor referencia y calidad algunas características son esenciales, como apoyo, unión y respeto, pues van a contribuir para la manutención del buen relacionamiento interpersonal y consecuentemente mejor armonía en el equipo. Se concluye que hay lagunas en el proceso de trabajo de los equipos de la ESF, principalmente en las relaciones entre los profesionales de salud bucal y los demás miembros del equipo en estudio. También se observó que los profesionales más jóvenes o con menos tiempo de actuación tienden a atribuir escores más bajos para el trabajo desempeñado por sus equipos, así como para el desempeñado por ellos.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia. Equipos de Salud. Relaciones Interpersonales.

APRESENTAÇÃO

Para situar o leitor acerca desta dissertação, clarifico que a mesma objetivou medir o clima no trabalho em equipe entre as diferentes categorias profissionais da ESF; identificar se as variáveis sexo, idade e tempo na equipe influenciam na percepção sobre trabalho em equipe na ESF; apreender o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na ESF.

Para melhor compreensão o trabalho foi dividido em seções, sendo abordados como: “Introdução”, “Objetivos”, “Revisão de literatura”, “Metodologia”, “Resultados e discussões”, “Considerações acerca do estudo”, “Implicações para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem” e, “Referências”.

Os resultados e discussões do estudo foram explanados a partir de quatro estudos, sendo eles:

Estudo 1 - “O trabalho em equipe na perspectiva dos diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família” onde se mediu o trabalho em equipe entre os profissionais atuantes na ESF.

Estudo 2 - “Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe” que evidenciou se a percepção sobre o trabalho desempenhado pela equipe ou pelo próprio indivíduo recebe influência de aspectos como sexo, idade e tempo na equipe.

Estudo 3- “O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família” que mostrou como os profissionais entendem o trabalho em equipe, desde sua definição, características e benefícios.

Estudo 4 - “Eu ou nós: os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família” que abordou a percepção dos profissionais frente aos desafios de se trabalhar em equipe no cotidiano da ESF.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CECAPS | Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde |
| CNPQ | Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia |
| DECS | Descritores em Ciência da Saúde |
| ECE | Escala de Clima na Equipe |
| EERP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NE | Nota da Equipe |
| NP | Nota Pessoal |
| OBJN | <i>Online Brazilian Journal of Nursing</i> |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| REBEn | Revista Brasileira de Enfermagem |
| REME | Revista Mineira de Enfermagem |
| SAS | <i>Statistical Analysis System</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCI | <i>Team Climate Inventory</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEM | Universidade Estadual de Maringá |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ESTUDO3

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Categorias identificadas a partir da compreensão sobre Trabalho em Equipe dos profissionais da ESF..... | 78 |
|----------|---|----|

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 1

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Pontuação atribuída pelas equipes da Estratégia Saúde da Família a cada um dos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016..... | 49 |
| Tabela 2 | Pontuação geral atribuída pelas diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família a Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016..... | 49 |
| Tabela 3 | Pontuação geral atribuída pelas diferentes categorias profissionais da estratégia Saúde da Família aos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016..... | 50 |

ESTUDO 2

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Diferença entre a Nota da Equipe, a Nota Pessoal e a média da Escala de Clima na Equipe, por sexo. Maringá - PR, 2016..... | 63 |
| Tabela 2 | Comparação da diferença entre a Nota da Equipe, Nota Pessoal e as médias da Escala de Clima na Equipe, por idade. Maringá - PR, 2016..... | 63 |
| Tabela 3 | Comparação da diferença entre a Nota da Equipe, Nota Pessoal e as medias da Escala de Clima na Equipe, por tempo de atuação na equipe. Maringá - PR, 2016..... | 64 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 | REVELANDO O INTERESSE PELA PESQUISA | 17 |
| 1.2 | DA JUSTIFICATIVA DO ESTUDO AO OBJETO DE PESQUISA | 18 |
| 2 | OBJETIVOS | 22 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 22 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 22 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 23 |
| 3.1 | ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 23 |
| 3.2 | CLIMA ORGANIZACIONAL | 26 |
| 3.3 | O TRABALHO EM EQUIPE | 28 |
| 4 | METODOLOGIA | 36 |
| 4.1 | TIPO DE PESQUISA | 36 |
| 4.2 | CONTEXTO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS | 37 |
| 4.3 | PARTICIPANTES DO ESTUDO | 37 |
| 4.4 | COLETA DE DADOS | 38 |
| 4.4.1 | Instrumento Coleta de Dados | 39 |
| 4.5 | ANÁLISE DOS DADOS | 40 |
| 4.6 | ASPECTOS ÉTICOS | 41 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 43 |
| 5.1 | ESTUDO 1 | 43 |
| 5.2 | ESTUDO 2 | 58 |
| 5.3 | ESTUDO 3 | 74 |
| 5.4 | ESTUDO 4 | 91 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO | 106 |
| 7 | IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM | 108 |
| | REFERÊNCIAS | 109 |
| | APÊNDECES | 119 |
| | APÊNDICE A | 120 |
| | APÊNDICE B | 121 |
| | APÊNDICE C | 122 |
| | APÊNDICE D | 123 |
| | APÊNDICE E | 128 |
| | APÊNDICE F | 129 |
| | ANEXOS | 130 |
| | ANEXO A | 131 |

INTRODUÇÃO

1.1 REVELANDO O INTERESSE PELA PESQUISA

Parte importante da formação acadêmica de um enfermeiro é a inserção em atividades de pesquisa. Aprender a fazer e consumir resultados de pesquisa é essencial para que o profissional desenvolva a capacidade de interferir em sua realidade de trabalho a partir de evidências científicas.

Meu interesse pela pesquisa teve início já nos primeiros anos da graduação e foi crescendo gradativamente, à medida que participava de projetos de iniciação científica. Porém, foi só na Residência em Gerência dos Serviços de Enfermagem, cursada nos anos de 2013 e 2014 na Universidade Estadual de Londrina-PR, que surgiu o interesse em pesquisar aspectos relacionados com esta temática.

A experiência vivenciada durante os estágios da residência nas instituições de saúde, parceiras do programa de pós-graduação, viabilizou o contato com diferentes culturas organizacionais, e também com equipes multiprofissionais em saúde diversas. A inserção nestes contextos desencadeou reflexões sobre a importância e diversidade da prática profissional, assim como anseios a respeito do processo de trabalho em equipe.

As relações profissionais são inerentes ao processo de trabalho em qualquer serviço de saúde. Saber lidar com o outro não é tarefa fácil. Estudar o trabalho em equipe possibilita entender os entremeios das relações grupais que permeiam o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, e assim estabelecer estratégias de enfrentamento no que tange as dificuldades oriundas das relações grupais.

A boa articulação entre os membros de uma equipe baseia-se na integração e colaboração mútua entre os indivíduos e de modo que as diferentes áreas possam preservar suas especificidades em prol de um objetivo único, que é atender as necessidades da população usuária (PEDUZZI et al., 2013).

Pensando na relevância de pesquisas direcionadas ao trabalho em equipes multiprofissionais em saúde, vislumbra-se que esta temática seria pertinente e aplicável nos diferentes cenários da atenção em saúde. Assim, neste estudo o foco será as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente, nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Definiu-se pelas equipes da ESF, por estas serem multiprofissionais, constituídas por indivíduos que realizam atividades distintas, assim como processos de trabalho diferentes. E, apesar da divisão de tarefas, possuem o mesmo objetivo, qual seja, oferecer assistência de qualidade a toda população residente em sua área de abrangência.

Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para futuras intervenções com vistas a melhorias no que tange as relações interpessoais dos integrantes das equipes da ESF. Acredita-se também que poderá despertar outros pesquisadores para estudos na área, com o intuito de fortalecer as relações saudáveis no trabalho.

1.2 DA JUSTIFICATIVA DO ESTUDO AO OBJETO DE PESQUISA

As relações interpessoais estão presentes em todos os contextos da vida humana, já que viver em grupo faz parte da rotina diária de todos. Destarte, os indivíduos estão constantemente em contato e se relacionando com outras pessoas, seja com a família, no ambiente de trabalho, em grupos sociais e de amizade, ou até mesmo em grupos religiosos ou da comunidade (SCHUTZ, 1974).

O ser humano enfrenta em seu dia a dia inúmeras dificuldades práticas na convivência com o outro, o que influencia na geração de conflitos (KANAANE, 2012). É natural que as pessoas se apoiem autenticamente e mutuamente quando estão de acordo e quando discordam entre si, o contrário acontece. A cooperação entre as pessoas pode ser funcional ou disfuncional para a organização. Vai ser funcional quando os indivíduos refletirem e concordarem de forma autêntica, com o intuito de somar esforços para uma boa integração e aprendizagem. O contrário disso, ou seja, se as pessoas velarem discordâncias que precisam ser trabalhadas para se chegar a decisões equilibradas, a cooperação é disfuncional (COHEN, 2003).

Sendo assim, pode-se perceber que quanto maior for o grau de interação entre os grupos ou entre os indivíduos de uma determinada organização, maior será a tendência à cooperação mútua, simultaneamente, e por consequência tem-se um clima propício ao aumento da eficácia. Instituições bem conceituadas no mercado de trabalho incentivam cada vez mais as discussões em grupo, sobre o trabalho em equipe e a cooperação entre as pessoas, buscando sempre impulsionar um bom clima organizacional e assim reduzir ruídos de comunicação (CHAVES, GUIMARÃES, 2016).

As instituições, assim como os profissionais, são responsáveis pelo ambiente de trabalho que estão inseridos. Para tanto, o estresse, o sofrimento do trabalho e o despreparo de líderes ou chefes, são decorrentes de um mundo moderno que prioriza a hiperatividade e o individualismo exacerbado. Esta realidade, além de prejudicar o desempenho dos profissionais, reflete diretamente na vida pessoal dos indivíduos, portanto, o profissional poderá contribuir positiva ou negativamente nesse processo de trabalho. Para que se construa um ambiente de trabalho equilibrado, é necessário que o espaço seja estimulante, descontraído e justo, que o respeito exista e os colaboradores possam se dedicar à realização das atividades, sem que isso prejudique a sua saúde física e mental (CHAVES, GUIMARÃES, 2016).

Avaliar o clima no ambiente de trabalho é uma estratégia que deve ser observada constantemente por todos os membros da organização. Contudo quando são observadas fragilidades nas relações interpessoais dentro do processo de trabalho, estas são abordadas de maneira superficial, com intervenções direcionadas para resolução de problemas imediatos. Conseqüentemente, não proporcionam condições de desenvolvimento e equilíbrio psicológico. Ademais, ainda existem limitações de análise organizacional que diagnosticam as situações que exigem uma compreensão ampla da natureza do trabalho humano (STONER; FREEMAN, 1999).

O trabalho na área da saúde vem sofrendo transformações ao longo dos anos. A influência do modelo taylorista, com ênfase nas tarefas e uso de tecnologias inovadoras na produção e industrialização, contribuiu para descobertas e avanços científicos. Porém, e em decorrência deste incentivo, surgiu a superespecialização e o conhecimento específico, o que colaborou para a fragmentação do ser humano e de suas necessidades. O trabalho especializado deve ser parte de um conjunto como o todo, em benefício da assistência integral ao indivíduo. Quando há desarticulação interdisciplinar ou especificidade desenfreada, ocorre a fragmentação da assistência, influenciando negativamente na qualidade dos avanços de saúde (SOUZA et al., 2010; CARVALHO, 2012).

Essa discussão é importante para a temática, uma vez que trabalhar em equipe requer compreensão dos objetivos da instituição de saúde, assim como do processo de trabalho em torno desta logística. Ainda existe dificuldade por parte dos profissionais em entender a diferença entre um agir curativo e/ou preventivo, de ações partindo de pressupostos individuais e/ou coletivos. É necessário substituir a maneira de se pensar e atender a saúde

e seus processos, a partir da transformação do modelo tradicional, centrado no profissional médico e no caráter curativista, individual e hospitalocêntrica, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e interdisciplinar (COSTA et al., 2008).

Dada a relevância de se discutir o clima organizacional, avaliá-lo com frequência é uma ferramenta essencial para compreender melhor o ambiente interno da organização e conhecer o grau de satisfação de seus funcionários, além das aspirações e expectativas do grupo de trabalho. A partir desta iniciativa é possível criar um ambiente motivador para a realização das tarefas e que satisfaça às reais necessidades de seus trabalhadores, tendo como resultado melhorias na produtividade e na qualidade dos serviços oferecidos (CHAVES; GUIMARÃES, 2016).

A estratégia mais completa para se avaliar o ambiente corporativo das organizações é por meio de pesquisas que estudem o clima organizacional, uma vez que são elas que fornecem informações importantes para a identificação de oportunidades, que possibilitam que a gestão elabore planos de ações e realizem mudanças no contexto do trabalho, e conseqüentemente, tem influência na melhoria do desempenho dos funcionários (LUZ, 2003).

Sem dúvida, a realização de estudos direcionados a avaliação do clima organizacional, bem como das relações interpessoais inerentes deste contexto, são de grande importância para o levantamento de opiniões e percepções no ambiente corporativo, pois por meio destas pesquisas os gestores podem conhecer e entender melhor o comportamento de seus funcionários (SILVA, 2003). Além disso, também são importantes na busca por resolução de falhas e reforço dos fatores positivos, com o intuito de melhorar as práticas organizacionais, uma vez que por meio das pesquisas sobre o clima é possível conhecer os pontos fortes e fracos e as oportunidades de melhoria (CHAVES; GUIMARÃES, 2016).

Isto posto, este estudo tem por fio condutor as seguintes questões: O que os profissionais de saúde entendem por trabalho em equipe? Como é o clima de trabalho nas equipes da Estratégia Saúde da Família? Quais as percepções e vivências dos integrantes das equipes da ESF no que se refere ao trabalho em equipe? Destarte, com base nas indagações de pesquisa tem-se como **objeto de estudo** a análise do clima no trabalho em equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Pressupõe-se que as considerações elaboradas diante das verificações realizadas a partir do aprofundamento na temática, irão permitir novos olhares diante das relações

interpessoais que permeiam o ambiente de trabalho na ESF, oferecendo estímulo para discussões pautadas no trabalho em equipe e sua influência no desempenho profissional e na assistência oferecida aos usuários.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o clima no trabalho em equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir o clima organizacional no trabalho em equipe entre as diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar se as variáveis sexo, idade e tempo de atuação influenciam a percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família;
- Como é o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta dissertação aborda três pontos essenciais. O primeiro – *Atenção primária a saúde e a Estratégia Saúde da Família*, que contempla o contexto histórico da criação da ESF, sua composição e relevância, assim como seu papel para os profissionais e para a comunidade. O segundo ponto – *Clima Organizacional*, que visou expor a influência das relações interpessoais no clima de trabalho das organizações e o quanto ele interfere no desempenho dos profissionais. O terceiro tópico – *O Trabalho em Equipe*, aponta aspectos pertinentes do conceito de trabalho e de equipe isoladamente, assim como as características do trabalho em equipe dentro do ambiente corporativo e sua relação com a ESF.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária a Saúde (APS) tem a ESF como modelo estruturante, para tanto possui entre seus principais fundamentos o princípio da integralidade em suas várias vertentes, e em especial no trabalho em equipe interdisciplinar, considerado imprescindível para a consolidação de uma atenção eficiente. Isto porque possibilita maior comunicação e integração entre os profissionais, estimulando uma assistência integral, desconstruindo a ótica individual e fragmentada do cuidado (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) construído a partir de princípios universalistas e igualitários, colocou fim à assistência à saúde de caráter meritocrático no Brasil, até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde como direito, numa ideia de cidadania e democracia (MENICUCCI, 2014).

Com o avanço do SUS de forma substantiva nos últimos anos, a APS vem ganhando espaço quanto a sua importância. Ela surgiu com propósito de melhorar os indicadores de saúde da população, afim de minimizar a crescente desigualdade social no Brasil, garantindo acesso universal aos benefícios dos serviços de saúde (CONASS, 2004).

O objetivo da atenção básica é desenvolver/oferecer uma atenção integral, capaz de interferir nas situações de saúde, na autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes da saúde coletiva. Sendo assim, trata-se de um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção, prevenção, diagnóstico,

tratamento e reabilitação. Em suma, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, tendo como estratégia prioritária a Saúde da Família (BRASIL,2011).

A atenção primária, por possuir caráter estruturante e organizador de práticas de cuidado, tem papel essencial na consolidação da produção de vínculo terapêutico entre o sistema gestor e as equipes de saúde e entre usuários e redes sociais, além de proporcionar corresponsabilização na organização do cuidado em rede e no fortalecimento do trabalho em equipe (BRASIL, 2010).

O Governo Federal Brasileiro, em 1994, propôs a criação do Programa Saúde da Família (PSF) a fim de reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica. Esta iniciativa foi pautada na criação de uma equipe multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL,1994, 2007).

O PSF, após seu processo de implantação e consolidação no cenário da saúde nacional, passa a ser assumido como a ESF. Este tem uma compreensão ampliada do processo saúde e doença, que considera: ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, tendo a família como eixo central da atenção, de forma integral e contínua (BRASIL, 2007).

A ESF, trouxe inovação e profundas mudanças na organização da atenção primária caracterizada pela inclusão dos ACSs e a atuação de equipes multiprofissionais. Este tipo de organização possibilitou o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os moradores de determinada área de abrangência, fortalecendo o compromisso no acompanhamento destes moradores e a corresponsabilização dos mesmos (BRASIL, 1998). O ACS, por meio das visitas domiciliares, representa importante elo entre a população e os demais membros da equipe de saúde, propiciando a transmissão de informações e aproximando a comunidade do serviço (MACHADO et al. 2015).

Cada equipe da ESF é responsável por uma população de aproximadamente quatro mil moradores, o equivalente de 600 a 1000 famílias cadastradas. Conhecer o território de abrangência e mantê-lo atualizado possibilita aos gestores das equipes a visualização das demandas da comunidade e isso irá refletir na resolutividade das ações de vigilância, proteção e promoção da saúde (BRASIL, 1998).

As equipes são compostas por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população registrada, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS por equipe da ESF (Brasil, 2006). Pode ser acrescentado também, a partir de 2001 a equipe de saúde bucal, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal é responsável pela população de uma ou no máximo duas equipes da ESF (BRASIL, 1998).

Os profissionais que atuam neste modelo de assistência possuem uma preocupação singular em relação ao estabelecimento do vínculo com a família, uma vez que este é um facilitador no conhecimento da dinâmica familiar, contribuindo para o repasse de informações e cuidados aos membros familiares. A proposta ainda pode colaborar para o tratamento das doenças presentes no núcleo familiar, facilitar a assistência por meio da corresponsabilização família/profissional, além de possibilitar a prevenção de doenças (LOPES; MARCON, 2012)

Mais tarde em 2008, com o intuito de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, observou-se a necessidade de incluir outros profissionais de saúde nas equipes da ESF, o que resultou na criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em sua formação o NASF é composto por diferentes profissionais de saúde, com objetivo de qualificar e complementar o trabalho exercido pelas equipes da ESF, fundamentados na atuação compartilhada, a fim de transpor a lógica da assistência fragmentada, ainda hegemônica no cuidado à saúde (BRASIL, 2008).

Trabalhar em equipe, respeitando os princípios da integralidade e multidisciplinaridade, é um desafio para a atenção primária, pois sem ações em conjunto, a assistência em saúde permanece fragmentada, centrada na doença e não no indivíduo. A própria formação do profissional é uma barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, pois em geral a graduação não consegue preparar a maioria dos profissionais para desenvolver habilidades de interação e relações construtivas com outros profissionais (SILVA, et al., 2015).

Em suma, as equipes da ESF foram criadas com o propósito de agregar valor à assistência oferecida aos usuários, com valorização do caráter preventivo e fortalecimento do vínculo entre as unidades de saúde e a população. Sendo assim, a estrutura

multiprofissional representa os anseios da clientela, indo ao encontro de suas necessidades. Para que exista êxito nas ações desenvolvidas pelas equipes da ESF o trabalho em equipe é essencial e indispensável.

3.2 CLIMA ORGANIZACIONAL

Para uma discussão mais ampla sobre o trabalho em equipe, vale ressaltar aspectos que estão intimamente relacionados ao ambiente corporativo, como o clima organizacional, que pode influenciar as relações interpessoais entre os trabalhadores, tanto de forma positiva como negativa.

A literatura sobre o assunto aborda conceitos diferentes para o clima organizacional. Existem autores que definem clima como atributo do indivíduo, com ênfase nas percepções dos próprios funcionários. Outros autores definem como atributo advindo da organização, de modo que esta abordagem é observada por meio de questões como: estrutura, tamanho da organização, níveis da autoridade, complexidade do sistema. O clima organizacional é resultado da interação entre elementos pertencentes ao âmbito da cultura e de um conjunto de instrumentos, conhecimentos e processos operacionais da organização (KINPARA; LAROS, 2014).

Para tanto, o clima no ambiente de trabalho é algo mutável, uma vez que é baseado na maneira como os envolvidos visualizam e percebem a organização, assim como o estado como eles se encontram, suas particularidades e subjetividades. Isso porque o clima organizacional é influenciado pelo estado de ânimo ou pelo grau de satisfação dos profissionais de uma empresa, em um dado momento (LUZ, 2003).

Ainda é possível afirmar que o clima pode ser bom, prejudicado ou ruim. Um clima bom pode ser caracterizado por meio do orgulho que os indivíduos sentem em trabalhar em determinada organização, o que resulta em funcionários que trabalham com alegria, disposição, que participam das atividades e são comprometidas com o que se propõem a fazer. Já o clima ruim ou prejudicado acontece quando algumas variáveis afetam negativamente os trabalhadores, contribuindo, dentre outros fatores, para a existência de tensão, discórdia, rivalidades e desinteresse pelo trabalho (LUZ, 2003).

Um clima favorável na organização conduz a resultados mais positivos, de forma a contribuir para a eficiência e a eficácia no trabalho, e conseqüentemente para que as

organizações conquistem os seus objetivos, uma vez que podem contar com funcionários motivados e satisfeitos (ARAÚJO; GARCIA, 2009).

Dentre os diferentes conceitos sobre clima, três palavras-chaves estão sempre presentes: satisfação (dos funcionários); a mais presente pois de forma direta ou indireta, os conceitos associam o clima ao grau de satisfação dos trabalhadores; percepção (dos funcionários); está relacionada aos diferentes aspectos da organização que possam influenciar os funcionários, positiva ou negativamente. Se os trabalhadores percebem a instituição de forma positiva o clima tende a ser bom, já se a percepção da organização for negativa, a tendência para que o clima seja ruim é maior; e cultura (organizacional); alguns autores quando discutem sobre clima mencionam culturas, abordando-as como fenômenos parecidos, considerando que são faces de uma mesma moeda, questões complementares, isso em virtude da influência que a cultura exerce sobre o clima (LUZ, 2003).

O clima é um dos aspectos que influencia o desempenho organizacional no processo de trabalho, bem como no alcance dos objetivos estabelecidos. É importante que as unidades de saúde mantenham um ambiente propício à integração das equipes multifuncionais, assim como a promoção da qualidade de vida no trabalho, satisfação, motivação e possibilidades de desenvolvimento. Sendo assim, torna-se necessário analisar o clima organizacional nas equipes de trabalho afim de identificar a percepção e opinião dos trabalhadores sobre o clima existente. As pesquisas sobre o clima organizacional devem ser estimuladas como uma estratégia para identificar oportunidades de melhorias contínuas no ambiente corporativo e na produtividade dos indivíduos (SROUR, 1998).

De acordo com Dias (2003) o clima organizacional é composto por pelo menos seis interfaces que devem ser discutidas: clima de intimidade, de espírito de equipe, cordialidade, tolerância, clima com ênfase na produção e clima burocrático. Eles serão abordados com maior clareza a seguir: 1. Clima de intimidade: contribui para a integridade do grupo e as relações sociais amistosas. Tais relações devem ir ao encontro das necessidades sociais de relacionamento e não estão necessariamente ligadas a tarefas realizadas no local de trabalho; 2. Clima de espírito de equipe: sentimento de pertencimento a um grupo ou equipe, de tal modo que as pessoas percebem que suas necessidades sociais são atendidas ou respeitadas pelos demais membros; 3. Clima de cordialidade: ocorre quando há um sentimento geral de companheirismo que prevalece no ambiente de trabalho do grupo, com maior ênfase nas pessoas e uma predominância de grupos de pessoas socialmente mais amistosas e cordiais;

4. Clima de tolerância: sinaliza para um comportamento organizacional onde os erros são trabalhados e baseados no apoio e na aprendizagem. Porém ainda pode existir uma atmosfera ameaçadora ou tendenciada a colocar a culpa em alguém; 5. Clima com ênfase na produção: os membros sentem que seu comportamento no trabalho é muito supervisionado, além de conseqüentemente receberem pressão por resultados. A gestão é fortemente direcionada ao seu objetivo principal (metas e produção) e em muitos casos insensível aos problemas e opiniões das pessoas; e 6. Clima burocrático: existe uma atmosfera fechada e formal. Há insistência na papelada e em canais formais. Nas discussões sobre trabalho, predomina regras, regulamentos e procedimentos (DIAS, 2003).

3.3 O TRABALHO EM EQUIPE

A concepção de trabalho vem do ato de trabalhar, ocupar-se manual ou intelectualmente com algo. Já o conceito de equipe está relacionado ao conjunto de indivíduos que se dedicam à realização (em conjunto) de uma mesma tarefa ou trabalho (FERREIRA, 1999). Portanto o trabalho em equipe se refere à atuação de diferentes pessoas em busca de um objetivo em comum.

Equipes de trabalho podem ser definidas como entidades sociais inseridas em sistemas maiores, as quais executam tarefas consideradas relevantes para a missão da organização à qual pertencem, uma vez que os seus resultados de desempenho têm conseqüências para o ambiente interno e externo à equipe (HACKMAN, 1987).

A palavra equipe vem da palavra francesa *esquif*, cujo significado está relacionado a filas de barcos amarrados uns nos outros e rebocados por homens ou cavalos. Como estes homens desenvolve esta atividade coletivamente, com um único propósito, compartilhando sua tarefa, originou-se a expressão 'equipe de trabalhadores', que passou a caracterizar o trabalho coletivo e compartilhado, no qual vários indivíduos atingiam a meta comum ao grupo (PEDUZZI, 1998; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Embora o conceito de “trabalho em equipe” seja utilizado há décadas, é empregado na literatura tanto para denominar um conjunto de indivíduos de uma mesma instituição, denominados de equipe somente por trabalharem em um mesmo ambiente, como também para caracterizar o trabalho cooperativo e integrado, onde os saberes são complementados em busca de metas comuns (SILVA; MOREIRA, 2015).

No campo da saúde, o conceito de equipe é compreendido como a experiência que não se restringe apenas a um conjunto de indivíduos, assim como também não pode ser considerado unidade ou identidade inflexível. Equipe vem do coletivo, ou de uma multiplicidade de termos em agenciamento e transformação, que pressupõe uma rede de conexão, na qual os processos de produção de saúde e de subjetividade se realizam (REDE HUMANIZASUS, 2013).

O diálogo e a comunicação são princípios essenciais para a integração do trabalho em equipe, pois é a partir dela que a interação entre os membros se torna possível. Sendo assim, a dimensão comunicativa é inerente ao trabalho em equipe, haja vista que é por intermédio da linguagem que a articulação das atividades, a integração dos saberes técnico e a interação entre os agentes se tornam plausíveis. Para tanto, os agentes que constituem uma equipe devem apresentar capacidade de elaborar, em conjunto, a linguagem, os objetivos, as propostas e os projetos comuns (PEDUZZI, 1998, 2001).

Um cenário que possibilite eficiência de uma equipe traz consigo o pressuposto da comunicação clara, frequente e aberta. Uma equipe não é caracterizada apenas pelas relações de trabalho, mas também por meio das relações de saberes, poderes e, principalmente, interpessoais. Afirmando que existem duas dimensões em uma equipe: a articulação das ações executadas pelos diferentes profissionais e a interação entre estes membros (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005; WASCH, 2005).

O trabalho em equipe portanto, tem fundamentação no campo das relações humanas, e envolve contato, convivência, comunicação, simpatia, antipatia, aproximação e/ou afastamento. Sendo as reações voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não, fazem parte do processo de interação humana, em que cada pessoa ou situação representa um fator estimulador ou desestimulador da convivência entre estes indivíduos (NASCIMENTO, 2008; MOSCOVICI, 2010).

A interação humana pode ser observada em qualquer organização e interfere significativamente no rumo das atividades, bem como em seus resultados. As relações e interações interpessoais do ambiente de trabalho também influenciam os sentimentos positivos e/ou negativos. Sentimentos positivos provocam aumento de interação entre os membros da equipe, conseqüentemente favorecerá o desempenho da equipe. Sentimentos negativos levarão à diminuição da interação, o que desencadeará em desempenho desfavorável. Sabe-se então que o clima organizacional exerce influência direta nas ações

dos indivíduos, podendo contribuir para a satisfação ou descontentamento no ambiente de trabalho (MOSCOVICI, 2005, 2010; OLIVEIRA; CAMPELLO, 2008).

Embora o trabalho em equipe seja um fator importante da satisfação no trabalho, também pode contribuir para o sofrimento dos trabalhadores, o que acarretará nos indivíduos comportamento de irresponsabilidade, dificuldade de relacionamento e falta de comprometimento (MARTINS; ROBAZZI, 2009; PRESTES et al., 2010).

O desempenho alcançado por meio do trabalho em equipe representa garantia de agilidade na realização de tarefas, criatividade e eficiência de forma menos penosa, além de ausência de sobrecarga de trabalho. Entretanto, para que o empenho seja coletivo, é essencial que o ambiente esteja favorável ao desenvolvimento das atividades, afim de que seus membros sintam-se estimulados em buscar aprimoramento nas relações interpessoais e de trabalho (PINHO, 2006).

No contexto da saúde, o trabalho em equipe pode ser compreendido como estratégia que possibilita a inclusão de diferentes saberes e que conseqüentemente influenciarão no processo saúde-doença. Esta estratégia de trabalho implica na possibilidade de os profissionais transformarem suas práticas ao se reconstruírem na prática do outro, de modo que todos sejam transformados para a atuação no campo em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Para Peduzzi (2006) a origem da concepção de trabalho em equipe, no contexto da saúde, está vinculada a três vertentes: a busca pela integração, principalmente no campo da medicina preventiva, entre as décadas de 1950 a 1970; a utilização do termo multicausalidade do processo saúde-doença; e as mudanças no processo de trabalho, a partir da alteração da finalidade do trabalho e de seus objetos de intervenção, além da disponibilização de novas tecnologias na área da saúde.

Ainda nesta perspectiva, é possível diferenciar os conceitos de equipe agrupamento e equipe integração. A equipe agrupamento é um conjunto de indivíduos que desempenham esforços individuais no planejamento e decisão acerca dos objetivos que auxiliam cada um dos membros no desenvolvimento de suas áreas de atuação. Porém não existe articulação entre essas pessoas, mas sim uma justaposição de ações dos agentes agrupados. Sendo assim, cada projeto das áreas de atuação é independente do todo, onde cada qual é complementado pelas demais, que possuem autonomia técnica, o que enfatiza a denotação de especificidade do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Já a equipe integração representa um grupo onde todos os seus membros se envolvem no processo de trabalho, a fim de elencar e partilhar objetivos e metas em comum, resultando em projetos realizados por diversos profissionais de forma interdependente e complementar, que colaboram mutuamente entre si para o exercício da autonomia técnica. Sendo assim, na equipe integração a ênfase do trabalho está associada à articulação das ações e à interação dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

A literatura internacional também caracteriza dois tipos distintos de equipe: as reais e as pseudo equipes. As equipes reais são grupos de indivíduos que trabalham juntos mantendo a interdependência e a premissa de compartilhar e alcançar metas em comum. Já as pseudo equipes possuem a característica de trabalho individualizado, com baixa interação entre seus membros, não compartilham muitas informações ou reflexão sobre o desempenho e inovação, assim como não determinam com clareza os objetivos comuns da equipe (WEST; LYWBOVNIKOVA, 2012, 2013).

Para que o trabalho em equipe ocorra de maneira eficiente é necessária incorporação de competências que devem ser constantemente reavaliadas:

“O aprender a viver junto, a viver com os outros, a conviver [...] aprender a questionar o próprio conhecimento, aprender a aprender com o outro [...]. Implica, em última instância, em trabalhar o autoconhecimento e a autoestima” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 120).

A colaboração, a cooperação e a interação entre seus membros podem ser considerados adjetivos indispensáveis às equipes, bem como, a articulação e a interdependência de suas atividades e projetos, almejando um objetivo comum (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005). Vale ressaltar ainda, que quando se trata de integração dos profissionais e potencialização de suas competências, não se fala em equalização de saberes, haja vista que os mais diversos profissionais possuem gamas de conhecimentos diferentes e que se completam/cooperam entre si, porém não são padronizados ou facilmente somados (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2007) ainda identifica um conjunto com 14 características do trabalho em equipe: comunicação entre os profissionais; compartilhamento de finalidades e objetivos; compartilhamento da abordagem dos pacientes; construção de uma linguagem comum; elaboração de um projeto assistencial comum; articulação entre ações e disciplinas; cooperação e colaboração; responsabilidade e *accountability*(prestação de contas);

reconhecimento do papel dos demais profissionais; complementaridade e interdependência; preservação das especificidades; desigual valorização social dos trabalhos especializados; flexibilidade da divisão do trabalho; e autonomia profissional.

O Ministério da Saúde, em 2003, publicou a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, que dentre vários aspectos, enfatizou a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe na atenção básica como princípio norteador da atuação profissional, contribuindo para a transdisciplinaridade e a grupalidade. Em virtude disso, espera-se que as equipes de saúde estabeleçam relações saudáveis entre os diversos profissionais e entre as diversas unidades, além dos demais serviços de saúde que compõem a rede do SUS. Faz-se necessário também aumentar a corresponsabilidade entre os indivíduos envolvidos por meio do diálogo constante, da troca de saberes entre os profissionais e os usuários e construções coletivas (BRASIL, 2004).

Para melhor compreensão da temática em torno do trabalho em equipe, é importante conceituar dois termos comumente utilizados em discussões no cenário da atenção básica: interdisciplinar e multiprofissional. A interdisciplinaridade refere-se a algo em comum a duas ou mais disciplinas ou ramificações do conhecimento, que possibilitam a incorporação de novos conhecimentos por intermédio da construção participativa e da interação. Já o termo multiprofissional trata-se da atuação de muitas disciplinas ou profissionais, sem modificação ou inclusão de conhecimento nas áreas envolvidas, e sim uma troca de informações entre as especialidades para a potencialização do resultado. Ambas podem ser empregadas nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, a fim de melhorar a assistência aos usuários (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Autores referem ainda que ao se discutir o trabalho em equipe, no contexto da área da saúde, é inevitável não se deparar com diferentes terminologias, tais como: multiprofissional, interprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. É comum eles serem utilizados na literatura como sinônimos, porém não são. A multidisciplinar refere-se a um agrupamento de várias disciplinas ou áreas de conhecimento, mas sem integração, como já havia sido descrito anteriormente. Multiprofissional refere-se ao agrupamento de diferentes profissionais em um mesmo local de trabalho, entretanto, sem articulação de suas ações. Interdisciplinar diz respeito à integração entre as diversas disciplinas e áreas de conhecimento, enquanto interprofissional é a integração entre o trabalho de diferentes profissionais por meio da interação. Por fim, a transdisciplinaridade,

é uma nova concepção do real, onde existe uma articulação de elementos comuns presentes nas diferentes disciplinas, a fim de buscar a compreensão da complexidade. Para a construção de um trabalho em equipe, deve-se alcançar a perspectiva interprofissional (PEDUZZI et al., 2012).

O trabalho em equipe multiprofissional, considerado como estratégia organizacional para obtenção de qualidade nos serviços, é caracterizado como uma modalidade de trabalho coletivo, em que há articulação entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes participantes, por meio da comunicação e da cooperação (PEDUZZI, 2001).

Para a reorganização da atenção à saúde no SUS considera-se o trabalho em equipe multiprofissional um dos pontos centrais, que sustentado por projetos assistenciais integrals e resolutivos, promovem mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuação frente ao processo saúde-doença, por meio de maior interação entre os profissionais e suas ações (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Para um trabalho em equipe interdisciplinar os profissionais devem conhecer e respeitar as atribuições específicas de cada área ou membro da equipe, e assim compartilharem soluções para os problemas das pessoas e das instituições. Pensando neste contexto, a interdisciplinaridade exige um olhar plural que estimula o trabalho conjunto, como estratégias para a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE et al., 2005).

No cenário da saúde, mais especificamente na atenção primária, as equipes da ESF articulam conjuntamente práticas e saberes na perspectiva de solucionar problemas dos serviços e de modo a atingir metas estabelecidas pelas diretrizes e princípios do SUS. Entretanto, percebe-se que apesar de sua reconhecida importância pelo Ministério da Saúde, não é especificado de que maneira as práticas e saberes devem ser operacionalizados no processo de trabalho das equipes multiprofissionais da ESF (CUTOLO; MADEIRA, 2010).

Apesar de no campo das práticas em saúde o trabalho em equipe ser pensado como uma determinação, uma diretriz do sistema, indica retrocesso do progresso até então. Para que haja consolidação das práticas embasadas no trabalho em equipe, é necessária interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada especificidade (DUARTE; BOENK, 2015).

Para a saúde alguns obstáculos podem interferir negativamente na efetividade do trabalho integrado, tais como: a não cooperação, estruturas rigidamente hierarquizadas, a

desigualdade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos setores. Sendo assim, tais dificuldades devem ser cuidadosamente avaliadas a fim de não prejudicarem os usuários no acesso ao direito à saúde (UCHÔA et al. 2012).

O grau de colaboração presente entre os membros de uma equipe influenciará no nível de sucesso que ela terá na realização de suas ações. Por outro lado, a colaboração é percebida de forma interdependente, remetendo a ideia de parceria, de poder compartilhado e empoderamento simultâneo, onde cada membro entende e respeita o poder do outro. Para tanto, alguns aspectos são importantes quanto às melhorias nos níveis de colaboração, como: filosofia institucional voltada à prática colaborativa e não competitiva, recursos físicos e materiais, apoio administrativo, competência comunicativa, formação que contribua para comportamento colaborativo e compartilhamento de objetivos (D' AMOUR et al., 2008; MARTIN-RODRIGUEZ et. al., 2005).

Apesar do estudo não ser direcionado apenas a enfermagem, enquanto trabalhadores em equipe vale destacar algumas discussões importantes para reflexão uma vez que o enfermeiro por apresentar características gestora, inerentes a sua formação, representa papel essencial para as relações de trabalho, seja no âmbito do próprio processo de trabalho ou no manejo interpessoal.

Partindo da realidade do SUS, a enfermagem sempre foi vista como profissão que trabalha em equipe em seus diferentes níveis (técnico e superior), atuando em atividades mais assistenciais ou mais administrativas das organizações de saúde (ABREU et al., 2005; ALVES; MELLO, 2006).

Desde a formalização da enfermagem enquanto profissão, em meados do século XIX, e em especial a partir da década de 1950, o trabalho da enfermagem é executado por diferentes agentes, com atividades que passam tanto pela assistência direta ao paciente (cuidados contínuos) como pela gestão, sendo desempenhado a partir da coletividade. Porém, só a partir de 1950 o trabalho da enfermagem passou a ser reconhecido como um trabalho em “equipe”, com uma proposta de organizar a assistência de maneira a diminuir a utilização dos recursos disponíveis para à saúde (PEDUZZI, 1998; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

A modernização científica e tecnológica vem promovendo uma busca constante por profissionais cada vez mais qualificados, e que atendam de maneira rápida e crescente as mudanças do mundo globalizado. O mercado de trabalho vem priorizando inserir

profissionais com visão integral da realidade e capazes de desenvolver estratégias dinâmicas e resolutivas aos problemas encontrados no dia-a-dia do trabalho. Pensando nisso, as instituições formadoras do profissional enfermeiro sofrem alterações decorrentes do modelo político-econômico-social em vigência no país (SILVA et al., 2010).

Transformações no perfil do enfermeiro são decorrentes das mudanças nos cenários políticos- econômicos - sociais da educação e da saúde no país e no mundo. Faz-se necessário a integração do setor saúde e da educação para juntos repensarem a formação do enfermeiro, priorizando o desenvolvimento de um indivíduo mais crítico, flexível, versátil, reflexivo e capaz de superar desafios oriundos da modernidade e que consegue trabalhar em equipe, no que tange à promoção da saúde (MARTINELLI et al., 2011).

No contexto da ESF, a maneira como a unidade de saúde é gerenciada influencia diretamente na organização do trabalho em equipe, não apenas entre os profissionais de enfermagem como nos demais. Uma vez que não existe gestão compartilhada, os processos de fortalecimento de um grupo são comprometidos, contribuindo para que não se valorize as competências individuais, acarretando em diluição do poder e fazendo com que cada membro tenha dificuldade em reconhecer o objetivo e o significado de seu trabalho. (BONATO, 2011).

METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa transversal com duas vertentes metodológicas, quantitativa e qualitativa. A pesquisa transversal permite descrever as características de determinada população em um único momento. A abordagem quantitativa é mais apropriada quando se trabalha com julgamentos e atitudes explícitas e conscientes dos participantes, para isso faz uso de instrumentos bem estruturados como os questionários e formulários. Sendo assim, devem ser representativos, de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para um contexto específico, e que poderá ser utilizado ao longo do tempo (ALVES, 2013).

A dimensão qualitativa foi utilizada em um segundo momento, com o intuito de agregar dados não suficientemente explorados, de modo a conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe na ESF. O detalhamento das diferentes formas como os indivíduos idealizam o mundo em que está inserido, o que está sendo percebido ou feito por eles, desde que faça sentido ao que está se observando. Para tanto, as inter-relações e os apontamentos são considerados como formas de constituir processos e objetos sociais de maneira concomitante ou conflituosa, podendo ser analisada com intuito de descrever ou explicar questões sociais (GIBBS, 2011; MINAYO, 2012).

A abordagem qualitativa é mais empregada em pesquisas nas áreas das ciências humanas e sociais, por se aprofundarem mais no universo das ações de pessoas e dos significados de suas relações, profundamente embasados em crenças, valores, atitudes e hábitos dos indivíduos. Essas pesquisas procuram trabalhar com as vivências, as experiências, o cotidiano e a compreensão das estruturas e instituições, resultantes de intervenções humanas (MINAYO, 2012; ALVES, 2013).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS

O município de Maringá-PR é sede da 15ª Regional de Saúde que engloba mais 29 municípios da região noroeste do Paraná. Conta com 74 equipes da ESF alocadas em 34 UBSs.

O contato inicial com os profissionais de cada UBS foi realizado por intermédio dos diretores das unidades via telefone, ocasião em que foi explicado os objetivos do estudo e

agendado a primeira visita à UBS. Nesta, os integrantes de cada equipe da EFS foram abordados individualmente ou em grupo, conforme disponibilidade e convidados a fazer parte do estudo. Após explanação dos objetivos da pesquisa, da sua importância e como ela iria ocorrer, eles se dispuseram a preencher o instrumento no momento ou posteriormente de modo a não comprometer o desenvolvimento de suas atividades diárias. Destaca-se que a maioria dos participantes optou por responder o questionário durante a reunião da equipe.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice A). Sendo informados que poderiam se recusar a responder alguma questão quando julgassem necessário ou até mesmo interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem que isso lhes causasse dano.

Concomitantemente a esta fase foi identificado que alguns profissionais apresentaram interesse em compartilhar com maior profundidade as experiências vivenciadas no cotidiano da equipe. Eles foram então convidados a participarem do segundo momento da pesquisa, por meio de entrevista semiestruturada realizada em sala reservada na UBS e gravada após consentimento (Apêndice B).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No momento previamente agendado com os diretores de cada UBS, todos os profissionais integrantes das 74 equipes da ESF atuantes no município foram convidados a participar da pesquisa, um número aproximado de 587 indivíduos.

Os critérios de exclusão adotados foram: campo de atuação na equipe inferior a 30 dias, estar afastado do serviço por qualquer motivo durante o período de coleta de dados e ser ACS pertencente à equipe da Zona Rural, dada a dificuldade de acesso aos mesmos. Destaca-se que estes profissionais são alocados em uma mesma equipe, porém não trabalham em conjunto pois atuam e residem em regiões muito distantes.

Dos profissionais que atuam no contexto investigado 26 recusaram participar do estudo, dentre eles duas equipes completas, 33 estavam de férias, 39 em atestado médico, nove em licença médica ou maternidade, 10 faltaram e 12 (ACS) pertenciam a zonas rurais.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2016 e foi realizada em dois momentos, o primeiro contemplou os dados quantitativos e o segundo os dados qualitativos.

Antes de iniciar a coleta propriamente dita, e com o intuito de adquirir informações sobre a composição das equipes da ESF e seus integrantes (como número de membros e afastamento de algum profissional), foi aplicado um questionário (Apêndice C) a apenas um dos membros de cada equipe. Na maioria dos casos, o informante foi o enfermeiro, visto que normalmente ele exerce a função de coordenador da equipe. Quando a equipe estava sem enfermeiro ou esta estava de licença, procurou-se outro profissional.

No primeiro momento da coleta de dados foi aplicado um instrumento autoaplicável contendo três partes: a primeira abordou dados referentes à caracterização dos participantes; a segunda parte constava o *Team Climate Inventory* (TCI) (Anexo A); e por fim, a terceira parte esteve constituída por cinco questões abertas, referentes à percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe: “Qual nota você daria para sua equipe da ESF quanto o trabalho em equipe?”, “Qual nota você se daria enquanto membro de sua equipe de trabalho?”, “O que é trabalho em equipe para você?”, “Quais são as características do trabalho em equipe?” e “Você gosta de trabalhar em equipe? Por quê?” (Apêndice D). Os participantes responderam esta etapa do estudo em um tempo de 10 a 30 minutos.

Em um segundo momento, concomitantemente a realização da coleta quantitativa, alguns profissionais foram convidados a participar de uma entrevista individual, para maior aprofundamento das percepções e vivências referentes ao trabalho em equipe na ESF (Apêndice E). A identificação de possíveis participantes aconteceu mediante a demonstração de interesse de alguns profissionais em compartilhar com maior profundidade as experiências vivências no cotidiano da equipe. Esta etapa da pesquisa teve duração entre 30 a 60 minutos de entrevista e possuiu como questão norteadora a seguinte pergunta: “Fale sobre as características do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família?”, além de questões de apoio que foram acrescentadas quando necessárias.

4.4.1 Instrumento Coleta de Dados

O *Team Climate Inventory* (TCI) foi elaborado pelos ingleses Michel A. West e Neil R. Anderson e traduzido para a língua portuguesa em 2014 como Escala de Clima na Equipe (ECE), pelas autoras Mariana C. Silva e Marina Peduzzi. Por meio do instrumento é possível perceber e avaliar a integração e participação dos membros da equipe, mensurar o desempenho das equipes nas organizações e medir o clima das mesmas. Seus resultados permitem aos gestores de saúde identificar os problemas enfrentados por suas equipes e assim estabelecer estratégias de enfrentamento para melhorar a qualidade dos processos de trabalho na rotina dos serviços.

O instrumento é composto por 38 itens, subdivididos em quatro seções (fatores). As seções (fatores) avaliadas pela ECE são:

- a) Participação na equipe (12 itens): refere-se à participação dos membros da equipe, o quanto eles se sentem seguros em contribuir ou expressar suas opiniões e sentimentos frente ao que está sendo discutido, ou até mesmo em propor sugestões ou estratégias na realização de tarefas. Acredita-se que quanto maior a participação dos integrantes da equipe, melhor o resultado final.
- b) Objetivos da equipe (11 itens): investiga-se os objetivos estimados pela equipe, repassados de forma clara e de modo a ser compreendido por todos os membros da equipe de trabalho. Destaca-se que se todos estiverem certos do objetivo da equipe mais facilmente o proposto será alcançado.
- c) Apoio para ideias novas (8 itens): esta se refere às condições de apoio e incentivo que os integrantes sentem diante da equipe como um todo. Considera, principalmente, a capacidade dos membros em propor inovações no ambiente de trabalho.
- d) Orientação para as tarefas (7 itens): trata-se da responsabilidade e cuidado individual ou da equipe em desenvolver as tarefas com qualidade. É caracterizada por avaliações individuais ou do outro, e análise crítica.

Este instrumento apresenta respostas no formato de escala do tipo *Likert*, com cinco alternativas de resposta para as duas primeiras seções (concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente); sete alternativas, divididas em três

recortes: de modo nenhum, um tanto e completamente, na seção objetivos da equipe; e três alternativas, pouco, até certo ponto e muito na seção orientação para as tarefas.

Para a coleta de dados qualitativos, durante as entrevistas foi utilizado instrumento constituído por questões norteadoras e auxiliares (Apêndice C), com o intuito de obter maior aprofundamento sobre a percepção dos profissionais de saúde a respeito do trabalho em equipe. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas integralmente, preferencialmente no mesmo dia em que foram realizadas.

Transcrever é uma tarefa que requer tempo, mas enormemente rica, permitindo um estudo preliminar de cada entrevista e um vislumbre dos resultados parciais até ali encontrados (RICHARDSON, 2012).

As duas etapas da coleta de dados aconteceram nas próprias unidades básicas de saúde, em horário determinado pelos participantes, sem ônus ao processo de trabalho e preferencialmente em ambiente reservado. Procurou-se sempre respeitar as limitações dos entrevistados e estabelecer um ambiente agradável, de conforto e privacidade, favorecendo um clima de confiança entre os participantes e a pesquisadora. Vale ressaltar que toda a coleta de dados foi realizada unicamente pela pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quantitativas foram digitadas e organizadas em uma base de dados no programa Excel 2013®. Para as variáveis sociodemográficas dos participantes procedeu-se com análise estatística descritiva.

A ECE, instrumento utilizado para medir o clima do trabalho na equipe, foi validado para a língua portuguesa, porém não conta com uma escala de parâmetros para classificar o trabalho em equipe dos participantes, tampouco sugere possíveis maneiras para análise dos dados obtidos (SILVA, 2014).

Sendo assim, os dados obtidos a partir da ECE foram transformados para uma escala de zero a 10 e posteriormente resumidos por meio da média ponderada e escore médio. Os diferentes grupos de categorias profissionais e variáveis como sexo, idade e atuação na equipe foram comparados pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn. Estes testes foram escolhidos por possibilitarem a comparação entre diferentes grupos. Os mesmos testes também foram aplicados para

comparar a nota da equipe e a nota pessoal. Foi considerado um nível de confiança de 95%. As análises foram realizadas no Programa Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0).

A apreciação dos dados qualitativos realizou-se por meio da análise de conteúdo modalidade temática, conforme Bardin. A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) e contextos extremamente diversificados (BARDIN, 2011).

Para o desenvolvimento da técnica de análise de Bardin (2011) três etapas básicas são consideradas: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial.

Na pré-análise ocorre a organização do material de pesquisa. Tem início na elaboração do projeto, partindo do levantamento bibliográfico sobre o objeto de estudo até a elaboração do conjunto de dados – *corpus* – a ser analisado. Esta etapa é definida a partir de uma leitura geral, chamada de “leitura flutuante”, de todo o material coletado, que permite aos pesquisadores, em um primeiro momento, três tarefas essenciais: formular os objetivos da pesquisa, as hipóteses amplas e a determinação do corpus da investigação (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

Com a conclusão desta pré-análise dá-se início a etapa de descrição analítica. Nesta, o material que constitui o *corpus* é submetido a um estudo aprofundado, que inclui os procedimentos de codificação, classificação e categorização dos discursos (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

A codificação dos dados, ou tratamento dos dados, corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, respeitando regras importantes, a fim de contemplar uma representação do seu conteúdo. Para que esta transformação ocorra faz-se necessário três regras: o recorte (escolha das unidades de sentido), a enumeração (escolha das regras de contagem e da classificação) e a agregação (escolha das categorias) (BARDIN, 2011).

A fase final, de interpretação inferencial, é desenvolvida desde a etapa da pré-análise, porém só alcança maior intensidade neste momento. A intuição e a reflexão, com embasamento nos materiais empíricos, estabelecem relações e aprofundam as percepções, chegando, se possível, as propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais. Em suma, nesta etapa há a seleção das categorias significativas juntamente com as inferências e a opinião de outros autores (TRIVIÑOS, 2009; BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento do estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, por meio do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) (Anexo B) e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE: 50482615.4.0000.0104), conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A solicitação de participação foi realizada individual e pessoalmente, com cada profissional pertencente às equipes da ESF do município. Os que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, no primeiro (Apêndice C) e no segundo momento (Apêndice D).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 ESTUDO 1

O CLIMA ORGANIZACIONAL E O TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE TEAMWORK IN PERSPECTIVE OF DIFFERENT PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA PERSPECTIVA DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMO

Objetivo: medir o clima organizacional no trabalho em equipe entre as diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado com 458 profissionais pertencentes a 72 equipes da ESF em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do noroeste do Paraná. Os dados foram coletados no período de março a julho de 2016, com levantamento de dados sociodemográficos e aplicação da Escala de Clima na Equipe. Para a análise foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn. **Resultados:** Os odontólogos apresentaram a menor média no instrumento (7,45), seguidos pelos auxiliares/técnicos de saúde bucal (7,60). As maiores médias foram dos enfermeiros (8,05) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (8,02). **Conclusão:** Existem lacunas no processo de trabalho das equipes da ESF, principalmente nas relações entre os profissionais de saúde bucal e os demais membros da equipe.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Trabalho; Equipes de Saúde; Profissional da Saúde; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: to measure the climate in teamwork among the different professional categories of the Family Health Strategy (FHS). **Methodology:** a cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 458 professionals belonging to 72 FHS teams in 34

Basic Health Units (BHU) of a Brazilian municipality. The data were collected in period from March to July 2016, with a survey of sociodemographic data and application of the Team Climate Inventory. For the analysis, there was used the Kruskal-Wallis test followed by the post hoc test of Dunn multiple comparisons. **Results:** dentists had the lowest mean in the instrument (7.45), followed by oral health auxiliaries/technicians (7.60). The highest averages were for nurses (8.05) and nursing assistants/technicians (8.02). **Conclusion:** There are gaps in the work process of the FHS teams, especially in the relationships between oral health professionals and other team members.

Keywords: Family Health Strategy; Work; Health Teams; Health Professional; Interpersonal Relations.

RESUMEN

Objetivo: medir el clima organizacional en el trabajo en equipo entre las distintas categorías profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Metodología:** estudio transversal, con abordaje cuantitativo realizado con 458 profesionales pertenecientes a 72 equipos de la ESF en 34 Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio del noroeste de Paraná. Los datos se recolectados en el período de marzo a julio de 2016, con levantamiento de datos sociodemográficos y aplicación de la Escala de Clima en el Equipo. Para el análisis se utilizó el test de Kruskal-Wallis seguido del test *post hoc* de comparaciones múltiples de Dunn. **Resultados:** los odontólogos presentaron el más bajo promedio en el instrumento (el 7,45), seguidos por los auxiliares/técnicos de salud bucal (el 7,60). Los más altos promedios fueron de los enfermeros (el 8,05) y de los auxiliares/técnicos de enfermería (el 8,02). **Conclusión:** hay lagunas en el proceso de trabajo de los equipos de la ESF, principalmente en las relaciones entre los profesionales de salud bucal y los demás miembros del equipo.

Descriptores: Estrategia Salud de la Familia. Trabajo. Equipos de Salud. Profesional de la Salud. Relaciones Interpersonales.

INTRODUÇÃO

As abordagens relacionadas ao clima organizacional nas equipes de trabalho devem ir ao encontro dos princípios referentes à organização, preconizados pelas políticas públicas que direcionam o Sistema Único Saúde (SUS) (BRASIL, 2012)⁽¹⁾. O clima na equipe pode ser entendido como fenômeno perceptivo e prolongado baseado nas experiências vividas pelos indivíduos, com várias facetas, e que é compartilhado por seus membros em uma mesma organização, alinhando os diferentes perfis comportamentais a fim de que os mesmos possam se adequar aos padrões aceitos pela instituição, ou equipe (KOYS; DECOTIIS,

1991)⁽²⁾. O clima na equipe também pode estar associado com a concepção de trabalho em equipe, e nestes casos, envolve a integração e a colaboração entre membros de uma mesma equipe (SILVA, 2014)⁽³⁾.

A palavra “equipe” está fortemente associada à realização de tarefas, de atividades compartilhadas entre pessoas diferentes e que de maneira coletiva, alcançam o resultado idealizado. A equipe, portanto, refere-se a um conjunto de indivíduos que interagem entre si, em busca de um objetivo comum: agregando ao processo de trabalho, conhecimentos específicos de cada membro da equipe, com o intuito de construir um consenso empoderado (SOUSA; HAMANN, 2009)⁽⁴⁾.

O trabalho em equipe ganhou destaque no cenário da saúde a partir de movimentos na área sanitária (medicina comunitária e preventiva) com o intuito de substituir práticas em saúde identificadas como médico centralizadas pelo trabalho em equipe multiprofissional. Isto porque a integração e a complementaridade entre os vários membros de uma mesma equipe de saúde podem interferir de forma positiva nos serviços oferecidos (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013; PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009)⁽⁵⁻⁶⁾.

O trabalho em equipe surge da necessidade de se estabelecer objetivos e metas concretas e bem definidas, comuns a um grupo de trabalhadores. Assim, a partir do crescimento individual e do grupo, é possível contribuir para o desenvolvimento de um cuidado que seja centrado no usuário e na sua comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009)⁽²⁾.

No âmbito da atenção primária à saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), presentes no modelo estruturante em vigência, são as maiores representantes deste modelo de trabalho, visto que um de seus principais pilares é o trabalho em equipe (BRASIL, 2012)⁽²⁾. Destarte, por contarem com profissionais com perfis profissiográficos diferentes, proporcionam um ambiente complexo e de grande significado para investigações direcionadas as relações interpessoais no ambiente corporativo.

Atualmente, as equipes da ESF são compostas por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS por equipe da ESF. A saúde bucal também pode ser agregada a equipe, com dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012)⁽²⁾.

Na proposta da ESF, o trabalho em equipe deve ser baseado em práticas como a

comunicação efetiva entre os integrantes, de modo que seus membros possam estar continuamente em contato na realização das tarefas diárias. Além disso, deve-se dar destaque ao trabalho multiprofissional, diagnóstico das reais necessidades da população, planejamento de ações, compartilhamento nas decisões, participação sincronizada de todos e estímulo ao exercício do controle social (SOUSA; HAMANN, 2009)⁽⁴⁾.

No âmbito da ESF cada membro da equipe tem papel específico, e quando todos desempenham seu trabalho com dedicação, este passa a ser mais prazeroso e reconhecido pela equipe como um todo. Porém, as relações de trabalho em uma equipe não acontecem automaticamente, é importante que seus integrantes aprendam a interagir entre si, sendo necessário o aprimoramento de habilidades e capacidades, sejam de cunho emocional, de conhecimento ou de vivências interpessoais e intergrupais (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013)⁽⁷⁾.

Entretanto, no contexto do trabalho é comum a existência de pseudo equipes, o que também pode ocorrer na ESF. As pseudo equipes possuem baixa integração entre seus membros, comunicação não efetiva e comportamento não colaborativo, o que influenciará diretamente, e de forma negativa, na qualidade da assistência prestada às pessoas, sejam elas sadias ou doentes (WEST; LYUBOVKOVA, 2012, 2013)⁽⁸⁻⁹⁾.

Discutir trabalho em equipe no âmbito da ESF possibilita maior clareza na compreensão de questões intimamente envolvidas nas relações interpessoais e multiprofissionais da atenção primária e a partir disto, pensar em possíveis estratégias de mudança que possam melhorar o processo de trabalho e conseqüentemente a assistência aos usuários. Assim, definiu-se como objetivo deste estudo, medir o clima organizacional no trabalho em equipe entre as diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

A investigação se caracteriza como transversal não probabilística, com abordagem quantitativa, realizada em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do Sul do Brasil, no período de março a julho de 2016.

O convite para participação na pesquisa foi realizado junto a todos os profissionais da ESF presentes no momento previamente agendado com o diretor de cada UBS. Foram

excluídos da população pesquisada os profissionais que possuíam período de trabalho nas equipes inferior a 30 dias.

Fizeram parte do estudo profissionais de 72 das 74 equipes da ESF existentes no município, visto que os integrantes de duas equipes, implicitamente, se recusaram a participar. O número de integrantes de cada equipe participante não foi levado em consideração, uma vez que a análise não considerou cada equipe como unidade a ser avaliada, e sim o indivíduo em sua singularidade. Sendo assim, as equipes que aceitaram participar do estudo foram constituídas de três a dez colaboradores.

No total, fizeram parte do estudo 458 profissionais - enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS).

Para coleta dos dados foi entregue aos participantes, dois instrumentos, um para levantamento de dados sociodemográfico, e o *Team Climate Inventory* (TCI), traduzido para o português como Escala de Clima na Equipe (ECE), que tem como finalidade avaliar o clima em grupos proximais de trabalho (SILVA, 2014) ⁽³⁾.

AECE foi elaborada pelos ingleses Michel A. West e Neil R. Anderson, no formato de escala do tipo *Likert*, constituída de 38 itens, com objetivo de obter dados referentes a quatro fatores: participação na equipe, com 12 itens (com escala graduada entre 1 a 5 pontos cada item); objetivos da equipe, com 8 itens (1 a 5); apoio para ideias novas, com 11 itens (1 a 7); e orientação para as tarefas, com 7 itens (1 a 7). A pontuação mínima do instrumento corresponde a 38 pontos e a máxima a 226 pontos (SILVA, 2014) ⁽³⁾. A ECE utiliza uma escala de *Likert* e em sua tradução para o português não foram contemplados parâmetros para classificação dos dados. Sendo assim, para permitir comparação na análise dos dados e melhor exploração dos resultados, neste estudo as pontuações finais dos itens foram transformadas em uma escala de zero a 10.

As variáveis quantitativas foram resumidas por meio da média ponderada e escore médio. Os grupos foram comparados pelo teste de Kruskal-Wallis seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn (diferenciados por letras sobescritas “a” e “b”) e foi considerado um nível de confiança de 95%. As análises foram realizadas no programa *Statistical Analysis Software* (SAS, version 9.0) (STOKES; DAVIS; KOCH, 2000)⁽¹⁰⁾, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel.

O estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução 446/12 do Conselho

Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos de uma universidade pública brasileira (CAAE: 50482615.4.0000.0104). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Dos 458 profissionais das equipes da ESF entrevistados, 57 (12,44%) eram enfermeiros, 37 (8,07%) médicos, 20 (4,36%) dentistas, 47 (10,26%) auxiliares/técnicos de enfermagem, 19 (4,14%) auxiliares/técnicos de saúde bucal, e 278 (60,69%) agentes comunitários de saúde. Dos 587 profissionais pertencentes as equipes, 26 recusaram participar do estudo, 33 estavam de férias, 39 em atestado médico, nove licenças médica ou maternidade, 10 não estavam presentes na UBS e 12 (ACS) pertenciam a zonas rurais.

Participaram do estudo 406 (88,65%) mulheres. A idade dos entrevistados variou entre 18 e 73 anos, com idade média de 41,84 anos. O tempo na profissão variou entre um mês a 48 anos, com média de 9 anos; tempo na prefeitura: entre um mês e 30 anos, com média de 6,83 anos; o tempo de atuação na atenção primária variou: entre um mês e 21,33 anos, com média de 5,71 anos; e tempo na mesma equipe da ESF: entre um mês e 21,33 anos, com média de 5,52 anos.

Das 72 equipes que participaram da pesquisa, 22 possuíam equipe saúde bucal integrada à ESF, e cinco delas por ocasião da coleta de dados, estavam sem a presença do médico entre um e dois meses. Quanto ao tempo de trabalho com a mesma formação de equipe a média esteve em torno de um ano e meio, variando entre um mês e 12 anos.

Quanto aos quatro fatores avaliados na ECE, que possibilitam identificar o clima no trabalho em equipe, só foi observada diferença significativa ($p=0,0001^*$) para a média atribuída ao fator Participação na Equipe (8,11). O fator menos pontuado pelos participantes foi o de Orientação para tarefas (7,51) (Tabela 1).

Tabela 1 - Pontuação atribuída pelas equipes da Estratégia Saúde da Família a cada um dos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016.

| Fator | N | Nota Média | Escore médio | X² | p-valor |
|--------------------------------|----------|-------------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| Participação na Equipe | 72 | 8,1155276 | 150,541667 ^b | 37,47 | 0,0001* |
| Apoio para ideias novas | 48 | 7,7801182 | 111,520833 ^a | | |
| Objetivos da Equipe | 66 | 7,6982092 | 100,674242 ^a | | |
| Orientação para tarefas | 42 | 7,5170016 | 77,845238 ^a | | |

Fonte: Autora, 2016. *Significativo ao nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

Em relação ao escore geral da ECE pode-se observar que os dentistas apresentaram diferença significativa em relação aos demais profissionais (70,342105^b) com a menor média geral no instrumento (7,45). Em seguida vieram os auxiliares/técnicos de saúde bucal (7,60), ACS (7,85) e médicos (7,90). Já as maiores médias foram dos enfermeiros (8,05) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (8,02) (Tabela 2).

Tabela 2 - Pontuação geral atribuída pelas diferentes categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família a Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016.

| Função | Nota Média | Escore médio | X² | p-valor |
|--------------------------------|-------------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| Enfermeiro | 8,05 | 141,947368 ^a | 36,90 | 0,0001* |
| Técnico de Enfermagem | 8,02 | 142,118421 ^a | | |
| Médico | 7,90 | 124,039474 ^a | | |
| ACS | 7,85 | 119,421053 ^a | | |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 7,60 | 89,131579 ^a | | |
| Dentista | 7,45 | 70,342105 ^b | | |

Fonte: Autora, 2016. *Significativo ao nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

Já na Tabela 3 foram apresentadas as notas gerais atribuída pelas categorias profissionais aos diferentes fatores da ECE. Observou-se diferença significativa nos fatores Participação em Equipe ($p=0,0030^*$), Apoio para ideias novas ($p=0,0005^*$) e Orientação para tarefas ($p=0,0082^*$).

Tabela 3 - Pontuação geral atribuída pelas diferentes categorias profissionais da estratégia Saúde da Família aos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, Maringá (PR), 2016.

| Fator avaliado | Nota Média | Escore médio | X² | p-valor |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|----------------------|----------------|
| Participação na Equipe | | | | |
| ACS | 8,03 | 32,458333 ^a | 17,93 | 0,0030* |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 7,91 | 27,750000 ^a | | |
| Dentista | 7,70 | 21,125000 ^b | | |
| Enfermeiro | 8,42 | 47,875000 ^a | | |
| Médico | 8,45 | 50,125000 ^a | | |
| Técnico de Enfermagem | 8,19 | 39,666667 ^a | | |
| Apoio para ideias novas | | | | |
| ACS | 7,92 | 28,31250 ^a | 22,26 | 0,0005* |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 7,76 | 21,81250 ^a | | |
| Dentista | 7,20 | 6,87500 ^b | | |
| Enfermeiro | 8,01 | 32,81250 ^a | | |
| Médico | 7,68 | 21,18750 ^a | | |
| Técnico de Enfermagem | 8,11 | 36,00000 ^a | | |
| Objetivos da Equipe | | | | |
| ACS | 7,76 | 35,545455 ^a | 7,61 | 0,1789 |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 7,40 | 22,409091 ^a | | |
| Dentista | 7,54 | 27,363636 ^a | | |
| Enfermeiro | 7,85 | 38,727273 ^a | | |
| Médico | 7,76 | 35,909091 ^a | | |
| Técnico de Enfermagem | 7,89 | 41,045455 ^a | | |
| Orientação para as tarefas | | | | |
| ACS | 7,61 | 23,928571 ^a | 15,5538 | 0,0082* |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 7,20 | 13,500000 ^b | | |
| Dentista | 7,19 | 12,285714 ^b | | |
| Enfermeiro | 7,80 | 30,714286 ^a | | |
| Médico | 7,44 | 18,000000 ^a | | |
| Técnico de Enfermagem | 7,86 | 30,571429 ^a | | |

Fonte: Autora, 2016. *Significativo ao nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

DISCUSSÃO

As maiores médias da ECE foram identificadas entre os enfermeiros (8,05) e auxiliares/técnicos de enfermagem (8,02), embora sem diferença significativa das médias

dos profissionais médicos e ACS. Este achado nos leva a refletir sobre o papel do enfermeiro dentro de uma equipe da ESF.

Além de fornecer suporte clínico na organização do cuidado, o enfermeiro da ESF também planeja, gerencia e avalia as atividades desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os demais membros da equipe, além de participar no gerenciamento dos insumos necessários para a manutenção do funcionamento da UBS (BRASIL, 2012)⁽¹²⁾. É por meio do enfermeiro que as informações necessárias para o gerenciamento de conflitos e interlocução ativa entre os usuários dão seguimento, sendo ele o mediador da comunicação (LANZONI; MEIRELLES, 2013)⁽¹³⁾.

Para tanto o enfermeiro atua responsabilizando-se e visando a corresponsabilização de toda a equipe, estimulando a participação ativa nas reuniões, articulando as diferentes opiniões, elaborando as estratégias de intervenção, impulsionando a equipe na implementação e direcionamento das ações, sempre priorizando uma constante integração entre os membros (LANZONI; MEIRELLES, 2013)⁽¹³⁾.

Apesar do enfermeiro não possuir a função formal de liderança de todos os membros da ESF, ele é o profissional que desempenha a função de coordenação nas equipes da atenção básica. Embora ele seja o profissional mais preparado para esta atribuição, deve-se atentar para o acúmulo de atividades exercido por esta categoria, uma vez que eles já exercem múltiplas tarefas e essa condição, além de trazer sobrecarga também pode contribuir para impactos negativos no compartilhamento da produção do trabalho em equipe (SEIDL; FAUSTO; LIMA; GAGNO, 2014)⁽¹⁴⁾.

O fato de o enfermeiro possuir a maior média na ECE nos induz a acreditar que os elementos essenciais para o bom desempenho da equipe estão sendo bem executados segundo eles. Entretanto como o enfermeiro, por vezes, possui papel de liderança na equipe, ele tende a avaliá-la de maneira positiva, uma vez que ele é o principal profissional responsável por manter os membros motivados e bem esclarecidos sobre os objetivos da equipe e orientações para as tarefas, além de oferecer apoio a ideias novas e incentivar a participação de todos (LIMA et al., 2016)⁽¹⁵⁾.

A inclusão de profissionais da saúde bucal na ESF teve início a partir de 2001, com o propósito de oferecer atendimento de saúde bucal em todas as regiões do país, tendo como eixo central a família. Buscou-se desconstruir o modelo curativo-mutilador para consolidar um novo formato de atenção, com vistas a promoção da saúde bucal da população infantil

escolar, que pudesse ampliar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)⁽¹¹⁾. Em virtude destes aspectos as dificuldades de trabalhar em equipe experienciadas por dentistas e auxiliares/técnicos de saúde bucal, evidenciadas a partir da ECE, podem ser decorrentes de um processo de implementação que pode ser considerado frágil no que tange às relações interpessoais, visto que novos profissionais foram incorporados à uma equipe já organizada e a um processo de trabalho em andamento.

O fator Participação na Equipe (Tabela 1) abordou questões como o compartilhamento de informações, as influências sobre os demais, o sentimento de se sentir ouvido e aceito pelo grupo e a manutenção do contato constante. O fato de ele ser mais bem avaliado por profissionais sugere que estes aspectos estão sendo bem trabalhados nas equipes. O que não foi observado para o fator que obteve a pior avaliação, Orientação para tarefas, que tratou de assuntos como monitoramento para obtenção de altos padrões de desempenho, critérios claros para alcançar a excelência como equipe e se existe avaliações e sugestões em prol de melhorias.

Quando se fala de participação na equipe, os ACS, além de estarem em maior número nas equipes da ESF, são os profissionais que mais articulam suas atividades com os demais membros da equipe. Existe também uma forte integração entre médicos e enfermeiros (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013)⁽⁵⁾. Já em relação a saúde bucal, apesar de existir complementariedade e interdependência com o restante da equipe, acredita-se que a troca de informações ainda é limitada e restrita (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013)⁽⁵⁾.

No Rio Grande do Sul foi realizado uma pesquisa com o objetivo de proporcionar as equipes da ESF um espaço de avaliação e discussão de suas relações interpessoais. Foi evidenciado o sentimento de distanciamento da equipe técnica (enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem) em relação aos ACS, justificado pelo fato desta subequipe não realizar visitas domiciliares com a mesma frequência que os ACS, não havendo a necessidade de se reportarem a eles (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto importante identificado foi a elevada rotatividade de profissionais, em especial enfermeiros e médico. Isto porque, segundo os participantes, a cada nova troca e/ou inserção de um novo profissional, a equipe precisava modifica-se e adaptar-se ao perfil destes profissionais. Isto por sua vez não favorece a existência de um senso de identidade

grupal, e os integrantes da equipe passam a atuar como executores de ações curativas, o que prejudica a consolidação das equipes de trabalho (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽¹⁶⁾.

Deveras, outro estudo também apontou que um dos aspectos que pode contribuir para a inviabilização do andamento das atividades da ESF é a alta rotatividade de profissionais. Esta afeta a consolidação de vínculo entre membros da equipe e também a responsabilização da atenção à saúde da comunidade (SOARES; REIS; FREIRE, 2014)⁽¹⁷⁾.

Destaca-se que os dentistas apresentaram a menor média (7,70) referente ao fator Participação em equipe (Tabela 3), o qual se refere à segurança dos membros da equipe em participar expondo suas ideias e percepções nas tomadas de decisão, sem o receio de serem censurados ou julgados. Quando esta participação conjunta existe, o resultado para inovação do trabalho é positivo (SILVA, 2014)⁽³⁾.

Estudo realizado em Goiânia com equipes da ESF, com o objetivo de conhecer a visão de seus membros a respeito das características essenciais para o profissional dentista, mostrou que a competência de comunicação foi a característica interpessoal mais relatada pelos entrevistados. Os demais trabalhadores da ESF veem fragilidades na atuação do cirurgião-dentista no que tange ao manejo com pessoas em condição socioeconômica menos favorecidas. Este resultado levou os autores a acreditarem que existe deficiências na formação acadêmica, no que se refere à atuação em comunidades diferenciadas, que necessitam ser acolhida. Para estas, não basta apenas a oferta do atendimento e saber técnico, é necessária a interação social (SOARES; REIS; FREIRE, 2014)⁽¹⁷⁾.

Os dentistas também apresentaram a menor média para o fator Apoio para ideias novas (7,20), por meio do qual se podem perceber as expectativas e aprovação que os membros recebem da equipe para a introdução de novas ferramentas no processo de trabalho, um suporte necessário para que ocorra inovação no grupo (SILVA, 2014)⁽³⁾.

Embora a literatura aponte avanços no que diz respeito a inserção da saúde bucal na ESF, ainda existe resistência por parte dos profissionais, tanto da equipe de saúde bucal como dos demais membros da ESF, principalmente no que se refere a incorporação de novas práticas, como a realização de visitas domiciliares pelos dentistas. Comportamento que se deve a uma cultura historicamente construída, onde as atividades mecanizadas realizadas nos consultórios particulares foram incorporadas aos serviços da atenção primária (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013)⁽¹⁸⁾.

O fator “Objetivos da equipe” busca explorar o quanto os objetivos das equipes estavam claros para todos os seus membros, visto que quanto mais claros estiverem, mais habilitados a desenvolver as propostas estarão seus membros (SILVA, 2014)⁽³⁾. Entretanto, apesar dos dentistas (7,54) e os técnicos/auxiliares de saúde bucal (7,40) apresentarem as menores médias, não foi observada diferença significativa entre as categorias profissionais, o que permite inferir que todos os profissionais compreendem os objetivos da equipe de maneira homogênea.

Já em relação ao último fator, Orientação para as tarefas, observou-se diferenças significativas entre as notas atribuídas pelos técnicos/auxiliares de saúde bucal (7,20) e pelos dentistas (7,19). Este fator enfatiza a responsabilidade do grupo e de cada um de seus membros em realizar as tarefas com qualidade (SILVA, 2014)⁽³⁾.

Embora a política que orienta as ações das equipes da ESF seja a mesma, a maneira como cada equipe gerencia suas atividades difere, dependendo das características dos profissionais e das equipes, assim como das comunidades cobertas. Para tanto, os resultados alcançados por cada equipe de trabalho e os mecanismos para sua realização vão depender das particularidades no modo de trabalhar e das relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais que fazem parte de cada grupo (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽¹⁶⁾.

A territorialização e a organização da demanda precisam ser mais bem incorporadas pelas equipes da ESF, especialmente pela saúde bucal que foi inserida neste contexto depois. Porém as relações de trabalho em equipe com vistas à integração e inter-relação entre os profissionais da saúde são as grandes dificuldades neste contexto (MATOS; FERREIRA; LEITE; GRECO, 2014)⁽¹⁹⁾.

Por possuir profissionais de diferentes áreas, a interdisciplinaridade é uma das características essenciais para o processo de trabalho das equipes da ESF. Assim, as equipes possuem também o desafio de integrar diferentes profissionais em seu processo de trabalho, tendo em vista a assistência à população de acordo com os princípios do SUS: integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽¹⁶⁾.

No contexto da ESF são observadas lacunas no processo de trabalho que limitam o cuidado integral em saúde como princípio comum à equipe interdisciplinar, de tal modo que o desenvolvimento das atividades, muitas vezes, é pautado em ações isoladas, baseadas no

saber individual de cada profissional, e não compartilhadas entre todos os membros da equipe (FINKLER et al., 2016)⁽¹⁹⁾.

No Brasil, a formação profissional dos trabalhadores da saúde não estimula as vivências de equipe. Tal realidade aponta para a necessidade de mudanças importantes na formação de recursos humanos para a saúde. Inicialmente, a proposta de investimentos em capacitação e manutenção de equipes de trabalho possa ser uma estratégia em médio prazo (MATOS; FERREIRA; LEITE; GRECO, 2014)⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A partir da ECE foi observado que existe diferença na percepção sobre o clima organizacional no trabalho em equipe entre os diferentes profissionais da ESF, de tal forma que os enfermeiros foram os que melhor avaliaram suas equipes e os dentistas os que pior avaliaram.

Discutir trabalho em equipe na ESF é um desafio para os profissionais que atuam na atenção primária a saúde. O relacionamento multiprofissional envolve questões que interferem direta ou indiretamente no processo de trabalho, assim como na qualidade da assistência oferecida aos usuários.

Após a inclusão da saúde bucal na ESF houve uma mudança no cenário da assistência, com vistas às novas necessidades e interesses. Entretanto esta inserção necessita de tempo para adaptação e amadurecimento da equipe como um todo. É possível que a existência de fragilidades nas relações destes profissionais, tenham influenciado as baixas médias identificadas entre dentistas e auxiliares de saúde bucal, no que se refere à avaliação dos aspectos relacionados ao trabalho em equipe.

A partir destes achados faz-se necessário fomentar discussões no contexto da ESF, afim de identificar estratégias de enfrentamento que possibilitem a manutenção de relações de trabalho mais saudáveis e que proporcionem melhores resultados para a equipe e para a comunidade.

Uma possível limitação do estudo refere-se ao elevado número de recusas em participar do estudo, o que pode estar relacionado ao fato de a coleta de dados ter sido realizada durante o turno de trabalho.

FOMENTO

O estudo recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministérios da saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção Básica. Brasília, 2012.
2. Koys DJ, De Cotiis TA. Inductive measures of psychological climate. *Human Relations*. 1991;44:265- 85.
3. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); 2014.
4. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(Sup1):1325-35.
5. Pereira RCA, Riveira FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013; 17(45):327-40. Epub June 14, 2013. ISSN 1807-5762.
6. Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe MULTIPROFISSIONAL. IN: *Clínica Médica*. Ed. Manolo: FMUSP, 2009.
7. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(1):61-8.
8. West MA, Lyubovikova J. Real Teams or Pseudo Teams? The changing Landscape Needs a Better Map. *Industrial and Organizational Psychology*. 2012; 5:25-8.
9. West MA, Lyubovikova J. Illusions of teams working in health care. *Jornal of Health Organization and Management*. 2013; 27(1):134-42.
10. Stokes ME, Davis CS, Koch GG. *Categorical data analysis using SAS system*. 2th ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013; 66(4):557-63.
14. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2014; 38(Especial): 94-108.
15. Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LM, Silva CN, Junior PRBF. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. *J. Res.: fundam. Care.* [Online]. 2016; 8(1):3893-906.
16. Cervinski LF, Neumann AP, Cardoso C, Biasus F. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Perspectiva, Erechim.* 2012; 36(136):111-22.
17. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde.* 2014; 12(2):327-41.
18. Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. *Saúde debate*[online]. 2013; 37(96):32-42.
19. Finkler AL, Toso BRGO, Viera CS, Obregón PL, Rodrigues RM. O processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no cuidado a criança. *Ciência Cuidado e saúde.* 2016; 15(1):171-179.
20. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Colet.* 2014; 19(2):373-82.

5.2 ESTUDO 2

INFLUÊNCIA DO SEXO, IDADE E TEMPO DE ATUAÇÃO NA PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

INFLUENCE OF THE GENDER, AGE AND TIME OF PRACTICE IN PERCEPTION ON TEAMWORK

INFLUENCIA DEL SEXO, EDAD Y TIEMPO DE ACTUACIÓN EN LA PERCEPCIÓN SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar se as variáveis: sexo, idade e tempo de atuação influenciam a percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo transversal não probabilístico, realizado com 458 profissionais pertencentes às 72 equipes da ESF alocadas nas 34 unidades básicas de um município do noroeste do Paraná. Os dados foram coletados no período de março a julho de 2016 com levantamento de dados sociodemográfico, aplicação da Escala de Clima na Equipe e dois questionamentos: “Qual nota você daria para sua equipe da ESF quanto ao trabalho em equipe?” e “Qual nota você se daria enquanto membro de sua equipe de trabalho?”. Na associação entre os resultados e as diferentes variáveis foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn. Observou-se que não houve diferença significativa entre os sexos para as notas atribuídas à equipe (NE), nota pessoal (NP) e média da ECE. Quanto à idade foi evidenciada diferença entre as NE ($p=0,0138$) e NP ($p=0,0210$), sendo os profissionais com até 30 anos os que atribuíram os menores escores médios (186,11 e 184,76 respectivamente). Para a variável tempo de atuação na equipe observou-se diferença significativa na NP ($p=0,0030$), sendo os menores escores atribuídos por profissionais com até um ano nas equipes (186,65). Conclui-se que os profissionais mais jovens ou com menor tempo de atuação tendem a atribuir menores notas para o trabalho de suas equipes, assim como para o próprio desempenho.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Trabalho; Equipes de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify if the variables gender, age and time of work influence the perception of professionals about teamwork in the Family Health Strategy (FHS). This is a non-probabilistic cross-sectional study, conducted with 458 professionals belonging to 72 FHS teams allocated in 34 basic units in a city in northwestern Paraná. Data were collected from March to July 2016 with survey of sociodemographic data, application of the Team Climate Inventory and two questions: "What grade would you give to your team FHS as teamwork" and "In what grade would you be as member of your team?" In the association between the results and the different variables we used the Kruskal-Wallis test followed by the post hoc test of multiple comparisons of Dunn. It was observed that there was no significant difference between the genders for the marks awarded to the team (NE), personal note (NP) and average TCI. To the age, was observed a difference between the NE ($p = 0.0138$) and NP ($p = 0.0210$), where the professionals of up to 30 years old, who attributed the lower average scores (186.11 and 184.76 respectively). For the work of time variable in the team observed a significant difference in NP ($p = 0.0030$), with lower scores assigned by professionals with up to one year in teams (186.65). It concludes that younger professionals or with less acting time tend to assign lower grades for the work of their teams, and for themselves.

Keywords: Family Health Strategy; Job. Health Teams.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar si las variables sexo, edad y tiempo de actuación influyen en la percepción de los profesionales sobre el trabajo en equipo en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Se trata de un estudio transversal no probabilístico, realizado con 458 profesionales pertenecientes a los 72 equipos de la ESF ubicados en las 34 unidades básicas de un municipio del noroeste de Paraná. Los datos se recolectaron en el período de marzo a julio de 2016 con levantamiento de datos sociodemográfico, aplicación de la Escala de Clima en el Equipo y dos cuestionamientos: "¿Cual evaluación usted daría a su equipo de la ESF relativo al trabajo en equipo?" y "¿Cual evaluación usted daría a usted mismo como miembro de su equipo de trabajo?". En la asociación entre los resultados y las distintas variables fue utilizado el test de Kruskal-Wallis seguido del test *post hoc* de comparaciones múltiples de Dunn. Se observó que no hubo diferencia significativa entre los sexos para las evaluaciones atribuidas al equipo (NE), evaluación personal (NP) y promedio de la ECE. A respecto a la edad se evidenció diferencia entre las NE ($p=0,0138$) y NP ($p=0,0210$), siendo los profesionales con hasta 30 años los que atribuyeron los más bajos escores medios (186,11 y 184,76 respectivamente). Para la variable tiempo de actuación en el equipo se observó diferencia significativa en la NP ($p=0,0030$), siendo los más bajos escores atribuidos por profesionales con hasta un año en las equipos (186,65). Se concluye que los profesionales más jóvenes o con menos tiempo de actuación tienden a atribuir más bajos escores para el trabajo de sus equipos, así como para el propio desempeño.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia. Trabajo. Equipos de salud.

INTRODUÇÃO

As relações interpessoais estão presentes em todas as esferas da vida humana e a rotina é marcada pela vida em grupo. Os indivíduos estão constantemente se relacionando com outras pessoas, seja no âmbito da família, do trabalho, de grupos sociais e de amizade, de grupos religiosos ou da comunidade (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾.

No ambiente de trabalho é comum que os indivíduos se organizem em equipes corporativas. O trabalho em equipe está relacionado à idealização coletiva de um objetivo ou meta em comum, que necessita da participação de todos os seus membros para alcançá-lo. Para que haja a consolidação das equipes alguns aspectos devem ser contemplados, como a união entre os envolvidos e a construção de relações baseadas em confiança e respeito (SILVA; MOREIRA, 2015)⁽²⁾.

O trabalho em equipe não é realizado apenas por um grupo de profissionais distintos em um mesmo ambiente corporativo, é necessário que haja colaboração entre seus membros, que exista troca de saberes e complementaridade nas atividades (SILVA; MOREIRA, 2015)⁽²⁾. A colaboração interprofissional e multiprofissional representa aspecto ímpar na realização de melhorias na qualidade da assistência oferecida ao paciente (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015)⁽³⁾.

Trabalhar em equipe pressupõe ainda relações que promovam a colaboração e a comunicação não somente na esfera pessoal, mas também com intuito de contribuir para o auxílio mútuo no desenvolvimento do trabalho, pautando-se em relações dialógicas e horizontalizadas (SILVA; MOREIRA, 2015)⁽²⁾.

O trabalho em equipe é movido por relações interpessoais assertivas, que além da comunicação e do respeito, exigem coordenação e experiência de seus participantes. O compartilhamento de informações, a comunicação eficaz, as atribuições profissionais bem definidas e valores comuns são aspectos essenciais para o desenvolvimento de práticas interprofissionais (VALENTINE; NEMBHARD; EDMONDSON, 2015; TUBBESING; CHEN, 2015)⁽⁴⁻⁵⁾.

Para que o trabalho em equipe aconteça é fundamental que, além do interesse e disponibilidade dos envolvidos, os aspectos organizacionais e gerenciais estejam coerentes e consonantes à proposta de se trabalhar em equipe. Sendo assim, a gestão de pessoas deve estar alinhada aos pressupostos do trabalho em (GOULART; CAMELO; SIMÕES;

CHAVES, 2016)⁽⁶⁾.

Pensando nos aspectos positivos da discussão desta temática no cenário da Atenção Primária, definiu-se como objetivo do estudo identificar se as variáveis: sexo, idade e tempo de atuação influenciam na percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal não probabilístico, de natureza quantitativa. Os dados foram coletados entre os meses de março a julho de 2016 nas 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de médio porte no noroeste do Paraná, Brasil.

O primeiro contato foi realizado por intermédio dos diretores das unidades de saúde, e após agendamento prévio, o convite foi realizado a todos os profissionais atuantes nas 74 equipes da ESF do município presentes no momento da coleta. Porém, fizeram parte da população investigada profissionais atuantes em 72 equipes, totalizando 458 indivíduos, dentre eles enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem e de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Foram excluídos do estudo indivíduos que possuíam tempo de atuação inferior a um mês.

Duas equipes optaram por não participarem do estudo, além de outras 12 recusas individuais, 33 profissionais que estavam de férias, 39 em atestado médico, 9 licenças médica ou maternidade, 10 que faltaram e 12 ACS que pertenciam a zonas rurais.

Os dados foram coletados com uso de questionário autoaplicável em ambiente reservado dentro da UBS e durante o turno de trabalho dos profissionais. Após explicação dos objetivos e metodologia do estudo, todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Além de um questionário elaborado pelos autores para caracterização da população entrevistada, foi aplicado o Escala de Clima na Equipe (ECE), que tem como propósito avaliar o clima em grupos proximais de trabalho. Por fim os participantes também responderam dois questionamentos: “Qual nota você daria para sua equipe da ESF quanto ao trabalho em equipe?” e “Qual nota você se daria quanto membro de sua equipe de trabalho?”.

O TCI foi elaborado pelos ingleses Michel A. West e Neil R. Anderson, e traduzido

para o português como Escala de Clima na Equipe (ECE) (SILVA, 2014)⁽⁷⁾. O instrumento conta com 38 itens com respostas em forma de escala do tipo *Likert* subdivididos em quatro módulos: participação na equipe (12 a 60 pontos); objetivos da equipe (8 a 40 pontos); apoio para ideias novas (11 a 77 pontos); e orientação para as tarefas (11 a 49 pontos). O escore total varia de 38 a 226 pontos

Para testar a diferença entre as notas atribuídas por indivíduos do sexo feminino e masculino foi aplicado o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, com aproximação para a Distribuição Normal (Z). Para comparar as diferenças de notas, por idade e tempo de atuação na equipe, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (KW), análise de variância para amostras independentes, com aproximação Qui-quadrado, seguida do teste de comparações múltiplas *post hoc* de Dunn. A decisão de se rejeitar a H_0 ou não, foi tomada considerando-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), ou seja, p-valor menor que 0,05. Todos os testes foram unicaudais. Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) (STOKES; DAVIS; KOCH, 2000)⁽⁸⁾, a partir de um banco de dados construído por meio do aplicativo Excel.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos de uma universidade pública brasileira (CAAE: 50482615.4.0000.0104).

RESULTADOS

Dos 458 profissionais em estudo, a maioria era do sexo feminino (88,65%). A idade média dos participantes foi de 41,84 anos, com variação entre 18 e 73 anos. O tempo médio na profissão foi de nove anos, variando entre um mês a 48 anos e o tempo de atuação na mesma equipe da ESF variou entre um mês e 21,33 anos, com média de 5,52 anos.

A população de estudo foi composta por 57 enfermeiros (12,44%), 37 médicos (8,07%), 20 dentistas (4,36%), 47 auxiliares/técnicos de enfermagem (10,26%), 19 auxiliares/técnicos de saúde bucal (4,14%), e 278 ACS (60,69%). Das 72 equipes que participaram da pesquisa, 22 possuíam a saúde bucal integrada à ESF e cinco delas estavam sem a presença do médico há um ou dois meses.

A média da nota atribuída à equipe (NE) quanto ao trabalho em equipe na ESF foi

8,48, sendo a menor nota 3 e a maior nota 10. Já a nota média atribuída a si mesmo (NP) em relação ao trabalho em equipe foi de 8,41 com variação entre 5 e 10.

Apesar das mulheres terem atribuído melhores resultados na NE (221,65) e NP (220,06) foram os homens que melhor pontuaram na ECE (242,45), conforme os dados. Apesar deste achado, não foi encontrada diferença significativa entre o sexo feminino e o masculino (Tabela 1).

Tabela 1–Diferença entre a Nota da Equipe, a Nota Pessoal e a média da Escala de Clima na Equipe (ECE), por sexo. Maringá - PR, 2016.

| | Feminino | | Masculino | | P-valor |
|----------------------------------|----------|--------------|-----------|--------------|---------|
| | Mediana | Escore Médio | Mediana | Escore Médio | |
| Nota da Equipe | 9,00 | 221,65 | 8,75 | 220,33 | 0,4720 |
| Nota Pessoal | 8,00 | 220,06 | 8,00 | 215,13 | 0,3939 |
| Escala de Clima na Equipe | 7,95 | 227,84 | 8,05 | 242,45 | 0,2270 |

Fonte: Autora, 2016.

Em relação à idade não foi encontrada diferença significativa entre os grupos etários quando analisada a ECE ($p=0,3839$). Já para NE ($p=0,0138^*$) e NP ($p=0,0210^*$) foi encontrada diferença significativa. Dentre os grupos, os profissionais com idade até 30 anos foram os que atribuíram as menores notas, tanto para NE (186,11^a) quanto para a NP (184,76^a) (Tabela 2).

Tabela 2 –Comparação da diferença entre a Nota da Equipe, Nota Pessoal e as médias da Escala de Clima na Equipe, por idade. Maringá - PR, 2016.

| | Até 30 anos | | 31 a 50 anos | | Acima de 50 anos | | P-valor |
|----------------------------------|-------------|---------------------|--------------|---------------------|------------------|---------------------|---------|
| | Mediana | Escore Médio | Mediana | Escore Médio | Mediana | Escore Médio | |
| Nota da Equipe | 8,00 | 186,11 ^a | 9,00 | 232,97 ^b | 8,00 | 217,89 ^b | 0,0138* |
| Nota Pessoal | 8,00 | 184,76 ^a | 8,50 | 224,34 ^b | 9,00 | 232,99 ^b | 0,0210* |
| Escala de Clima na Equipe | 7,99 | 214,04 | 7,98 | 235,66 | 7,90 | 224,65 | 0,3839 |

Fonte: Autora, 2016. *Significativo ao nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

A variável: tempo de atuação na equipe, também foi correlacionada; porém, foi encontrada diferença significativa somente para a NP ($p=0,0030$), sendo os profissionais com atuação até um ano nas equipes da ESF os que atribuíram as menores notas (186,65^a) (Tabela 3).

Tabela 3 –Comparação da diferença entre a Nota da Equipe, Nota Pessoal e as medias da Escala de Clima na Equipe, por tempo de atuação na equipe. Maringá - PR, 2016.

| | Até 1 ano | | 1 a 5 anos | | Acima de 5 anos | | P-valor |
|----------------------------------|-----------|---------------------|------------|---------------------|-----------------|---------------------|---------|
| | Mediana | Escore Médio | Mediana | Escore Médio | Mediana | Escore Médio | |
| Nota da Equipe | 8,00 | 202,26 | 9,00 | 227,55 | 9,00 | 226,11 | 0,2311 |
| Nota Pessoal | 8,00 | 186,65 ^a | 8,00 | 215,99 ^b | 9,00 | 238,80 ^b | 0,0030* |
| Escala de Clima na Equipe | 7,72 | 201,10 | 8,05 | 233,76 | 8,01 | 240,13 | 0,0708 |

Fonte: Autora, 2016. *Significativo ao nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Os números marcados com a mesma letra não diferem ente si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

DISCUSSÃO

Embora os dados desta pesquisa não tenham evidenciado diferenças representativas ao contexto do trabalho em equipe na perspectiva de homens e mulheres, vale ressaltar a importância de se discutir gênero, uma vez que são grupos com características distintas em um mesmo ambiente corporativo, e que historicamente foram moldados por exigências da sociedade ao longo dos anos.

Historicamente a mulher, nos mais diferentes modelos de produção, tem sua atividade vinculada à esfera privada ou doméstica. Esta divisão do trabalho entre os sexos contribuiu para que ficasse a cargo delas a responsabilidade pela manutenção da vida imediata, a alimentação de sua família, a reprodução, os cuidados e a educação dos filhos, vestimentas e organização do lar. As mulheres, no campo da sociologia do trabalho, eram compreendidas, na maioria das vezes, fora do domínio da produção, estando vinculadas apenas ao papel no âmbito doméstico, importantes para a recuperação e reprodução da força de trabalho (DURAO; MENEZES, 2016)⁽⁹⁾.

O fato da mulher, em sua grande maioria, exercer papel importante na realização das atividades domésticas em sua família contribui para limitações em sua participação no mercado de trabalho. Elas acabam usando o tempo de maneira sobreposta, dividindo-se entre funções que se conflitam, de um lado os ponteiros do relógio e do outro o cumprimento das exigências sociais imersas nas dificuldades da sobrecarga da dupla jornada (DEDECCA; RIBEIRO; ISHII, 2009)⁽¹⁰⁾.

No contexto dos trabalhadores da saúde, estudo que tratou das relações saúde-trabalho na perspectiva dos gêneros revelou que as mulheres possuem caráter obrigatório no

cuidado da casa e dos filhos, mesmo após trabalharem em plantões noturnos, culminando em acúmulo de trabalhos. Já para os homens a prioridade é dormir, mesmo nas mesmas condições de trabalho (BRITO; NEVES; OLIVEIRA; ROTENBERG, 2012)⁽¹¹⁾.

Apesar de a mulher ser diferente do homem na maneira de trabalhar, por possuir características que podem contribuir no âmbito profissional, como ser sensível, delicada e caprichosa, ela ainda enfrenta desafios. Geralmente possuem remuneração inferior ao homem, na maioria das vezes não ocupam cargos de chefia ou autoridade nas empresas e, constantemente são discriminadas engravidarem (ROCHA-COUTINHO, 2003)⁽¹²⁾.

Uma pesquisa realizada em Brasília, com 146 profissionais de sete equipes gerenciadas por mulheres, apontou que a estratégia de gestão delas estava pautada nas relações pessoais, baseadas no respeito aos indivíduos e na preocupação com a qualidade do trabalho. Um estilo de gerenciamento interativo, com enfoque na capacidade de promover a inclusão, característico das formas de redes planas de gestão (MOURÃO; GALINKIN, 2008)⁽¹³⁾.

Uma outra pesquisa realizada com gerentes que ocupam posições na alta hierarquia, evidenciou que as gestoras afirmam existir uma maneira feminina de gerenciar, direcionada para o trabalho em equipe e caracterizada pela preocupação com o outro. Essas gerentes reconhecem a transposição para o ambiente de trabalho de um aprendizado construído no lar, por meio da administração doméstica, na qualidade de negociadoras das relações familiares e gestoras de múltiplas funções como mães, esposas, filhas e patroas (FONTENELE-MOURÃO, 2006)⁽¹⁴⁾.

O comportamento masculino por sua vez é motivado pelo desejo em dominar e por padrões internos de excelência. O comportamento feminino, em contrapartida, é motivado pela necessidade de afiliação e reconhecimento social, reproduzindo os estereótipos culturais de feminilidade e masculinidade (MOURÃO; GALINKIN, 2008)⁽¹³⁾.

Ainda sobre os dados da Tabela 1, chama a atenção o fato de ambos os sexos avaliarem suas equipes com melhores notas (feminino=221,65 e masculino=220,33), do que as atribuídas a si (feminino=220,06 e masculino=215,13). No momento da coleta de dados observou-se a dificuldade dos participantes em atribuir notas para o próprio desempenho, pelo receio de se passarem por presunçosos, o que não foi observado quando atribuíram notas aos colegas de trabalho.

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital universitário

no norte do Paraná demonstrou que apesar da maioria dos entrevistados estarem satisfeitos com a avaliação de desempenho utilizada pela instituição, uma parte importante deles acreditava que um dos aspectos negativos dessa ferramenta era a avaliação entre pares (colegas de trabalho). Esta pode exaltar as relações de poder presentes nas equipes, e de insatisfação de alguns trabalhadores (ANO; VANNUCHI; HADDAD; PISSINATI, 2015)⁽¹⁵⁾.

Apesar da possibilidade de causar descontentamento, a avaliação entre pares representa uma importante ferramenta gerencial, no sentido de permitir análise ampliada do desempenho do profissional por diferentes ângulos. A avaliação realizada por membros de uma mesma equipe de trabalho auxilia também no compartilhamento de boas práticas entre os profissionais e no crescimento de todos os envolvidos (CISIC; FRANCOVIC, 2015)⁽¹⁶⁾.

Dentre as variáveis analisadas, a idade foi a que obteve maior diferença significativa entre seus grupos (Tabela-1). Acredita-se que esta perspectiva se deve ao fato de as gerações possuírem peculiaridades, o que de certo modo influencia o processo de trabalho e como os indivíduos o percebem.

Atualmente diferentes gerações estão convivendo nas mesmas organizações ou ambientes de trabalho. Esta questão não é novidade no cenário corporativo, entretanto o que tem chamado a atenção nesta convivência de gerações é o fato delas possuírem características tão diferentes. Essas características estão associadas ao contexto social e histórico em que os indivíduos se relacionam, vivem ou aprendem (COMAZZETTO; VASCONCELLOS; PERRONE; GONÇALVES, 2016)⁽¹⁷⁾.

As gerações são usualmente divididas a partir do ano em que os indivíduos nasceram e, apesar de possuírem outros recortes, apenas três serão abordadas neste estudo, de modo que a primeira faixa etária pertence a geração *Baby Boomer*, nascidos entre 1945 a 1964; a segunda é a geração X (1965 a 1981); e a terceira é a geração Y (1982 a 2003) (WASHBURN, 2000)⁽¹⁸⁾.

A geração *baby boomer*, representada por pessoas com mais de 50 anos foi a que melhor se auto avaliou (NP=232,99^b). Seus membros são caracterizados como moralistas, porém não aceitam que o autoritarismo ou princípios institucionais sobressaiam sobre a moral ou a ética. Eles não sacrificam prazeres pessoais em prol do grupo, sendo assim são individualistas. No ambiente de trabalho valorizam o *status* e o crescimento profissional; constroem alianças para alcançarem seus objetivos. Geralmente são funcionários fiéis às

organizações em que trabalham e fazem vínculo com suas empresas (WASHBURN, 2000)⁽¹⁸⁾.

Embora com o passar dos anos os profissionais tendem a se sentir menos motivados com o trabalho, de tal modo que este passa a constituir fonte de insatisfação à medida que o indivíduo envelhece (RODRIGUES; BRETAS, 2015)⁽¹⁹⁾. Isto aparentemente não influencia na percepção de seu desempenho quanto ao trabalho em equipe, pois os profissionais mais antigos atribuíram as melhores NP.

Os indivíduos com idade entre 31 e 50 anos, pertencentes a geração X atribuíram a melhor NE (232,97^b) e a melhor média na ECE (235,66). Esta geração valoriza mais as relações familiares e de amizade, e menos o materialismo. Trabalham com entusiasmo quando possuem objetivo bem definido. São informais, priorizam interesses pessoais e não se fidelizam as organizações (WASHBURN, 2000)⁽¹⁸⁾.

Já a geração Y, os mais jovens no mercado de trabalho atribuíram as menores NE (186,11^a), NP (184,76^a) e média na ECE (214,04). Esta geração cresceu em meio tecnológico, continuamente com computadores e programas de mensagens instantâneas. São extremamente informais mesmo no ambiente de trabalho, agitados, ansiosos, impacientes e imediatistas. Devido a relação aberta com o país percebem a autoridade de maneira indiferente. Respeitam e admiram a competência real e não a hierarquia. É uma geração “prepotente” ou “autossuficiente”, se transformam em chefes ou líderes de equipes rapidamente, além de serem contestadores de tudo que existe ou que se diz. São dependentes de *feedback* constantemente, seja de superiores ou pares (WASHBURN, 2000)⁽¹⁸⁾.

Ainda no que diz respeito ao conflito de gerações no mercado de trabalho, estudos apontam forte associação do fator psicossocial de *burnout* entre profissionais mais jovens, por executarem o trabalho rigoroso, e entre os papéis de chefia, pela exigência inerente ao cargo que ocupam. Em geral, os profissionais mais novos são mais tolerantes quando comparados com os mais velhos. Porém, são os trabalhadores mais jovens que relatam experiências mais estressantes relacionadas ao excesso de trabalho, carreira profissional e remuneração (GOMES et al., 2015)⁽²⁰⁾.

O fato dos profissionais mais jovens atribuírem menores notas, tanto para NE quanto para NP, pode ser reflexo de um período de exigências e cobranças no ambiente de trabalho, além de acúmulo de atividades, justamente por serem mais jovens e ativos (GOMES et al., 2015)⁽²⁰⁾. Já a média da ECE pode estar associada ao fato de que para muitos desta geração

este é o primeiro emprego com atuação interdisciplinar, sendo assim, ainda estão desenvolvendo o senso crítico sobre o trabalho em equipe.

Apesar de não ter obtido diferença significativa, os profissionais mais novos nas equipes também atribuíram notas menores para NE (202,26) e na ECE (201,10). Os profissionais com atuação acima de cinco anos apresentaram o melhor escore médio para NP (238,80^b) e para a ECE (240,13). Já os entrevistados com tempo de atuação entre um e cinco anos deram as melhores notas para NE (227,55) (Tabela 3).

Todo profissional passa por etapas no processo de inserção a nova equipe de trabalho. Will Schutz (1974), em sua Teoria de Desenvolvimento de Grupo, diz que um grupo se organiza a partir de uma curva probabilística na qual são vivenciados os vínculos interpessoais em diferentes fases complementares e interdependentes: inclusão, controle, afeto e separação. O tempo de duração dessas etapas pode variar para cada indivíduo, de dias até meses, dependendo do comportamento de cada um dos envolvidos.

A primeira fase da inserção é a “inclusão”, onde se dá à interação com os demais membros da equipe. Nessa fase existe a preocupação dos indivíduos em se sentirem aceitos pelos outros, de perceberem que sua presença no grupo é de interesse para os demais participantes. Geralmente tendem a ser mais observadores e não farão nada que não venha da voz comum até a etapa de inclusão estar concluída. Porém, algumas pessoas também podem tentar marcar espaço, e para serem notadas são capazes inclusive de comportamentos destoantes (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾.

Apesar de não haver muitas pesquisas que relacionem a influência do tempo de atuação sobre a percepção do trabalho em equipe, acredita-se que uma justificativa para a insatisfação quanto ao trabalho em equipe dos profissionais com menor tempo de atuação, NE (202,26) e ECE (201,10), se deva ao fato de estarem constantemente em situações de estresse no ambiente corporativo (GOMES et al., 2015)⁽²⁰⁾, seja pela sobrecarga de trabalho ao tentarem compreender o processo de trabalho ou na busca por aceitação dos colegas (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾.

Porém também foram eles os profissionais que atribuíram as menores notas para NP (186,65^a) altamente significativas ($p=0,0030^*$). Talvez a explicação da auto avaliação ruim esteja no fato de ainda não se sentirem preparados para contribuir como os demais membros, uma vez que eles são relativamente novos e estão em fase de apropriação da rotina e inserção nas equipes. Apesar de atribuírem NE inferior em relação aos demais grupos, a

NP foi ainda menor, ou seja, avaliam o trabalho da equipe como um todo melhor do que o realizado por eles.

A socialização organizacional, ou integração, no momento que o profissional é inserido no ambiente de trabalho visa contribuir na compreensão de aspectos sociais, técnicos e culturais de seu novo local de atuação (SILVA, 2014b)⁽²¹⁾. Para tanto, a instituição precisa socializar e integrar os novos colaboradores ao modelo de trabalho desejado, criando um ambiente agradável e acolhedor, principalmente na fase inicial do emprego. Já na recepção destes profissionais, deve deixar claro informações básicas sobre a estrutura organizacional, a missão, a visão, os valores, e as atribuições da empresa (SILVA, 2014b)⁽²¹⁾.

A segunda fase de inserção e adaptação é o “controle”; é nela que se estabelecem as relações de mando e autoridade, onde se percebe quem assume qual papel. É nesse momento que emergem os líderes, os rebeldes, os brincalhões, os seguidores, entre outros papéis. Começa a haver uma competição por lideranças, discussões e formulação de normas de conduta dentro do grupo. Com o jogo de poder cada membro busca atingir um lugar que agrade suas necessidades de controle e influência (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾.

A fase de “abertura” ou “afeto” é a fase de confidências e de aceitação. Neste momento os membros já se sentem à vontade para discordar, expor seus pontos de vistas, sair da zona de conforto. Por último a fase da “separação”, onde predomina a interdependência, é facilmente almejada, porém difícil de ser conquistada. Por meio dela é possível observar o nível de maturidade grupal, as evidências de melhoria nos relacionamentos interpessoais, o comprometimento dos membros com as tarefas e a produtividade (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾.

Quando as equipes estão nas fases de “abertura” ou “separação” tendem a estabelecer relações mais harmoniosas, aceitam melhor as interferências, assim como também se posicionam (SCHUTZ, 1974)⁽¹⁾. Isso talvez explique o fato dos profissionais com atuação entre um a cinco anos atribuírem melhores notas para NE (227,55), assim como os profissionais acima de cinco anos atribuírem melhores NP (238,80^b) e média na ECE (240,13).

Discutir sobre o processo de trabalho não é tarefa fácil, pois no contexto da saúde em especial, o trabalho em equipe exige interação e integração entre as diferentes categorias profissionais. Essa integração pressupõe adesão ativa dos profissionais, sejam os mais novos ou os mais velhos, ancorada na colaboração mútua e contribuição dos colegas para além das

atribuições mínimas esperadas no trabalho (ALEXANIAN; KITTO; RAK; REEVES, 2015; MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013)⁽²²⁻²³⁾.

Destarte, os trabalhadores da saúde, em especial da ESF, devem compreender que a prática colaborativa facilita o trabalho em equipe e conseqüentemente contribui para o fornecimento de melhorias nas interações profissionais, assim como na assistência à saúde na comunidade (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2015)⁽²⁴⁾. Valorizar um bom relacionamento interpessoal dentro da equipe influenciará em todo o processo de trabalho, bem como os resultados do mesmo, e por conseqüência a qualidade dos serviços oferecidos.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados mostram que embora as mulheres tenham atribuído melhores notas para suas equipes e para seu próprio desempenho, foram os homens que avaliaram melhor suas equipes a partir do instrumento ECE. Apesar deste achado, e de haver inúmeras diferenças entre as percepções de trabalho, até mesmo oriundas de processos históricos e sociais entre homens e mulheres, as diferenças não foram significativas.

Embora a ECE (Escala de Clima na Equipe) constituía ferramenta bastante utilizada para avaliação do clima de trabalho nas equipes, ele não se mostrou significativamente diferente entre os grupos. Sendo assim, pode-se concluir que de acordo com a ECE características como sexo, idade e tempo de atuação não influenciam a percepção de funcionários da ESF a respeito do trabalho em equipe.

Quanto à variável idade, pode-se observar que ela exerceu influência sobre a NE e NP. Os profissionais mais jovens foram os que se mostraram menos satisfeitos com o trabalho realizado por eles e suas equipes. Já em relação ao tempo de atuação na equipe, os indivíduos com atuação de até um ano, que por muitas vezes também são os mais jovens, atribuíram as menores NP.

Acredita-se que existe a necessidade de se refletir mais sobre as relações corporativas, com vistas a estabelecer estratégias de enfrentamento que possam minimizar os efeitos causadores de sofrimento no ambiente de trabalho.

Constituíram limitações do estudo o fato do trabalho em equipe e suas características serem pouco abordadas na literatura, dificultando que os resultados encontrados fossem melhor discutidos e ainda o fato de os dados terem sido coletados durante o turno de trabalho,

porém esta foi uma estratégia que facilitou sobremaneira a abordagem dos participantes.

REFERÊNCIAS

1. Schutz WC. O prazer - expansão da consciência humana. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
2. Silva SEM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3033-42.
3. Morgan S, Pullon S, Mc Kinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30.
4. Valentine MA, Nembhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Medical Care*. 2015; 53(4):16-e30.
5. Tubbesing G, Chen FM. Insights from exemplar practices on achieving organizational structures in primary care. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(2):190-4.
6. Goulart BF, Camelo SHH, Simões ALA, Chaves LDP. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):479-486.
7. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); 2014.
8. Stokes ME, Davis CS, Koch GG. Categorical data analysis using SAS system. 2ª edição. Cary: Statistical Analysis System Institute; 2000.
9. Duraó AVR, Menezes CAF. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do rio de janeiro. *Trab educ saúde*. 2016;14(2):355-376.
10. Dedecca CS, Ribeiro CSMF, Ishii FH. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. *Trab Educ Saúde*. 2009;7(1):65-90, mar./jun. 2009.
11. Brito JC, Neves MY, Oliveira SS, Rotenberg LS. Subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. *Rev bras saúde ocup*. 2012;37(126):316-329.

12. Rocha-Coutinho ML. Quando o executivo é uma “dama”: a mulher, a carreira e as relações familiares. In: Carneiro TF. Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio/São Paulo: Loyola; 2003. p. 57-78.
13. Mourão TMF, Galinkin AL. Equipes Gerenciadas por Mulheres - Representações Sociais Sobre Gerenciamento Feminino. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008;21(1):91-99.
14. Fontenele-Mourão TM. Mulheres no topo de carreira: Flexibilidade e persistência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
15. Ano VM, Vannuchi MTO, Haddad MCFL, Pissinati PSC. Avaliação de desempenho na opinião da equipe de enfermagem de hospital universitário público. *Cienc Cuid Saude* 2015, out/dez;14(4):1403-1410.
16. Cistic RS, Francovic S. Using nursing peer review for quality improvement and professional development with focus on standards of professional performance. *Nursing Health*. 2015; 3(5):103-9.
17. Comazzetto LR, Vasconcellos SJL, Perrone CM, Gonçalves J . A Geração Y no Mercado de Trabalho: um Estudo Comparativo entre Gerações. *Psicolcienc prof*. 2016, jan./mar;36(1).
18. Washburn ETR. Physician executive.2000, jan/fev; 6(1):112-124.
19. Rodrigues MR, Bretas ACP. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da area de enfermagem. *Trab educ saude*. 2015, abr; 13(2):343-360.
20. Gomes A, Bem-haja P, Alberty A, Brito-costa S, Fernández MIR, Silva C, et al. Capacidade para o trabalho e fatores psicossociais de saúde mental: uma amostra de profissionais de saúde portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 2015;1(2):95-104.
21. Silva PA. Projeto de integração para novos funcionários da sede da autarquia hospitalar municipal. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Programa FGV in Company; 2014
22. Alexanian JA, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the team: understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Crit Care Med*. 2015;43(9):1880-6.
23. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2013;22(1):173-86.

24. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3063-72.

5.3 ESTUDO 3

O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE TEAMWORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMO

Objetivo: como é o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, realizada entre março a junho de 2016 com 447 profissionais atuantes nas equipes da ESF de um município no noroeste do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas e posteriormente submetidos a análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** foram evidenciadas quatro categorias empíricas: Trabalhar em equipe é trabalhar em conjunto; Características essenciais para o Trabalho em Equipe; O Trabalho em Equipe é produtivo e gratificante; e Perspectiva pessoal do trabalho em equipe. **Discussão:** o trabalho em equipe depende da participação de todos na busca por objetivos comuns e, por conseguinte, maior resolutividade e qualidade. **Conclusão:** para os profissionais, além do trabalho em conjunto outras características são essenciais, pois vão contribuir para a manutenção do bom relacionamento interpessoal e conseqüentemente maior harmonia na equipe.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: as teamwork from the professionals of the Family Health Strategy (FHS) understand as teamwork. **Method:** descriptive exploratory qualitative approach, conducted between March and June of 2016 with 447 professionals working in the FHS teams of a municipality in the northwest of Paraná. The data were collected through structured interviews and later submitted to the analysis of thematic-categorical content. **Results:** four empirical categories were evidenced: Working in a team is to work together; Essential characteristics for Teamwork; Teamwork is productive and rewarding; And Personal perspective of teamwork. **Discussion:** teamwork depends on the participation of all in the

pursuit of common goals and therefore greater resoluteness and quality. **Conclusion:** for professionals, in addition to working together other characteristics are essential, as they will contribute to the maintenance of good interpersonal relationships and consequently greater harmony in the team.

Keywords: Patient Care Team; Family Health Strategy; Interpersonal Relations.

RESUMEN

Objetivo: a medida que el trabajo en equipo en la perspectiva de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Método:** investigación exploratoria descriptiva de abordaje cualitativo, realizada entre marzo a junio de 2016 con 447 profesionales actuantes en los equipos de la ESF de un municipio en el noroeste de Paraná. Se recolectados los datos por intermedio de entrevistas estructuradas y posteriormente sometidos a análisis de contenido temático-categorial. **Resultados:** se evidenciaron cuatro categorías empíricas: Trabajar en equipo es trabajar en conjunto; Características esenciales para el Trabajo en Equipo; El Trabajo en Equipo es productivo y gratificante; y Perspectiva personal del trabajo en equipo. **Discusión:** el trabajo en equipo depende de la participación de todos en la búsqueda por objetivos comunes y por consiguiente más referencia y calidad. **Conclusión:** para los profesionales, además del trabajo en conjunto otras características son esenciales, pues van a contribuir para la manutención del buen relacionamiento interpersonal y consecuentemente más armonía en el equipo.

Palabras clave: Equipo de Asistencia al Paciente. Estrategia Salud de la Familia. Relaciones Interpersonales.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde o objeto do trabalho tem várias dimensões, por tratar de questões que vão além do palpável, como aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Em contrapartida o processo de trabalho se funde em uma inter-relação pessoal grande, por não depender prioritariamente de coisas ou objetos, e sim de pessoas (PEDUZZI, 2000)⁽¹⁾.

O trabalho em equipe, por sua vez, vincula-se ao conceito de processo de trabalho, e vêm, assim, sofrendo modificações ao longo do tempo, oriundas das transformações nas características do trabalho, diferenciando-se pela relação mútua entre as dimensões complementares de trabalho e a interação entre seus membros. O trabalho em equipe é a maneira eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das competências humanas

e possibilita uma perspectiva coletiva do trabalho (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013)⁽²⁾.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país e suas características, bem como as modificações nas necessidades de saúde da população, trouxeram à tona a necessidade de discussão e ampliação de debates sobre a atuação dos profissionais para a realização de um trabalho em equipe interprofissional (PEDUZZI et al., 2013)⁽³⁾.

Pensar no trabalho em equipe como uma diretriz imposta pelo sistema contribui para a involução das conquistas na gestão do modelo de saúde. A idealização do trabalho em equipe no contexto do SUS requer comunicação, interação, compartilhamento de tarefas, cooperação para alcançar objetivos comuns e a capacidade para colocar-se no lugar do outro, com o intuito de entender as diferentes especificidades de cada indivíduo (DUARTE; BOECK, 2015)⁽⁴⁾.

Apesar da necessidade de incorporação de práticas embasadas na ideia de coletivo, integração e cooperação entre os envolvidos, a atuação dos profissionais de saúde tende a acontecer de maneira fragmentada e desvinculada de uma abordagem integral, que abranja as diferentes dimensões de saúde dos usuários e da população como um todo (PEDUZZI et al., 2013)⁽³⁾.

No cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) o trabalho em equipe representa uma característica de grande destaque e constitui um dos pressupostos mais importantes para a organização e continuidade do processo de trabalho das equipes. Para isso, a interação e o conhecimento entre seus membros são indispensáveis para que possa haver respeito das individualidades de cada um dentro do seu núcleo de saber (BORNSTEIN; DAVID, 2014)⁽⁵⁾.

Neste cenário, a concepção de trabalho em equipe está associada à multiprofissionalidade na lógica interdisciplinar. Assim, a troca de saberes entre os seus membros constitui mecanismo para efetivar as ações de saúde, para o compartilhamento de metas e objetivos, decisões e incumbências, respeito e valorização do trabalho do outro, além da divisão de tarefas (JACOWSKI et al., 2016)⁽⁶⁾.

Considerando o panorama exposto entorno da temática, o objetivo do estudo foi como é o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo, realizada em um município no noroeste do Paraná, região sul do Brasil, o qual possui 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 74 equipes da ESF. Os dados foram coletados entre março a junho de 2016.

Os participantes do estudo foram 447 profissionais, dentre enfermeiros, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal.

Foi realizado contato prévio e agendamento com os diretores das UBS e posteriormente foram convidados todos os profissionais da ESF por meio do contato direto. Foram excluídos da pesquisa os participantes que atuavam há menos de um mês nas equipes. Depois da anuência de todos os envolvidos e explanação geral dos objetivos do estudo os interessados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Os dados foram coletados por meio de questionário auto-aplicável, constituído de questões relacionadas à caracterização sócio-demográfica dos participantes e três questões abertas que abordaram a temática investigada: “O que é trabalho em equipe para você?; Quais são as características do trabalho em equipe?; e Você gosta de trabalhar em equipe? Por que?” As respostas dos participantes foram registradas manualmente, transcritas para o banco de dados da pesquisa e posteriormente submetidos a análise de conteúdo temático-categorial (BARDIN, 2011)⁽⁷⁾. Por meio desta técnica o material discursivo, após realização da leitura flutuante, foi transformado sistematicamente e agregado em unidades menores, as unidades de registro, que por sua vez foram agrupadas de acordo com sua similaridade e deram origem às unidades de significação (temas). Por fim, os temas foram quantificados, de acordo com sua frequência simples, e reagrupados de modo a formar as categorias, prontas para serem interpretadas e discutidas (OLIVEIRA, 2008)⁽⁸⁾.

Para ilustrar a discussão e preservar o anonimato dos participantes os trechos das falas foram codificados utilizando a categoria profissional seguida pelo tempo de atuação na equipe da ESF em meses (m) ou anos (a) (ex.: Enfermeira-5m; Médico-2a).

O estudo seguiu os preceitos éticos vigentes na Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos de uma universidade pública brasileira (CAAE: 50482615.4.0000.0104).

RESULTADOS

Os participantes do estudo tinham idade entre 18 e 73 anos, a maioria era do sexo feminino (88,36%) e tempo de atuação na equipe foi de um mês a 21 anos. Fizeram parte da pesquisa 270 ACS, 18 auxiliares de saúde bucal, 20 dentistas, 57 enfermeiros, 35 médicos e 47 auxiliares de enfermagem, totalizando 447 profissionais.

A partir da análise de conteúdo temático-categorial emergiram quatro categorias empíricas dos discursos manifestados: 1 - Trabalho em conjunto; 2 - Características essenciais para o Trabalho em Equipe; 3 - O Trabalho em Equipe contribui; e 4 - Trabalhar em equipe (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias identificadas a partir da compreensão sobre Trabalho em Equipe dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2016. Maringá-Paraná.

| CATEGORIAS | TEMAS |
|--|---|
| 1 - Trabalhar em equipe é trabalhar em conjunto | - em prol dos mesmos objetivos (225) - com a participação de todos (81) |
| 2 - Características essenciais para o Trabalho em Equipe | - ajuda/apoio (199) - união (158) - respeito/ouvir (128) - espaço para ideias (119) - compartilhar (118) - comunicação (95) - companheirismo (54) |
| 3 - O Trabalho em Equipe é produtivo e gratificante | - melhores resultados (103) - resolução de problemas (40) - troca entre os membros (26) - mais qualidade (23) - crescimento (15) |
| 4 – Perspectiva pessoal do trabalho em equipe | - eu gosto (440) - só gosto às vezes (5) - eu não gosto (2) |

Fonte: Autora, 2016.

1. TRABALHAR EM EQUIPE É TRABALHAR EM CONJUNTO

Quando os profissionais foram questionados sobre o significado de trabalho em equipe afirmaram que seu conceito está intimamente associado ao trabalho em conjunto e a coletividade. Para os participantes, no cenário da ESF, o trabalho deve ser em prol dos mesmos objetivos (225 entrevistados) e envolver a participação de todos (81 entrevistados).

Nos discursos dos profissionais ficou evidente que apesar das diferentes categorias e competências a equipe deve trabalhar em conjunto visando metas e objetivos para alcançar melhores resultados, como pode ser vislumbrado nas falas a seguir:

Trabalho integrado de profissionais com diferentes funções, porém com o objetivo de resolver o mesmo problema. (Den-4m)

É um grupo de pessoas trabalhando em conjunto, sincronizado para o mesmo objetivo. (Enf-4m)

É o trabalho multidisciplinar capaz de realizar tarefas e metas comuns, a fim de atingir resultados favoráveis a todos os membros. (ACS-13a)

Para que os objetivos e metas da equipe sejam alcançados faz-se necessário a participação de todos os envolvidos no processo de trabalho, uma vez que cada membro exerce papel insubstituível na realização das tarefas. Os profissionais da ESF, por meio dos discursos, relatam a importância do trabalho em conjunto e da participação efetiva de todos:

Trabalhar juntos cada qual na sua função em busca de um bem comum para o grupo. (ASB-5m)

É a força de trabalho, pelo conjunto e participação de cada indivíduo, de profissionais multidisciplinares, é o envolvimento e a colaboração necessária/desenvolvimento e solução. (Enf-8a)

Só existe trabalho em equipe quando há participação efetiva de todos os membros da equipe. (Med-6a)

Os profissionais participantes conseguem perceber a necessidade de uma assistência que parte das discussões coletivas, das propostas elencadas pela equipe, em consenso, e com a participação de cada um de seus integrantes. Acreditam ainda, que o processo de trabalho depende da integração e interação dos indivíduos envolvidos e que os resultados alcançados pela equipe são a soma da atuação de todos.

2. CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Os entrevistados elencaram uma série de características necessárias para o bom andamento do trabalho em equipe na ESF, e as mais citadas foram: ajuda/apoio (199 Entrevistados), união (158 Entrevistados), respeito/ouvir (128 Entrevistados), espaço para ideias (119 Entrevistados), colaboração/cooperação (118 entrevistados), compartilhar (95 Entrevistados), comunicação (89 Entrevistados) e companheirismo (54 Entrevistados), expressos nos excertos a seguir:

Saber compartilhado, empatia, comunicação aberta, metas/objetivos definidos, apoio mútuo, respeito, liberdade de expressão entre os membros da equipe. (Enf-4a)

União, compreensão, comprometimento, amor, companheirismo. (ACS-3m)

Compartilhar as tarefas designadas para a equipe, sendo prestativo um com o outro sempre com responsabilidade e respeito. (ACS-7a)

Trabalhar sempre respeitando as ideias de cada membro para obter um bom resultado no final (Med-6a)

Cooperação, colaboração, ajuda, escuta, compartilhamento, trocas. (Den-8a)

Participar, compartilhamento de ideias, incentivo, ajuda mútua, colaborar uns com os outros, dialogo, atuação, ouvir. (ACS-12a)

Vale ressaltar ainda que a ajuda/apoio (199 Entrevistados) foi a característica mais referenciada pelos participantes, sinalizando para a necessidade do ser humano em buscar amparo em suas atividades, principalmente na complexidade da atenção em saúde, sentimento que pode não ser percebida em outros contextos:

O trabalho em equipe nos fornece segurança, me sinto mais segura! (ACS-12a)

3. O TRABALHO EM EQUIPE É PRODUTIVO E GRATIFICANTE

Os profissionais identificaram benefícios do trabalho em equipe para o desenvolvimento de suas atividades dentro da ESF e conseqüentemente para o desempenho na assistência oferecida à população. Os benefícios mais evidenciados foram: melhores resultados (103 entrevistados), resolução de problemas (40 entrevistados), troca entre os membros (26 entrevistados), mais qualidade (23 entrevistados) e crescimento (15 entrevistados).

O trabalho em equipe é essencial, pois possibilita troca de conhecimento e agilidade no desenvolvimento das atividades, obtendo melhores resultados. (Enf-2a)

Podemos nos desenvolver e resolvermos problemas que apenas uma pessoa não consegue resolver. (ACS-1a)

Acredito que trabalhar em equipe, nenhum membro fica sobrecarregado e as atividades são realizadas com mais qualidade e agilidade, pois temos mais pontos de vista, dado pelos membros, permitindo que o planejamento e execução sejam mais bem traçados para cada trabalho. (Enf-5a)

O trabalho em equipe é a melhor forma de crescimento pessoal e profissional. (Enf-3m)

O trabalho em equipe aumenta a produtividade e possibilita que os resultados sejam obtidos de forma mais rápida. (Den-4m)

4. PERSPECTIVA PESSOAL DO TRABALHO EM EQUIPE

Apesar da grande maioria dos participantes relatarem afinidade em trabalhar em equipe, alguns preferem trabalhar sozinhos (2 entrevistados), outros preferem trabalhar em equipe apenas às vezes (5 entrevistados) e alguns disseram que gostam desde que haja colaboração dos demais membros da equipe.

Gosto bastante, pois através desta forma de trabalho há um aumento da confiança no meu próprio trabalho, sabendo que a experiência do outro sempre será minha aliada para lidar com as adversidades. (ACS-6m)

O trabalho em equipe responsabiliza todos seus membros, portanto é gratificante o sucesso da equipe, pois todos foram responsáveis. Eu gosto de trabalhar em equipe desde o planejamento e ações em si, o mérito é de todos, bem como os 'fracassos' também. (Enf-3a)

Sim, vivemos em sociedade e sempre vamos precisar da ajuda das outras pessoas, que são e devem ser eficientes no que fazem para que assim haja harmonia eficiência no trabalho. O mais importante é o comprometimento o entendimento que cada membro é importante e necessário para a realização do trabalho. (Den-2a)

Apesar de alguns participantes se identificarem com o trabalho em equipe na ESF, bem como com os princípios do modelo em vigência, existem barreiras que contribuem para a desmotivação dos entrevistados, como o não comprometimento de todos com a equipe e suas atividades.

Gosto de trabalhar em equipe desde que todos colaborem a partir do momento que não tem colaboração entre os membros eu não gosto. (Med-11a)

Os trechos abaixo se referem a dois ACS que estão desgostosos com o processo de trabalho em suas equipes, o que os levam a nem sempre gostar de trabalhar em equipe, em especial por não se sentirem ouvidos.

Às vezes, porque nem sempre as opiniões são ouvidas e uma pessoa pode prejudicar o trabalho da equipe toda. (ACS-2a)

Estamos todos dispersos por vários desgastes: físico, emocional e financeiro. Há várias interferências que atingem diretamente a nossa produtividade. Quando mal conseguimos dar conta de uma tarefa, o sistema e a pressão das chefias jogam outras tarefas, sem ao menos questionar a nossa condição de dar conta. As avaliações semestrais são quase sempre injustas, avaliam o funcionário de acordo com a simpatia por determinado funcionário. (ACS-13a)

Além das dificuldades que surgiram nas falas de alguns entrevistados referentes ao processo de trabalho e as relações interpessoais envolvidas, dois profissionais relataram não

possuírem perfil para o trabalho em equipe, por preferirem trabalhar sozinhos:

Não muito, por gostar de trabalhar sozinho. (Med-2m)

Um precisa estar em sintonia com o outro, trabalhando para melhorar cada vez mais, sem desmotivar e incentivar aquele que está desmotivado. Ultimamente estou desmotivada com a equipe. (Med-1a)

DISCUSSÃO

Os achados neste estudo corroboram com a literatura sobre a temática, de modo que uma equipe pode ser entendida como um conjunto de indivíduos com um senso de identidade e que por meio da manutenção do equilíbrio coletivo dos diferentes comportamentos, busca alcançar resultados de interesse comum a todos os seus membros, em virtude da necessidade mútua de atingir objetivos e metas específicas (FIORELLI, 2000)⁽⁹⁾.

Os participantes deste estudo descreveram aspectos importantes da definição e compreensão do trabalho em equipe, que vão ao encontro do que se tem discutido sobre a temática. A partir do momento que as equipes compartilham objetivos, decisões e responsabilidades o trabalho em equipe excede a interação dinâmica entre os diferentes saberes. Assim, esta prática colabora para que todos possam contribuir para o processo de trabalho de acordo com sua formação profissional, abolindo a rigidez das especificidades profissionais (JACOWSKI et al., 2016)⁽⁶⁾.

Um estudo similar realizado em Londrina no Paraná, que buscou identificar o significado atribuído por profissionais da ESF sobre o trabalho em equipe, identificou que o mesmo é idealizado por meio da relação de ajuda entre seus membros, além de ser baseado no trabalho hierárquico, considerando relações de poder, além de coletivo (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013)⁽¹⁰⁾.

A definição de trabalho em equipe é complexa e pode ser construída de diferentes maneiras, como por exemplo, grupos que desempenham determinadas atividades sem haver necessariamente um objetivo, ou até mesmo relações interpessoais; grupo com um objetivo comum, porém que não se preocupa com os meios para alcançá-lo, ou se preocupa e o conquista de forma compartilhada. E por fim, uma equipe ainda pode ser formada pela união de pessoas com habilidades distintas e que se complementam em busca de um objetivo comum elaborado por todos, a partir de negociação e planejamento de trabalho (ARAÚJO;

ROCHA, 2007)⁽¹¹⁾.

O trabalho em equipe em si não é construído de maneira individualizada, depende da participação e interação de todos os seus membros. O exercício de expor os anseios e habilidades, potencialidades e fragilidades do grupo canaliza as energias para a busca da qualidade e interação no trabalho das equipes da ESF (DUARTE; BOECK, 2015)⁽⁴⁾.

O exercício do diálogo com o intuito de promover o consenso de um grupo representa importante elemento no desenvolvimento de um bom trabalho em equipe. Estabelecer uma interação com escuta ativa possibilita aos indivíduos o desenvolvimento de uma prática comunicativa, pressuposto indispensável para o trabalho em equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007)⁽¹¹⁾.

A comunicação é uma importante ferramenta utilizada como estratégia para melhorias nas relações intergrupais, uma vez que permite evidenciar dificuldades inerentes a convivência entre as pessoas, possibilitando espaço para discussão até se chegar a um consenso para todo o grupo ou para a maioria (MARINHO et al., 2016)⁽¹²⁾.

Um pesquisador que abordou a temática identificou 14 características importantes para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, são elas: comunicação efetiva entre os profissionais; compartilhamento de metas e objetivos; partilhar da abordagem aos pacientes; elaboração de uma linguagem comum aos membros; criação de um delineamento assistencial comum; junção entre ações e disciplinas; cooperação e colaboração; responsabilidade e prestação de contas; valorização do papel do outro; complementaridade e interdependência; preservação das diferentes especificidades; distinção da valorização social dos trabalhos especializados; flexibilidade na divisão das atividades; e autonomia profissional (PEDUZZI, 2007)⁽¹³⁾.

Existem outros elementos que são indispensáveis para que haja bom relacionamento interpessoal tais como: interação, organização e satisfação no trabalho entre os membros de uma mesma equipe, além do respeito mútuo e valorização da diversidade do trabalho do outro. Uma equipe que respeita as opiniões de todos, que incentiva a participação e colaboração tem maior probabilidade de ser mais harmoniosa e menos conflituosa (JACOWSKI et al., 2016)⁽⁶⁾.

Para tanto, além do trabalho em conjunto em função de objetivos comuns, os profissionais da ESF pesquisados acreditam que o trabalho em equipe também depende de alguns adjetivos essenciais para manutenção da harmonia e o bom relacionamento

interpessoal entre seus membros.

Muito embora o trabalho em equipe contribua para a formação de laços e vínculo no ambiente de trabalho, segundo os participantes ele também pode ser importante aliado no desempenho da equipe. O fato de diferentes indivíduos, com competências distintas, partilharem de metas comuns contribui para a busca de melhores resultados e conseqüentemente mais qualidade nos serviços oferecidos, de modo que a troca de conhecimento entre eles impulse para o crescimento do grupo (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015; TUBBESING; CHEN, 2015)⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A ação interdisciplinar, precedida da valorização da diversidade presente no outro, contribui para uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado a população. Neste sentido, na perspectiva da ESF, as responsabilidades e ações passam a ser divididas entre o grupo, e não mais centralizada na figura do médico. As relações de poder são enfraquecidas e dão lugar a escuta e a troca, que posteriormente vão influenciar no desenvolvimento da equipe e na qualidade da assistência (ARAÚJO; ROCHA, 2007)⁽¹¹⁾.

Os ACS, por exemplo, possuem como principal atividade a criação de vínculo com a comunidade, estreitando as relações entre a população e os demais profissionais de saúde. São responsáveis por transmitir as orientações formuladas em consenso com o restante da equipe aos usuários, assim como as informações observadas nos usuários. Por meio desta troca no processo de trabalho a equipe consegue construir uma atuação efetiva, além de qualificar o trabalho dos profissionais de saúde (MACHADO; MATTOS; COLOMÉ; FREITAS; SANGOI, 2015)⁽¹⁶⁾.

Para a enfermagem o trabalho em equipe é uma importante ferramenta na gestão de pessoas, pois contribui para a comunicação interpessoal no trabalho, enfatiza a cooperação e participação dos profissionais, fortalece os laços multiprofissionais e estimula para a realização de um cuidado integral ao usuário (CAMELO; CHAVES, 2013)⁽¹⁷⁾.

Por meio dos discursos presentes na quarta categoria temática foi possível vislumbrar a satisfação dos participantes em se trabalhar em equipe, uma vez que os mesmos se reconhecem como ferramentas importantes no desenvolvimento das atividades idealizadas pela ESF em benefício da comunidade. Também foi observado o sentimento de colaboração e ajuda entre os membros da equipe, que contribui para maior segurança e conforto dos profissionais.

Entretanto, no contexto da saúde, alguns obstáculos são percebidos no que tange as

dificuldades de integração nas relações interpessoais mencionados pelos participantes deste estudo, como a não cooperação, estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas com disputas evidentes de poder, a desproporção social entre os participantes, equipes de trabalho incompletas e com alta rotatividade, além de instabilidade dos profissionais também foi observado por outros autores (UCHÔA; VIEIRA; ROCHA; ROCHA; MAROTO, 2012; SPERONI; FRUET; DALMOLIN; LIMA, 2016)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

As equipes da ESF, assim como em outros contextos de trabalho, são compostas por pessoas diferentes, que trazem consigo uma bagagem pregressa, como as experiências profissionais e de vida, de inserção social, de vínculo no trabalho, o nível de formação, os aspectos culturais, as diferenças salariais e a visão de mundo. Essas peculiaridades de cada indivíduo exercem influência sobre o processo de trabalho como um todo, pois fazem parte do perfil de cada profissional, entretanto não inviabilizam as atividades da equipe. Destarte, as adaptações nas relações de trabalho não acontecem de maneira simples e rápida, exige reflexão da prática (ARAÚJO; ROCHA, 2007)⁽¹¹⁾.

Considerando os desafios do trabalho em equipe no cenário da ESF, os gestores devem estabelecer estratégias e rotinas que reconheçam e valorizem os profissionais, motivando-os para a consolidação do trabalho em equipe. Buscar compreender as reais necessidades de cada um dos trabalhadores, consulta-los antes da tomada de decisão e oferecer *feedback* pode influenciar positivamente na atuação dos profissionais e, conseqüentemente, na integração e trabalho em equipe (MARTINS et al., 2012)⁽²⁰⁾.

Assim como nos discursos dos profissionais da ESF, destaca-se também a importância de que todos os membros das equipes necessitam e deveriam estar mais presentes na organização e execução das atividades de competência do grupo, independentemente se são equipes relativamente novas ou mais experientes (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013)⁽¹⁰⁾.

A idealização do trabalho em equipe não acontece de maneira mecanizada, requer desenvolvimento de habilidades e capacidades que perpassam pela inteligência emocional, pelos conhecimentos e vivências da dinâmica interpessoal e intergrupal. Os indivíduos precisam aprender a interagir com o próximo, o que inclui encontrar um ponto de equilíbrio entre o que se é esperado e o que pode ser oferecido (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013)⁽¹⁰⁾.

Uma equipe se faz por meio das relações entre seus membros entre e com o meio em

que vivem, seja pela prática, pelo modo de agir, de pensar ou de sentir. Sendo assim, as equipes são reflexos diretos de suas ações, e o grupo é responsável por estabelecer sua imagem, assim como modifica-la ao longo do tempo (NAVARRO; GUIMARAES; GARANHANI, 2013)⁽¹⁰⁾.

A ausência de articulação entre profissionais pode ser um reflexo da não existência de uma estrutura organizacional formalizada que estimule a interação sistemática entre os mesmos, da formação profissional que impõe limites rígidos e hierárquicos entre as profissões e da prática de relações frágeis e pouco colaborativas entre os membros da equipe (ALEXANIA; KITTO; RAK; REEVES, 2015)⁽²¹⁾.

É da natureza do ser humano a necessidade de ser constantemente motivado a buscar inovações, e na área da saúde não é diferente. Quando é observada fragilidade na relação entre profissional e gestor o vínculo deve ser reavaliado. O diálogo e a escuta podem ser importantes aliados para a retomada e manutenção das relações (DUARTE; BOECK, 2015)⁽⁴⁾.

Estudo identificou quatro estratégias utilizadas por enfermeiros gestores para a promoção e motivação do trabalho em equipe em unidades emergenciais. Apesar de o contexto ser outro, acreditamos que eles são pertinentes e merecem reflexão, são elas: articulação das ações profissionais, estabelecimento de relações de cooperação/colaboração, construção e manutenção de vínculos amistosos entre os integrantes e gerenciamento de conflitos.

Ressalta também a importância dos enfermeiros nas equipes de trabalho, uma vez que eles assumem o papel de liderança na gestão do cuidado e de mediadores no estímulo e articulação do trabalho integrado (SANTOS; LIMA; PESTANA; COLOMÉ; ERDMANN, 2016)⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Assim como a literatura que aborda a temática, para os profissionais da ESF pesquisados o trabalho em equipe é visto como estratégia essencial para o desenvolvimento das atividades referentes ao modelo, haja visto que existe a necessidade da participação de todos os seus membros na busca por objetivos comuns. Para eles o desenrolar do processo de trabalho ainda depende de outros fatores como a colaboração, comunicação, escuta,

respeito e espaço para discussão. Estas características são essenciais para a manutenção do bom relacionamento interpessoal e a harmonia entre os membros da equipe.

Apesar de alguns profissionais não possuírem afinidade com a metodologia de trabalho conjunto proposta pela ESF, existe um consenso em entender a importância de se trabalhar em equipe, uma vez que por meio da troca entre os diferentes saberes chega-se ao crescimento em equipe e conseqüentemente a melhores resultados e qualidade na assistência.

O estudo apresenta algumas limitações como por exemplo, o fato de os dados terem sido obtidos por questionário ao invés de entrevista, resultando em respostas muito curtas, o que dificulta uma análise mais profunda. De qualquer modo, acredita-se que seus resultados poderão contribuir com investigações e reformulação das relações interpessoais na atenção primária, em especial na ESF, estimulando os profissionais para a reflexão da prática e possíveis mudanças no processo de trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. *Interface – Comum Saude Educ.* 2000;4(6):151. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100016>. [incluída na revisão]
2. Pereira RC, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface – Comum Saude Educ.* 2013;17(45):327-40. [incluída na revisão]
3. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Ver Esc Enferm USP.* 2013;47(4):977-83. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029. [incluída na revisão]
4. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab educ saude [Online].* 2015;13(3):709-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00054>. [incluída na revisão]
5. Bornstein VJ, David HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. *Trab educ saude;* 2014;12(1):107-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>. [incluída na revisão]

6. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Enferm.* 2016;:1-9. [incluída na revisão]
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Ver enferm UERJ.* 2008;16:569-76.
9. Fiorelli JO. *Psicologia para Administradores*. São Paulo: Atlas; 2000.
10. Navarro AS Souza, Guimaraes RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm.* 2013 jan/mar;17(1):61-8.
11. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da família. *Cien cui saude colet.* 2007;12(2):455-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
12. Marinho FP, Araújo LMN, dos Santos NP, Santos NP, Medeiros IDS, Rodrigues CCFM, Santos VEP. Interpersonal relationship of nursing professors: conflicts and challenges. *Rev Fund Care Online.* 2016 jul/set;8(3):4609-15. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4609-4615>.
13. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.
14. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015 jul;52(7):1217-30. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008. Epub 2015 Mar 19.
15. Tubbesing G, Chen FM. Insights from exemplar practices on achieving organizational structures in primary care. *J Am Board Fam Med.* 2015 mar/apr;28(2):190-4. doi: 10.3122/jabfm.2015.02.140114
16. Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. *Cienc cuid saude.* 2015;14(2):1105-12. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i2.22612>
17. Camelo SHH, Chaves LDP. Teamwork as a nursing competence in Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm.* 2013;31(1):107-15.

18. Uchôa AC, Vieira RMV, Rocha PM, Rocha NSD, Maroto RM. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. *Physis: Rev saude colet.* 2012;22(1):385-400.
19. Speroni K, Fruet IM, Dalmolin G, Lima SB. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuid.* 2016;7(2):1325-37. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>.
20. Martins AR, Pereira DB, Nogueira MLSN, Pereira CS, Schrader GS, Thoferhn MB. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. *Rev bras e duc med.* 2012;36(2):6-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300002>.
21. Alexanian JÁ, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the team: unders tadinginter professional work in two North American ICUs. *Crit Care Med.* 2015; 43(9): 1880-6. doi 10.1097/CCM.0000000000001136.
22. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in na emergency room. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Online]. 2016, 37(1):1983-2447. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>.

5.4 ESTUDO 4

EU OU NÓS: OS DESAFIOS DE SE TRABALHAR EM EQUIPE NA ESF

I OR US: THE CHALLENGES OF WORKING IN A TEAM IN THE FHS

YO O NOSOTROS: LOS RETOS DE TRABAJAR EN EQUIPO EN LA ESF

RESUMO

Objetivo: apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** pesquisa descritiva de natureza qualitativa, realizada entre abril e maio de 2016 com 13 profissionais atuantes nas equipes da ESF de um município no sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo. **Resultados:** A análise dos depoimentos permitiu a identificação de três categorias empíricas: *O trabalho em equipe a partir da realidade dos profissionais da ESF; Estratégias para a manutenção efetiva do trabalho em equipe; e Percalços da inserção da Saúde Bucal na ESF.* **Conclusão e implicações para a prática:** Os entrevistados percebem a importância do trabalho em equipe, assim como os desafios inerentes deste processo. Também foram observadas fragilidades nas relações entre a equipe de saúde bucal e os demais membros da ESF, com sentimentos de exclusão e não participação.

Palavras-chave: Equipes de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Objective: to grasp the perceptions and experiences of professionals in the primary health care as teamwork in the Family Health Strategy (FHS). **Method:** descriptive qualitative, conducted between April and May 2016 with 13 professionals working in the FHS teams in a city in the northwest of the state of Paraná, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, transcribed and subjected to content analysis. **Results:** *The analysis of statements allowed the identification of three empirical categories: The teamwork from the reality of the FHS professionals; coping strategies for the maintenance of effective work team; Mishaps and insertion of oral health in the FHS.* **Conclusion and implications for practice:** Team work in the FHS faces several challenges, especially in terms of interpersonal relationships; dealing with points of view, culture, beliefs and different personalities is not easy.

Keywords: Health Teams; Family Health Strategy; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivo: apreender las percepciones y vivencias de los profesionales a respecto al trabajo en equipo en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Método:** investigación descriptiva de naturaleza cualitativa, realizada entre abril y mayo de 2016 con 13 profesionales actuantes en los equipos de la ESF de un municipio en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados por intermedio de entrevistas semiestructuradas, posteriormente transcritas y sometidas al Análisis de Contenido. **Resultados:** El análisis de los encuestados permitió la identificación de tres categorías empíricas: *El trabajo en equipo a partir de la realidad de los profesionales de la ESF*; *Estrategias para la mantención efectiva del trabajo en equipo*; y *Obstáculos de la inserción de la Salud Bucal en la ESF*. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Los encuestados perciben la importancia del trabajo en equipo, así como los retos inherentes de este proceso. También se observó fragilidades en las relaciones entre el equipo de salud bucal y los demás miembros de la ESF, con sentimientos de exclusión y no participación.

Palabras clave: Equipos de Salud. Estrategia Salud de la Familia. Profesionales de la Salud.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, com o objetivo de promover a equidade no atendimento à saúde e combater desigualdades no acesso aos serviços. Porém só em 1997 houve sua modificação para Estratégia de Saúde da Família (ESF), em virtude do seu potencial para a reestruturação da Atenção Básica e a construção de novos processos de trabalho (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013)⁽¹⁾.

As equipes da ESF são constituídas por um grupo multiprofissional, composto por enfermeiro e médico, generalistas ou especialistas em saúde da família, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista generalista, técnico e/ou auxiliar em saúde bucal) (BRASIL, 2011)⁽²⁾.

Apesar de serem equipes multiprofissionais, composta por diferentes indivíduos em um mesmo local de trabalho, porém sem modificação ou inclusão de conhecimento nas áreas envolvidas, elas também são interprofissionais, por haver integração entre o trabalho de diferentes profissionais por meio da interação com o objetivo de potencializar os resultados da equipe (PEDUZZI, 2012; GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012)⁽³⁻⁴⁾. Os termos são empregados nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, a fim de melhorar a assistência aos usuários (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012)⁽⁴⁾.

Alguns autores internacionais já vêm discutindo sobre o tema trabalho em equipe no

contexto das relações interpessoais (WEST; LYUBOVIKOVA, 2013)⁽⁵⁾. No campo da saúde, o conceito de equipe é entendido como experiência que não se restringe apenas a um conjunto de indivíduos, conseqüentemente não pode ser compreendida como identidade inflexível. O termo equipe vem do coletivo, ou ainda de multiplicidade de termos em transformação, que se caracteriza por uma rede de conexões, pelo qual os processos de produção de saúde se realizam (PEDUZZI, 2012)⁽³⁾.

Para que haja consolidação das práticas embasadas no trabalho em equipe, e que estas possam desfrutar da cooperação mútua em harmonia, é necessária interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um de seus membros (DUARTE; BOENK, 2015)⁽⁶⁾.

Entretanto no contexto da saúde alguns obstáculos podem interferir de maneira negativa na realização do trabalho integrado, tais como: profissionais não cooperativos, estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos serviços. Além de contribuírem para o surgimento de dificuldades relacionadas a recursos humanos, também vão interferir na assistência oferecida a comunidade (UCHÔA et al. 2012)⁽⁷⁾.

Pensando na relevância de se discutir aspectos do processo de trabalho no cenário da atenção primária à saúde, o objetivo do estudo foi apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa desenvolvido em um município localizado no noroeste do estado do Paraná-Brasil. Os informantes do estudo foram 13 profissionais atuantes nas equipes da ESF. O critério de inclusão no estudo foi: estar inserido nas equipes da ESF há pelo menos quatro meses e mostrar interesse em compartilhar com maior profundidade as experiências vivências no cotidiano da equipe.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram norteadas por uma questão aberta e uma questão norteadora: “Fale sobre as características do trabalho em equipe na ESF?”. Algumas questões de apoio foram acrescentadas quando necessário.

Elas tiveram duração entre 20 a 60 minutos, foram gravadas e realizadas em ambiente

privativo nas próprias Unidades Básicas de Saúde após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Foram contatados participantes até que o objetivo do estudo foi alcançado e as falas começaram a se repetir.

Para a análise as entrevistas foram transcritas na íntegra, preferencialmente no mesmo dia em que foram realizadas, preservando a linguagem própria dos participantes e depois de submetidas à análise modalidade temática de conteúdo (BARDIN, 2011)⁽⁸⁾ seguindo as três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações. Por meio da emersão das categorias foram levantadas discussões pautadas na literatura que fundamentam as reflexões, as quais foram exemplificadas com trechos das falas codificadas com o número sequencial da entrevista seguido pelo prefixo da categoria profissional (ex.: E1-Enf; E2-Med), com o intuito de manter o anonimato dos participantes.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos vigentes na Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos de uma universidade pública brasileira (CAAE: 50482615.4.0000.0104).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 participantes do estudo cinco eram enfermeiros, dois médicos, dois dentistas, dois ACS, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal. Deles oito eram do sexo feminino. A idade dos entrevistados variou entre 22 a 58 anos e o tempo de trabalho na equipe da ESF atual foi de quatro meses a 12 anos.

A análise de conteúdo dos depoimentos permitiu a identificação de três categorias empíricas: *O trabalho em equipe a partir da realidade dos profissionais da ESF*; *Estratégias para a manutenção efetiva do trabalho em equipe*; e *Percalços da inclusão da Saúde Bucal na ESF*.

O TRABALHO EM EQUIPE A PARTIR DA REALIDADE DOS PROFISSIONAIS DA ESF.

Nesta categoria é abordada a percepção dos profissionais a respeito de conceitos,

aspectos facilitadores e obstáculos do trabalho em equipe na ESF, composto de duas subcategorias: *O TE e os aspectos idealizados pelos diferentes profissionais* e *O TE não é tarefa fácil: obstáculos nos relacionamentos interpessoais*.

O trabalho em equipe e os aspectos idealizados pelos diferentes profissionais.

Nesta subcategoria foram abordadas questões como o conceito e percepções dos profissionais sobre aspectos facilitadores do TE, além de comportamentos e papéis dos membros que compõem as equipes da ESF.

O trabalho em equipe tem que ter comunicação aberta e direta, sinceridade, união, colaboração. Nem sempre as ideias vão convergir, mas no momento que há divergência de ideias a gente pode sempre tentar pontuar para tentar balancear qual é a ideia melhor e depois entrar em um consenso. Sempre temos que procurar ouvir todo mundo, temos que trabalhar para uma mesma direção. (E3-Enf)

Primeiro encarar a equipe como se fosse extensão da sua família! A gente passa muito tempo juntos, não podemos nos apegar a picuinhas! Nós somos diferentes, cada um tem suas características, mas temos que ter compreensão, amor! (E7-Med)

Além das questões expressas nos excertos acima, os entrevistados também relataram que o trabalho em equipe está intimamente relacionado ao cooperativismo e união na realização de tarefas, de modo que a equipe sempre compartilha de objetivos comuns, e busca cumprir metas com respeito, troca de conhecimento e tolerância.

A possibilidade de agregar diferentes saberes a fim de oferecer assistência às necessidades da população é um dos principais pressupostos da ESF. Nos processos de gestão da promoção e prevenção da saúde, espera-se que os profissionais envolvidos pensem em estratégias de maneira conjunta, com participação e envolvimento de todos os seus membros. Para que os resultados possam ser alcançados é imprescindível a existência de diálogo e contato contínuo das equipes (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽⁹⁾.

Ficou evidenciado nas falas que os participantes veem no enfermeiro o papel de liderança da equipe, como o profissional que planeja as atividades e coordena as ações, além de ser conciliador e detentor das informações.

Eu vejo uma grande liderança na enfermeira. Ela tem uma capacidade grande de organização, tem uma visão em longo prazo. Então acaba tendo uma visão

melhor e nós muitas vezes nos norteamos pelas ideias dela. (E4-Med)

A equipe de saúde compreende o enfermeiro como mediador e líder, elemento importante nas relações e interações dos ACS com a comunidade. Na ESF os enfermeiros ainda atuam no gerenciamento da unidade de saúde, na manutenção de boas relações de trabalho e gestão de conflitos, na condução do fluxo de informações, atribuem responsabilidades e direcionam as atividades da equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2013; COSTA, 2015)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A importância do papel dos ACS também ficou evidente nas falas dos entrevistados, de modo que os profissionais acreditam que são eles os responsáveis por fazer a ponte entre a comunidade e equipes da ESF, entrando no seio familiar e vendo o que parte da equipe não vê, e conseqüentemente possuem grande influência na caracterização da demanda.

Os ACS são nossos olhos na verdade, porque nós saímos pouco para a comunidade, quem sai todos os dias são eles! [...] Eles entram nas casas das pessoas e vêem o problema de perto! (E12-Enf)

O ACS desempenha papel de mediador entre equipe de saúde e comunidade, ao mesmo tempo em que faz parte da comunidade, por residir na área de atuação, também faz parte da equipe de saúde. É o profissional que conhece e vivencia as demandas trazidas pelos moradores, acompanha as famílias da sua comunidade, intervém em processos educativos, oferece informações, facilita o acesso dos usuários até a unidade de saúde, realiza ações de pequena complexidade e viabiliza a entrada do profissional de saúde na casa das pessoas (MACHADO, 2015; MACIAZEKI-GOMES et al., 2016)⁽¹²⁻¹³⁾.

Um dia uma ACS passou na casa de uma família e achou o bebê estranho, pediu para a mãe trazer a criança aqui! Quando a criança chegou estava com uma frequência cardíaca de 200 bpm, e uma respiratória de quase 100. Chamamos o SAMU e a criança foi levada para o hospital e depois fez uma cirurgia cardíaca. A ACS não sabia o que estava acontecendo, mas ela pelo menos identificou que tinha algo diferente acontecendo e convenceu a mãe a vir! Se ela não tivesse vínculo com essa mãe provavelmente essa mãe não ia vir! (E11-Enf)

Como foi observado no relato do enfermeiro, os ACS não possuem conhecimento técnico, mas se alimentam de saberes técnico-científicos adquiridos por meio das vivências em equipe, e saberes populares embebidos da cultura local de saúde (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016)⁽¹³⁾. Uma das competências inerentes ao trabalho do ACS está na capacidade de superação da dicotomia entre o saber técnico e o saber popular, com a intenção de promover

discursos que proporcionem a ampliação de diferentes compreensões e vivências do conceito de saúde (PINTO; SILVA; SORIANO, 2012)⁽¹⁴⁾.

A maioria dos entrevistados relatou haver comprometimento entre eles e os demais membros de suas equipes, de modo que acreditam haver parceria, ajuda mútua, respeito, cumplicidade, esforço e bom relacionamento, elucidado nas falas a seguir:

Eu vejo a minha equipe muito participativa, principalmente em atividades de grupo, de parceria. Os membros da equipe cooperam entre si e se uma não pode vier, a outra vem. Um ajuda o outro quando necessário. Todo mundo sabe o que tem que fazer, e se alguém percebe que o outro não está dando conta, ajuda. (E2-ACS)

Graças a Deus a gente tem um entrosamento muito bom! E o que colabora para isso é o respeito! Respeito, humildade e saber escutar! (E12-Enf)

O diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a criação do vínculo entre os membros da equipe e conseqüentemente contribui para um trabalho em equipe mais fácil de ser realizado. O respeito e a valorização do profissional também são essenciais, seja pelo integrante ou por parte dos gestores e usuários. As equipes que conseguem reunir estes aspectos certamente conseguem estreitar os laços entre seus membros e, por conseguinte, relações interpessoais mais saudáveis no ambiente de trabalho (LIMA et al., 2016)⁽¹⁵⁾.

O trabalho em equipe não é tarefa fácil: obstáculos nos relacionamentos interpessoais.

Apesar dos discursos que remetem a harmonia entre as equipes da ESF, também emergiram dificuldades no contexto das relações destes membros durante o processo de trabalho, como conflitos, distanciamento e inclusão de novos profissionais.

A fala a seguir demonstra a dificuldade vivenciada pela dentista em se sentir inserida e trabalhar em equipe:

Eu sinto dificuldade em trabalhar em equipe! Eu acho muito difícil! Porque muitas vezes a gente vai fazer uma sugestão, um questionamento ou até mesmo uma crítica? As pessoas, não conseguem entender! [...] Olha eu não tenho muito envolvimento com a equipe! Têm apenas umas duas semanas que eu comecei a participar das reuniões de equipe! (E8-Den)

Esta problemática pode estar associada à cultura histórica construída nos consultórios particulares, com o desenvolvimento de atividades mecanizadas, ainda pode ser observada a dificuldade dos profissionais dentistas de trabalhar em equipe e na incorporação de práticas vinculadas a atenção primária, como a realização de visitas domiciliares (GIUDICE;

PEZZATO; BOTAZZO, 2013)⁽¹⁶⁾.

Já na fala a seguir, a enfermeira relata sobre a dificuldade de se sentir membro da equipe, e justifica pelo fato de ser nova na unidade e estar vivenciando o processo de inserção, além de ser bem mais nova que os demais membros da equipe:

Eu, como sou nova e não tenho muita experiência, tento-me “encaixar”, tento colaborar. Não me indispondo com eles, para ter um bom clima de trabalho. Eu não sei se uma coisa que dificulta é por eu ser muito nova, daí elas ficam falando: “Aí meu Deus, uma criança aqui!” (E1-Enf)

De modo geral os participantes acreditam que o que dificulta a colaboração dos membros da equipe é existência de relações conflituosas e distantes, problemas de personalidade, o excesso de trabalho e a escassez de recursos, desvalorização e desmotivação dos profissionais, distanciamento e relações conflituosas.

Um das dificuldades é o excesso de trabalho, o que tem deixado as pessoas com os nervos à flor da pele! O desgaste do dia-a-dia acaba estressando muito os profissionais! Então o acúmulo de trabalho acaba interferindo. O trabalho aumenta, mas os profissionais não! Às vezes acaba surgindo um trabalho novo e os conflitos começam! (E11-Enf)

Na minha equipe não tem um clima muito bom. A auxiliar de enfermagem não se dá muito bem com as ACSs. É um conflito velado, você percebe que ele está acontecendo, mas não tem como interferir diretamente, você tem que contornar. Às vezes eu quero fazer alguma coisa e as ACSs falam: “se ela for eu não vou”! Então eles ficam de um lado e o restante da equipe de outro. Daí fica aquele conflito que não precisaria. (E1-Enf)

Eu acho que um fator que dificulta muito é a arrogância, por achar que por eu ter terceiro grau eu sou melhor, que a sua nunca vai valer. Isso acaba sabotando a equipe, é um profissional mandando em outros profissionais. Quem pode mais manda e quem pode menos obedece. Eu acho que este tipo de autoritarismo destrói a equipe da saúde da família. (E4-Med)

O médico é bem distante. O comprometimento dele não é 100%! E isso dificulta o nosso trabalho! Ele não se interessa muito com as coisas da equipe, se tiver reunião bem, se não tiver amém! As últimas ele nem participou! Às vezes tiramos dúvidas com médico de outras equipes, ou até mesmo com a enfermeira. Então é bem difícil. Todos precisam participar! A equipe precisa dele! (E6-ACS)

O trabalho no contexto do SUS enfrenta inúmeros desafios para garantir uma assistência de qualidade aos usuários, dentre eles a falta de ética, de respeito e de solidariedade nas relações entre os profissionais de saúde. Aspectos que proporcionam ambientes de trabalho conflituosos, desmotivadores e que não contemplam o trabalho em

equipe (SÁ; AZEVEDO, 2013)⁽¹⁷⁾.

Os participantes destacaram em suas falas o quanto as interações entre os membros interferem no desempenho da equipe. Por isso a importância da construção de projetos comuns, de modo que exista complementaridade entre as atividades especializadas dos diferentes profissionais da equipe, assim como a interação e cooperação entre eles (GARCIA et al., 2015)⁽¹⁸⁾.

ESTRATÉGIAS PARA A MANUTENÇÃO EFETIVA DO TRABALHO EM EQUIPE.

Nesta segunda categoria empírica os profissionais da ESF relataram algumas estratégias utilizadas pelas equipes para obtenção de maior integração entre seus membros e consequentemente um ambiente de trabalho mais harmonioso.

Os profissionais foram unânimes em consideram as reuniões de equipe como importante aliada no estreitamento das relações entre os membros das equipes da EFS e para melhor desempenho e planejamento das mesmas.

A reunião é essencial, na semana que nós não fazemos parece que as coisas não andam! Porque é ali que nós fazemos o planejamento da semana, do mês! Tem muita gente que não valoriza a reunião de equipe. Diante dessa conversa a gente vai se entrosar, até mesmo discutir os problemas da equipe, os problemas de relacionamento! (E12-Enf)

Não tínhamos reunião de equipe, começou há três meses. Antes, muitas vezes eu passava caso para a enfermeira no corredor, com ela perguntando se ia demorar. Então você passa a não ter nem mais ânimo para levar outros casos. Daí eu já tentava resolver eu mesmo, não passava tudo. Não sentávamos com calma para passar um caso completo, falar como era a realidade. Porque ninguém queria ouvir. Agora a reunião é semanalmente. Eu acho isso importantíssimo. Está melhorando bastante. Percebo que está quebrando barreiras, os ACS estão quebrando aquilo de minha micro e sua micro. (E6-ACS)

Os resultados deste estudo corroboram com a literatura, ao identificar que a realização periódica de reuniões é uma importante estratégia de integração e planejamento, segundo os membros das equipes. Ela proporciona espaço para reflexão e solução de problemas, dentro e fora das equipes, elaboração de metas, esclarecimentos, além de constituir uma ferramenta que aproxima os profissionais da equipe (LIMA ET al., 2016)⁽¹⁵⁾.

Outra alternativa estratégica elucidada pelas falas foi a de possibilitar aos membros

das equipes conhecer o trabalho de cada profissional com maior propriedade, de modo que todos passassem a conhecer as dificuldades que o outro encontra a partir de suas responsabilidades diárias.

Eu acho que um deveria conhecer mais a função do outro, para entendermos. Então eu não sei se seria viável; mas, por exemplo, em um mês eu ficar em outra micro área, para eu entender um pouco da dificuldade dela, porque você só entende quando esta vivenciando aquela dificuldade. É claro que trocar com a enfermeira e com o médico seria muito difícil. Mas pelo menos acompanhar um dia da enfermeira para ver toda a rotina dela para entender. Todo mundo acha que pelo médico ganhar mais ele não tem dificuldade, e não é bem assim. Ele também tem as dificuldades dele, as limitações dele. (E2-ACS)

Às vezes as funções desempenhadas pelos membros de uma equipe não estão claras para todos, ficam restritos e confusos devido ao funcionamento instituído da equipe e da UBS. A partir do momento que cada um passa a ter conhecimento do trabalho do outro, os papéis e funções ficam mais claros para todos os profissionais inseridos nas equipes e o processo de trabalho flui melhor (CERVINSKI; NEUMANN; CARDOSO; BIASUS, 2012)⁽⁹⁾.

Os participantes também relataram que encontros ou conversas informais, fora ou até mesmo no próprio ambiente de trabalho, contribuem para maior integração entre os membros da equipe, como pode ser observado nas falas a seguir:

É uma equipe que praticamente almoça junto todos os dias! E o fato de almoçarmos juntos faz diferença, aumenta o vínculo! É um momento que você consegue conversar, tranquilo, que não está focado no trabalho! Então faz ter um relacionamento melhor! Eu acho que todas as equipes deveriam almoçar juntas e ter este momento fora do horário de expediente! (E10-Den)

Nós sempre fazemos comemorações, damos presente de aniversário entre a equipe, nos reunimos todo ano com confraternização só da equipe, amigo secreto. Em relação à convivência nunca tivemos problema. (E2-ACS)

A utilização de estratégias coletivas, como festas e comemorações, a fim de proporcionar, por vezes, ambiente de trabalho informal, fortalecem bom relacionamento interpessoal, pois são nestes momentos que os laços de amizade e de confiança são estabelecidos. Em consequente, há o alívio das tensões do trabalho e o fortalecendo dos vínculos afetivos entre a equipe (MARTINS; ROBAZZI, 2012)⁽¹⁹⁾.

PERCALÇOS DA INCLUSÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Na terceira categoria os profissionais, em especial os dentistas, narraram sobre as relações entre a equipe de saúde bucal e os demais membros, salientando questões como o sentimento de exclusão e não envolvimento.

Nós da odonto não temos muita integração com o restante da equipe! Às vezes eu sinto que estamos excluídos, porque as vezes tem reunião de equipe e não ficamos nem sabendo, falam que não precisamos participar, que não cabe a gente ficar sabendo de algumas coisas, ou que não precisamos nos envolver. Então tem bastante coisa que a gente acaba ficando de fora! Às vezes são marcadas reuniões e só os dentistas não participam, então acho que existe sim uma exclusão! (E8-Den)

A nossa participação quanto à saúde bucal já é mais distante! Se eu não vou atrás quando tem visita domiciliar não fico sabendo! Se eu não for atrás fico isolado mesmo! O dentista vai mais como apoio, para aproveitar a carona do carro! Se eu quero fazer visita eu tenho que ir no dia que a médica vai! (E10-Den)

A inclusão da saúde bucal na ESF começou a partir de 2001, com a intenção de oferecer atendimento a todas as regiões do país. O principal objetivo era dar continuidade ao eixo centrado na família, com vistas a concretizar um modelo de atendimento que pudesse minimizar os índices epidemiológicos de saúde bucal no país, além de ampliar o acesso para toda a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)⁽²⁰⁾.

A inclusão do profissional dentista na ESF confronta sua formação tradicional de saber fragmentado, e representa um desafio para o trabalho multiprofissional. Quando estes profissionais possuem formação continuada no contexto da Saúde Coletiva e da Família conseguem estabelecer paralelos com maior facilidade no que tange a integração no trabalho em equipe, o entendimento a partir do trabalho interprofissional e a valorização das competências profissionais comuns e colaborativas (PADULA; AGUILAR-DA-SILVA, 2014)⁽²¹⁾.

Por meio das falas dos dois dentistas fica evidente o sentimento de exclusão das atividades desempenhadas pela equipe da ESF. Entretanto vale ressaltar que outros profissionais se referiram a esta relação como participativa e efetiva, como a fala a seguir:

A saúde bucal é bem participativa aqui, eles participam das reuniões de equipe, que são semanais, e sempre estão nos grupos conosco, dando alguma parcela

de contribuição, falando de algum tema! (E11-Enf)

A saúde bucal, dentro da UBS, conta com um ambiente privativo e climatizado para o desenvolvimento de suas atividades, onde não há circulação de pacientes ou até mesmo outros membros da equipe, o que acaba restringindo o contato. Entretanto, para eles, o espaço físico não influencia de maneira negativa na integração com a equipe.

Eu acho que o espaço físico não atrapalha a interação! (E9-Aux.SB)

Todo mundo fala que nós somos isolados porque ficamos em um lugar à parte! Mas acho que isso não interfere, porque se elas precisam elas vêm aqui falar comigo! Não é porque tem parede e porta que isso impede de conversarmos! (E10-Den)

O que foi observado por meio das falas é que a exclusão está mais relacionada com as relações e papéis dentro da equipe, de modo que por vezes os demais membros acabam excluindo a saúde bucal das atividades da ESF, por julgarem que nem todas as questões do cotidiano são de interesse deles.

Não temos muito contato com a odonto, mas eles são essenciais. Atendem todos, mesmo os que não fazem parte da nossa área. Eles participam de algumas reuniões de equipe. Porque tem umas reuniões que não tem necessidade de eles estarem. (E5-Aux.Enf)

Eu vejo colegas enfermeiros que excluem, depois falam que a odonto que é excluída, mas foi ele quem excluiu. (E11-Enf)

Apesar dos profissionais dentistas enfrentarem desafios oriundos da formação fragmentada, acreditam que o enfermeiro, por exercer papel de liderança dentro da equipe, deve envolvê-los nas atividades, em busca de maior interação entre eles e a equipe.

O envolvimento da equipe depende muito da enfermeira, porque ela é a chefe da equipe; então, em minha opinião, cabe a ela estar chamando mais a gente para participar, discutir os casos e para nos envolver. Claro, a gente fica um pouco mais distante, mas eu acho que depende muito da enfermeira! (E8-Den)

Quando a saúde bucal está afastada do restante da equipe eu vejo isso como uma questão de liderança! O papel do enfermeiro na equipe é de liderança, então vai depender de você, se você dá espaço! (E11-Enf)

Os enfermeiros exercem papel de liderança na ESF, para tanto devem valorizar esta postura e efetivá-la junto às equipes, por meio do diálogo efetivo e troca de informação, bom relacionamento no trabalho em equipe, integração dos membros, além de conhecer as

necessidades de cada indivíduo (SOUZA et al., 2013; LANZONI; MEIRELLES, 2013)^(10, 22). Só assim conseguirão harmonia no trabalho em equipe e com colaboração e participação de todos os seus membros alcançarão melhores resultados.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família enfrenta vários desafios, principalmente no tocante às relações interpessoais. Lidar com pontos de vista, cultura, crenças e personalidades diferentes não é tarefa fácil. Essa problemática ganha novas dimensões quando se fala de um cenário que vêm passando por mudanças nos últimos anos, como é o caso da atenção primária a saúde.

O estudo buscou elucidar questões vivenciadas cotidianamente por membros da equipe da ESF e com base nos achados, estimular a reflexão do processo de trabalho destes profissionais, seja a curto ou em longo prazo, a fim de proporcionar melhorias nas relações de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade da assistência oferecida à comunidade.

Os resultados mostram que os profissionais da ESF percebem a importância do trabalho em equipe no modelo da atenção primária, e que alguns aspectos, como comunicação efetiva, são essenciais para a manutenção da harmonia e a prática colaborativa. Também foi evidenciado que a equipe de saúde bucal enfrenta sentimentos de exclusão e não envolvimento com o restante da equipe, e que este fato, por vezes, está relacionado com a postura do enfermeiro.

Este resultado aponta para o fato de ser necessário um olhar diferenciado para a inserção da saúde bucal na ESF, com o intuito de buscar mecanismos de interação e integração entre seus membros e os demais profissionais, uma vez que esta mudança veio para agregar valor e ampliar os serviços disponibilizados pela ESF.

Por fim, uma possível limitação do estudo está relacionada à metodologia utilizada e ao local onde os dados foram coletados. Isto porque, por estarem no ambiente de trabalho e temerem expor os demais membros da equipe, os participantes podem ter se sentido constrangidos em relatar aspectos do processo corporativo e/ou das relações interpessoais envolvidas, o que pode ter alguma implicação nos resultados encontrados.

AGRADECIMENTOS AS FONTES DE FINANCIAMENTO

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):221-232.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília(DF)*, nº 204, Seção 1, p. 48, 24 de out de 2011.
3. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *Proenf gestão*, 2012;1(3):9-39.
4. Gelbcke FL, Matos E, Sallum NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(4):31-39.
5. West MA, Lyubovikova J. Illusion softteams working in healthcare. *Jornal of Health Organization and Management*. 2013;27(1):134-42.
6. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*. 2015;13(3).
7. Uchôa AC, Vieira RMV, Rocha PM, Rocha NSD, Maroto RM. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(1):385-400.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Cervinski LF, Neumann AP, Cardoso C, Biasus F. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Perspectiva*. 2012;36(136): 111-122.
10. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev bras enferm*. 2013 jul-ago;66(4):557-63.

11. Costa EMS, Peres AM, Bernardino E, Sade PMC. Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saude*. 2015 Jan/mar;14(1):962-969.
12. Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. *Cienc Cuid e Saúde*. 2015;14(2):1105-1112.
13. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1637-1646.
14. Pinto RM, Silva SB, Soriano R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Soc Sci Med* 2012;74(6):940-947.
15. Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LM, Silva CN, Junior PRBF. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. *J. Res.: fundam. Care*. 2016, jan/mar;8(1):3893-3906.
16. Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. *Saúde debate*. 2013;37(96):32-42.
17. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e Gestão: explorando articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo CS, Sá MC, organizador. *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2013. p.33-50.
18. Garcia ACP, Lima RCD, Freitas PSS, Fachetti T, Andrade MAC. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2015;5(1):31-36.
19. Martins JT, Robazzi MLCC. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: Reflexão na ótica dejouriana. *CiencCuidSaude*2012;11:034-041.
20. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde da Família. Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
21. Padula MGC, Aguilar-da-Silva RH. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. *Rev. odontol. UNESP*. 2014;43(1):52-60.
22. Souza RB, Ilha S, Lima CLS, Gracioli MAS, Backes DS, Nicola GDO. Organização e liderança no trabalho do enfermeiro: percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem. *Rev enferm cent.- oeste min*. 2013;3(2):687-95.

6 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

Pode-se perceber que a discussão sobre o trabalho em equipe na ESF é um grande desafio, principalmente no tocante às relações interpessoais. Lidar com pontos de vista, cultura, crenças e personalidades diferentes não é tarefa fácil. Essa problemática ainda ganha novas dimensões quando se fala de um cenário que vêm passando por mudanças nos últimos anos, como é o caso da atenção primária a saúde.

O relacionamento multiprofissional envolve questões que interferem direta ou indiretamente no processo de trabalho, assim como na qualidade da assistência oferecida aos usuários. O desenrolar do processo de trabalho na ESF depende de fatores como a colaboração, comunicação, escuta, respeito e espaço para discussão. Estas características são essenciais para a manutenção do bom relacionamento interpessoal e a harmonia entre os membros da equipe.

Para os profissionais da ESF pesquisados, o trabalho em equipe é visto como estratégia essencial para o desenvolvimento das atividades referentes ao modelo, haja visto que existe a necessidade da participação de todos os seus membros na busca por objetivos comuns. E apesar de nem todos os colaboradores possuem afinidade com a proposta de trabalho conjunto, existe um consenso sobre a necessidade de entender a sua importância, uma vez que por meio da troca entre os diferentes saberes, chega-se ao crescimento em equipe e, conseqüentemente, a melhores resultados e qualidade na assistência.

O estudo também mostrou que, embora existam inúmeras diferenças nas percepções de homens e mulheres sobre o trabalho em equipe, até mesmo oriundas de processos históricos e sociais, ela não é relativamente significativa. Já quanto a variável idade, pode-se observar que ela exerceu influência sobre a nota atribuída à equipe e ao pessoal, de modo que os profissionais mais jovens foram os que se mostraram menos satisfeitos com o trabalho realizado por eles e suas equipes. Houve também influência do tempo de atuação na equipe, já que os indivíduos com atuação de até um ano, que por muitas vezes também são os mais jovens, atribuíram as menores NP.

Embora a ECE seja uma ferramenta utilizada para avaliação do clima de trabalho nas equipes, em nenhuma das variáveis estudadas ele se mostrou significativamente diferente entre os grupos profissionais. Sendo assim, para a ECE características como sexo, idade e tempo de atuação não influenciam a percepção de funcionários da ESF a respeito do trabalho

em equipe. Entretanto, quando as diferentes categorias profissionais foram analisadas isoladamente pode-se observar diferença entre elas, a partir da ECE.

Os profissionais dentistas, seguidos dos auxiliares/técnicos de saúde bucal, foram os que alcançaram menor pontuação na ECE. É possível que a existência de fragilidades nas relações destes profissionais tenha influenciado as baixas médias identificadas entre dentistas e auxiliares de saúde bucal, no que se refere à avaliação de aspectos relacionados ao trabalho em equipe.

Observou-se que a existência de um afastamento entre a equipe de saúde bucal e o restante da equipe de saúde é real, entretanto ele não é oriundo das limitações em relação ao espaço físico isolado, e sim do fato dos profissionais dentistas e seus auxiliares/técnicos não se sentirem acolhidos e envolvidos pela equipe. Foram evidenciados relatos de que nem todos os assuntos são do interesse da saúde bucal, não havendo a necessidade de os mesmos estarem presentes em todas as atividades desenvolvidas pela equipe da ESF.

Após a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF houve uma mudança no cenário da assistência, com vistas às novas necessidades e interesses. Entretanto, esta inserção necessita de tempo para adaptação e amadurecimento da equipe como um todo. Contudo, vale ressaltar a necessidade de um olhar diferenciado para a inserção da saúde bucal na ESF, com o intuito de buscar mecanismos de interação e integração entre seus membros e os demais profissionais, uma vez que esta mudança veio para agregar valor e ampliar os serviços disponibilizados pela ESF.

Sendo assim, os achados deste estudo indicam que as discussões sobre o trabalho em equipe ainda são limitadas no contexto das relações interpessoais em saúde, o que contribuiu para as limitações do estudo. Acredita-se que existe a necessidade de se refletir mais sobre as relações corporativas, com vistas a estabelecer estratégias de enfrentamento que possam minimizar os efeitos causadores de sofrimento no ambiente de trabalho e proporcionar relações mais saudáveis.

7 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

O estudo buscou elucidar questões vivenciadas cotidianamente por membros da equipe da ESF e com base nos achados, estimular a reflexão do processo de trabalho destes profissionais, seja a curto ou longo prazo, a fim de proporcionar melhorias nas relações de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade da assistência oferecida à comunidade. Acredita-se que o estudo possa colaborar com as investigações em torno das relações interpessoais na atenção primária, em especial na ESF, estimulando os profissionais para a reflexão da prática e possíveis mudanças no processo de trabalho da equipe.

No cenário do ensino, o estudo poderá contribuir para a consolidação de modelos pedagógicos que contemplem as discussões sobre o trabalho em equipe no contexto da saúde, a fim de proporcionar aos acadêmicos um ambiente que os estimule ao desenvolvimento desta prática, e assim possam estabelecer no futuro relações mais harmoniosas e colaborativas no trabalho. Priorizar este incentivo contribuirá para profissionais mais abertos a mudanças e que melhor compreendem a importância dos companheiros de trabalho.

Embora esta pesquisa tenha contribuído com achados importantes para a discussão acerca do trabalho em equipe, os estudos ainda são restritos a ambientes empresariais. Para tanto, novas pesquisas devem ser estimuladas a fim de contribuir para investigações sobre as relações interpessoais das organizações, em especial no contexto da saúde.

O enfermeiro, em virtude de suas características profissionais, muitas vezes assume o papel de gestor e até mesmo de líder de suas equipes de trabalho. Pensando assim, a prática da enfermagem deve ser constantemente avaliada pelos enfermeiros, em especial nas relações estabelecidas com a equipe multiprofissional. A capacidade reflexiva deve estar sempre presente na atuação de um gestor, com o intuito de sempre buscar melhorias para o ambiente de trabalho e, conseqüentemente, para assistência aos usuários.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. O. et al. O trabalho em equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 203-207, 2005.

ALEXANIAN, J. A. et al. Beyond the team: understanding interprofessional work in two North American ICUs. **Critical Care Medicine**, Baltimore, v. 43, no. 9, p. 1880-1886, 2015.

ALVES, M.; MELLO, R. A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 299-308, 2006.

ALVES, M. P. **Metodologia Científica**. São Paulo: Escolar Editora, 2013.

ANO, V. M. et al. Avaliação de desempenho na opinião da equipe de enfermagem de hospital universitário público. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1403-1410, 2015.

ARAÚJO, L. C.; GARCIA, A. A. **Gestão de pessoas: estratégias e integração organizacional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre o novo Currículo Mínimo de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 dez. 1994. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19>. Acesso em: 22 de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000-0125646.PDF>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/bibliotecasaude/1362l-manual-para-a-organizacao-da-ateno-bsica-1999>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário [da] Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38-42. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-08/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção I, p. 485-524 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-11/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_auto-avaliacao_n4_saude_familia_parte1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

BRASIL. Ministérios da saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRITO, J. C. et al. Subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 316-329, 2012.

CAMELO, S. H. H.; CHAVES, L. D. P. Teamwork as a nursing competence in Intensive Care Units. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 107-115, 2013.

CARVALHO, B. G. et al. **Organização dos serviços de saúde**. Londrina, 2012.

CERVINSKI, L. F. et al. O trabalho em equipe na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n.136, p.111-122, 2012.

CHAVES, J. A.; GUIMARÃES, M. G. V. Análise do clima organizacional em centro cirúrgico de um Hospital Universitário da cidade de Manaus. **Revista Farol**, Rolim de Moura, v. 1, n. 1, p. 206-219, 2016.

CISIC, R. S.; FRANCOVIC, S. Using nursing peer review for quality improvement and professional development with focus on standards of professional performance. **Nursing Health**, New York, v. 3, no. 5, p. 103-109, 2015.

COHEN, A. R.; FINK, S. L. **Comportamento organizacional: conceitos e estudos de caso**. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

COMAZZETTO, L. R. et al. A geração Y no mercado de trabalho: um estudo comparativo entre gerações. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 36, n.1, p. 145-157, jan./mar. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Seminário do CONASS para Construção de Consensos**. Brasília, DF, 2004. Documenta, n. 2: Atenção Primária. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COSTA, E. M. S. et al. Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 962-969, 2015.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2008.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

COUTINHO, M. L. R. Quando o executivo é uma “dama”: a mulher, a carreira e as relações familiares. In: FERES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Ed. da PUC, 2003. p. 57-78.

CUTOLO, L. R. Á.; MADEIRA, K. H. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 79-84, 2010.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. **Health Services Research**, Ann Arbor, v. 8, p 188, 2008.

DEDECCA, C. S.; RIBEIRO, C. S. M. F.; ISHII, F. H. Gênero e jornada de trabalho: análise das relações entre mercado de trabalho e família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65-90, 2009.

DIAS, R. **Cultura Organizacional**. São Paulo: Alínea, 2003. Coleção Administração & Sociedade.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n3/1981-7746-tes-13-03-0709.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

DURAO, A. V. R.; MENEZES, C. A. F. Na esteira de E. P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do rio de janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-376, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FINKLER, A. L.; TOSO, B. R. G. O.; VIERA, C. S.; OBREGÓN, P. L.; RODRIGUES, R. M. O processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no cuidado a criança. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p.171-179, 2016.

FIGLIOLI, J.O. **Psicologia para administradores**. São Paulo: Atlas, 2000.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

GARCIA, A. C. P. et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2015.

GELBCKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 37, n. 96, p.32-42, 2013.

GOMES, A. et al. Capacidade para o trabalho e fatores psicossociais de saúde mental: uma amostra de profissionais de saúde portugueses. **Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 95-104, 2015.

- GOMES, M. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016.
- GOULART, B. F. et al. Teamwork in a coronary care unit: facilitating and hindering aspects. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.50, n. 3, p. 479-486, 2016.
- HACKMAN, J. The design of work teams. In: LORSCH, J. (Ed.). **Handbook of Organizational Behavior**. New York: Prentice-Hall, 1987. p. 315-342.
- JACOWSKI, M. et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, p. 1-9, abr./jun. 2016.
- KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- KINPARA, D. I.; LAROS, J. A. Clima organizacional: análise factorial confirmatória de modelos de mensuração concorrentes. **Rev. Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 111-120, jan./mar, 2014.
- KOYS, D. J.; DECOTIIS, T. A. Inductive measures of psychological climate. **Human Relations**, Toronto, v. 44, p. 265- 285, 1991.
- LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 557-563, 2013.
- LEVINE, D. M. et al. **Estatística: teoria e aplicações**. 5. ed. Rio de Janeiro: TLC, 2008.
- LIMA, F. B. et al. Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 417-423, 2013.
- LIMA, F. S. et al. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Journal of Research: Fundamental and Care**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3893-3906, 2016.
- LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012.
- LUZ, R. **Gestão do clima organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.
- MACHADO, L. M. et al. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1105-1112, 2015.
- MARINHO F.P. et al. Relacionamento interpessoal de docentes de enfermagem: conflitos e desafio. **Journal of Research: Fundamental and Care**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4609-4615, 2016.

- MARTINELLI, D. D. et al. Avaliação do currículo da graduação em enfermagem por egressos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 524-529, 2011.
- MARTINS, A. R. et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 6-12, 2012.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: Reflexão na ótica dejouriana. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, p. 34-41, 2012.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_09.pdf>. Acesso em: 14 maio 2016.
- MATOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 373-382, 2014.
- MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.77-92, 2014.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal Nursing Studies**, Berlin, v. 52, no. 7, p. 1217-1230, 2015.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2010.
- MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 10. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2005.
- MOURÃO, T. M. F.; GALINKIN, A. L. Equipes Gerenciadas por Mulheres - Representações Sociais Sobre Gerenciamento Feminino. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 91-99, 2008.
- MOURÃO, T. M. F. **Mulheres no topo de carreira**: flexibilidade e persistência. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
- NASCIMENTO, E. **Comportamento organizacional**. Curitiba: IESDE Brasil, 2008.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, J.; CAMPELLO, M. Clima e cultura organizacional no desempenho das empresas. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA E GESTÃO EM TECNOLOGIA, 2008, Rio de Janeiro. **Proceedings**, Rio de Janeiro: Associação Educacional Dom Bosco, 2008.

PADULA, M. G. C.; SILVA, R. H. A. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. **Revista Odontologia UNESP**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 52-60, 2014.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciando em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 151, 2000.

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

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. **PROENF - Programa de Atualização em Enfermagem - Gestão**, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 9-39, 2012.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA M. A.C. Trabalho em equipe multiprofissional. In: MARTINS, M. A. et al. (Or.). **Clínica Médica**, Barueri: Manole, 2009. v. 1, p. 171-178.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. Tese (Livre-Docência)–Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Disponível em: <<http://migre.me/r9HcE>>. Acesso em: 4 dez. 2015.

- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface**, Botucatu, v.17, n. 45, p. 327-340, 2013.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.
- PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.
- PINTO, R. M.; SILVA, S. B.; SORIANO, R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Social Science Medicine**, Oxford, v.74, no. 6, p. 940-947, 2012.
- PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, 2010.
- REDE HUMANIZASUS. **Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS**. 2014. Disponível em: <<http://migre.me/r9HEo>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**.3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- RODRIGUEZ, L. S. M. et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical studies. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 1, p. 132-147, 2005.
- RODRIGUES, M. R.; BRETAS A. C. P. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015005000034&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. **Subjetividade e gestão: explorando articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde**. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 33-50.
- SANTOS, J. L. G. et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 1983-1447, 2016.
- SAUPE, R. et al. Competências dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Butucatu, v. 9, n.18, p. 521-536, 2005.
- SCHUTZ, W. C. **O prazer: expansão da consciência humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94-108, 2014.

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Entre “feudos” e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 10, p. 3063-3072, 2015.

SILVA, D. G. V. et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 511-516, 2010.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. C. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: *Team Climate Inventory*** no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. 2014. 235 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, N. T. **Clima organizacional**: uma proposta dos fatores a serem utilizados para avaliação do clima de uma instituição de Ensino Superior. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVA, P. A. **Projeto de integração para novos funcionários da sede da autarquia hospitalar municipal**. 2014. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Gestão de Pessoas)–Programa FGV in Company, São Paulo, 2014.

SILVA, S. E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015.

SOARES, É. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 327-341, 2014.

SOUZA, E. L. P. **Clima e cultura organizacionais**: como se manifestam e como se manejam. São Paulo: E. Blucher, 1978.

SOUSA, M. F.; HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 11, p. 1325-1335, 2009.

- SOUZA, R. B. et al. Organização e liderança no trabalho do enfermeiro: percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem. **Revista Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.3, n. 2, p. 687-695, 2013.
- SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca de seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010.
- SPERONI, K. et al. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.
- SROUR, R. H. **Poder, cultura e ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.
- STOKES, M. E.; DAVIS, C. S.; KOCH, G. G. **Categorical data analysis using SAS system**. 2nd ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.
- STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro: JC, 1999.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.
- TUBBESING, G.; CHEN, F. M. Insights from exemplar practices on achieving organizational structures in primary care. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Massachusetts, v. 28, no. 2, p. 190-194, 2015.
- UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.
- VALENTINE, M. A.; NEMBHARD, I. M.; EDMONDSON, A. C. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. **Medical Care**, Philadelphia, v. 53, no. 4, p. e16-30, 2015.
- WASCH, J. E. Building the occupational health team: keys to successful inter disciplinary collaboration. **AAOHN Journal**, Atlanta, v. 53, no. 4, p. 166-170, 2005.
- WEST, M. A.; LYUBOVIKOVA, J. Real Teams or Pseudo Teams? The Changing Landscape Needs a Better Map. **Industrial and Organizational Psychology**, Chichester, v. 5, p. 25-28, 2012.
- WEST, M. A.; LYUBOVIKOVA, J. Illusions of teams working in healthcare. **Journal of Health Organization and Management**, Bethesda, v. 27, no.1, p. 134-142, 2013.
- WASHBURN, E. T. R. **Physician executive**, Alexandria, v. 26, no. 1, p. 112-124, 2000.

APÊNDECES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**”, que está sendo desenvolvida por mim, Hellen Emília Peruzzo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon, para elaboração de projeto de pesquisa em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é avaliar o trabalho em equipe na atenção básica a partir do programa Estratégia Saúde da Família. Sua participação é muito importante, e ela ocorrerá na Unidade de Saúde e em seu horário de trabalho. A entrevista será realizada por meio de um formulário socioeconômico autorreferido e um instrumento que avalia a escala de clima da equipe. Informamos que poderá ocorrer um leve desconforto ao responder o questionário, porém o pesquisador se propõe a esclarecer qualquer dúvida ou necessidade demonstrada por você. Gostaríamos de enfatizar que sua participação é totalmente voluntária e que você pode deixar de responder a qualquer uma das questões, desistir da participação a qualquer momento, ou mesmo recusar-se a participar, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa, e serão tratadas com sigilo e anonimato, preservando a sua identidade. Quanto aos benefícios resultantes destas informações, espera-se que contribua para analisarmos como está o nível de cooperação entre os membros das equipes de ESF. Assim, identificaremos os aspectos que devem ser tratados quando pensamos em trabalho em equipe na atenção primária. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE desta pesquisa.

Data: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: _____

Assinatura do pesquisador

Contatos:

Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, fone: (44) 3011-4513 ou soniasilva.marcon@gmail.com.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel.: (44) 3011-4444 E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**”, que está sendo desenvolvida por mim, Hellen Emília Peruzzo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon, para elaboração de projeto de pesquisa em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é avaliar o trabalho em equipe na atenção básica a partir do programa Estratégia Saúde da Família. Sua participação é muito importante, e ela ocorrerá na Unidade de Saúde e em seu horário de trabalho. Sua participação será realizada por meio de entrevista gravada, que depois de analisadas serão descartadas. Informamos que poderá ocorrer um leve desconforto ao responder o questionário, porém o pesquisador se propõe a esclarecer qualquer dúvida ou necessidade demonstrada por você. Gostaríamos de enfatizar que sua participação é totalmente voluntária e que você pode deixar de responder a qualquer uma das questões, desistir da participação a qualquer momento, ou mesmo recusar-se a participar, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa, e serão tratadas com sigilo e anonimato, preservando a sua identidade. Quanto aos benefícios resultantes destas informações, espera-se que contribua para apreendermos a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe na ESF, além de compreendermos as estratégias empregadas pelas equipes para obter Bom clima e interação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE desta pesquisa.

Data: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Data: _____

Assinatura do pesquisador

Contatos:

Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, Tel.: (44) 3011-4513 ou soniasilva.marcon@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel.: (44) 3011-4444 E-mail: copep@uem.br

APÊNCIDE C
Caracterização da Equipe

1. UBS: _____
2. Equipe: _____
3. Está com esta formação de profissionais há quanto tempo? _____
4. Tem enfermeiro na equipe? ()Sim ()Não Há quanto tempo? _____
5. Tem médico na equipe? ()Sim ()Não Há quanto tempo? _____
6. A equipe possui quantos ACS? _____

APÊNCIDE D
Caracterização Profissional

1. Iniciais do entrevistado: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Tem filhos: () Sim () Não Quantos?: _____
5. Unidade Básica de Saúde: _____
6. Equipe Estratégia Saúde da Família: _____
7. Função na equipe:

() Enfermeiro(a) () Médico(a) () Dentista () ACS

() Téc./aux. de Enfermagem () Téc./aux. da Saúde Bucal
8. Carga horária de trabalho: () 20h () 24h () 36h () 40h () 42h
9. Quantos anos de profissão? _____
10. Está há quanto tempo na prefeitura? _____
11. Está há quanto tempo nesta Unidade Básica de Saúde? _____
12. Está há quanto tempo nesta equipe ESF? _____

ESCALA DE CLIMA NA EQUIPE

PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Nós nos influenciamos mutuamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Estamos constantemente em contato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Interagimos frequentemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Temos contato como equipe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição da sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

| | Discordo totalmente | Discordo | Nem concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

| | De nenhum modo | | Um tanto | | | Completamente | |
|---|----------------|---|----------|---|---|---------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Quanto você está de acordo com esses objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

| | Pouco | | Até certo ponto | | | Muito | |
|--|-------|---|-----------------|---|---|-------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível? | | | | | | | |
| 2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho? | | | | | | | |
| 3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo? | | | | | | | |
| 4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível? | | | | | | | |
| 5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível? | | | | | | | |
| 6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho? | | | | | | | |
| 7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe? | | | | | | | |

Responda:

Qual nota você daria **para sua equipe** da ESF quanto o trabalho em equipe? ____

Qual nota você **se daria** quanto membro de sua equipe de trabalho? ____

O que é trabalho em equipe para você? _____

Quais são as características do trabalho em equipe? _____

Você gosta de trabalhar em equipe? Fale sobre. _____

APÊNDICE E

Entrevista individual

QUESTÃO NORTEADORA

Quais as características do trabalho em equipe na ESF?

QUESTÕES AUXILIARES

- Como você percebe/avalia sua colaboração/integração com os demais membros da equipe?
- Como você percebe/avalia a participação dos demais membros de sua equipe?
- Quais aspectos que dificultam a colaboração na sua equipe?
- Quais aspectos que favorecem a colaboração na sua equipe?
- Quais estratégias deveriam ser utilizadas para alcançar maior integração e conseguir colaboração em sua equipe?
- Relembre situações da sua prática o trabalho em equipe aconteceu de maneira efetiva.
- Relembre em quais situações da sua prática o trabalho em equipe NÃO aconteceu de maneira efetiva.

APÊNDICE F

Termo de Autorização de Pesquisa

Eu, Hellen Emília Peruzzo, responsável principal pelo projeto de pesquisa - Dissertação, o qual pertence ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, venho pelo presente, solicitar, através da CECAPS – Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde, autorização da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver uma pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde, para o trabalho de pesquisa sob o título “**TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**”, com o objetivo de analisar o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, avaliar o grau de colaboração/integração das equipes de ESF, diferenciar o grau de colaboração/integração das diferentes categorias profissionais das equipes de ESF, apreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe na ESF, bem como compreender as estratégias empregadas pelas equipes para obter Bom clima e interação. Orientado pela Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon.

Contatos:

Hellen Emília Peruzzo. Fone: (44) 9803-2190 ou hellen_peruzzo@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon. Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE, Tel.: (44) 3011-4513 ou soniasilva.marcon@gmail.com

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Hellen Emília Peruzzo
Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dr.^a Sonia Silva Marcon
Universidade Estadual de Maringá

ANEXOS

ANEXO A
Autorização CECAPS



ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº2084/15

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS
Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

Maringá, 13 de outubro de 2015.

Prezado Senhor

Informamos que a Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, autoriza a realização da pesquisa **“Trabalho em equipe na atenção primária à saúde”**, a ser realizada em todas UBS, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Pr.