

Rafael Rocha dos Santos¹
Eliane de Fátima Almeida Lima¹
Paula de Souza Silva Freitas¹
Heletícia Scabelo Galavote¹
Erika Maria Sampaio Rocha¹
Rita de Cássia Duarte Lima¹

The role of teamwork in Primary Health Care

A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT | Introduction: *Primary Health Care (PHC) has been conceptualized as a set of values and principles underlying the implementation health systems worldwide. Objective:* *To analyze the available evidence in the national scientific literature about the impact of teamwork in Primary Health Care. Methods:* *This is an integrative review covering the years 2004 to 2013, and using the Latin Literature database (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Eight articles were selected according to the inclusion criteria. Results:* *The contribution of teamwork in the Family Health Strategy Program is characterized a solid flow of information sharing, motivated by the clarification of doubts. Some difficulties were identified in the work process, such as: lack of infrastructure, lack of planning and lack of interaction among workers. However, it should be emphasized that teamwork is capable of re-signifying health acts, making care more committed to the democratization of work relations and to the professional development of health workers. Conclusion:* *Teamwork is an important factor for the reorientation of the healthcare model based on primary health care.*

Keywords | *Work; Patient care team; Primary health care or primary healthcare.*

RESUMO | Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conceituada como um conjunto de valores e princípios que delimitam a orientação do desenvolvimento dos sistemas de saúde por todo o mundo. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre a influência do trabalho em equipe no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, do período de 2004 a 2013, utilizando a base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Atenderam aos critérios de seleção oito artigos. **Resultados:** A contribuição do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família é relacionada ao compartilhamento de informações, motivado pelo esclarecimento de dúvidas. São apontadas algumas dificuldades no processo de trabalho, tais como: falta de infraestrutura, falta de planejamento e a falta de interação entre os trabalhadores. Destaca-se, contudo, que o trabalho em equipe é capaz ressignificar os atos em saúde, tornando o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde. **Conclusão:** O trabalho em equipe constitui-se como fator importante para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

Palavras-chave | Trabalho; Equipe de assistência ao paciente; Atenção Primária à Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido conceituada como um conjunto de valores e princípios que delimitam a orientação do desenvolvimento dos sistemas de saúde por todo o mundo. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) presume o trabalho em equipe como elemento-chave na área da APS. Consequentemente ocorreu uma forte expansão da APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Portanto, a ESF configura-se como um dos itens da estratégia de revolução da APS, tendo no trabalho em equipe um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho¹.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1993 e lançado um ano mais tarde. Em 1997, foi publicada a segunda versão oficial, que substituiu o termo Programa por Estratégia, com o objetivo de desmistificar o caráter normativo e verticalizado do primeiro, propondo um enfoque na organização e reorientação do modelo assistencial na atenção básica, reconhecendo sua potencialidade e capilaridade. Desde a sua implantação vem abrangendo, em seu bojo, uma série de dicotomias: por um lado, reitera sua condição de programa por apresentar objetivos, metas e passos definidos, ou seja: com uma organização e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; enquanto, por outro lado, uma Estratégia indica um caminho possível para se atingirem os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, por isso, capaz de influir e produzir impactos no sistema como um todo².

Além disso, é premissa que essa reorientação a partir da atenção básica também atinja o processo de trabalho, a fim de envolver os trabalhadores articulando uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe e também fazendo com que haja uma reconfiguração do processo de trabalho na ESF^{3,4}. O espaço da micropolítica dos processos de trabalho em saúde, enquanto o agir cotidiano dos sujeitos, representa o terreno fértil de fomento às mudanças de ressignificação do modo de fazer saúde, visto que os trabalhadores detêm alto controle da condução dos microprocessos decisórios, de forma que novas práticas devam surgir no cenário real de trabalho, com reconhecimento do protagonismo e autogoverno dos diferentes atores, seja eles profissionais, seja usuários.

A ótica hegemônica neoliberal, vigente nos serviços de saúde, que orienta o modelo assistencial, acaba por

definir a missão que os serviços possuem, bem como as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos⁵. Para Schraiber *et al.*⁶, esse modelo tende a adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador quanto – no caso da saúde – a regular rigorosamente o que é produzido de modo direto pelos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho.

Merhy e Franco⁷ atribuem ao trabalho em saúde um caráter eminentemente relacional, de forma que ele se produz no encontro trabalhador-usuário, no qual todos são protagonistas e detêm diferentes graus de autonomia e controle do processo. Para os autores, o trabalho pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, enquanto, aquele, restrito às normas e equipamentos, e este nunca será capaz de anular a potência de vida do trabalhador. Ao contrário, o trabalho vivo em ato, representa um encontro de valorização da autonomia e protagonismo dos atores, com ênfase em tecnologias de trabalho relacionais, as tecnologias leves, que têm a possibilidade de instituir novas formas de produção do cuidado, com estímulo ao estabelecimento de vínculo e responsabilização no cenário de práticas.

Um dos fundamentos para o rearranjo estrutural da atenção à saúde no SUS, bem como no desenvolvimento de práticas na ESF, é o formato do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares^{3,4}. Essas equipes possuem como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita, com enfoque na família. Para se atingir os objetivos supracitados, requer-se: abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social¹.

Franco⁸, ao analisar a imanência das redes no trabalho em saúde, aponta a ideia de pertencimento dos trabalhadores entre si, e destes com outras equipes e usuários, de forma que a execução das ações se realiza por meio de atos sincronizados, que configuram uma rede potente de produção do cuidado. O autor afirma que não há uma autossuficiência no trabalho em saúde, sendo necessário o trabalho coletivo para o atendimento usuário centrado nas necessidades reais de saúde. Assim, o trabalhador opera sempre em um campo relacional de acordos e contratos, conflituosos ou harmoniosos, com o compartilhamento de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades.

Sendo assim, com o intuito de obter o alcance de um modelo assistencial que conceda a articulação de diversas intervenções, com ênfase na participação dos usuários e trabalhadores, espera-se que o trabalho em equipe seja uma construção de uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo deva propiciar a aproximação entre os diferentes atores, tendo-se a clareza de que todo o conhecimento parcial só ganha significado quando compartilhado no coletivo. Discute-se, portanto, a importância da transdisciplinaridade, que envolve não só as interações ou reciprocidades entre conhecimentos especializados, mas a inserção dessas relações dentro de um sistema total, sem qualquer limite rígido entre as disciplinas. Dessa maneira, enfatiza-se que a importância e a necessidade das ações, inter, multi e transdisciplinares no setor saúde, e para além dele, passaram a preencher a agenda de debates de forma oficial desde 1980. O objetivo dessas ações é promover a saúde dos indivíduos e das comunidades, com controle e participação social^{9,10}.

Alguns dos projetos assistenciais que sustentam e guiam as mudanças nos processos de trabalho na Atenção Básica são ancorados nas relações pessoais diretas de profissionais entre si e com a população em geral, no acolhimento como porta de entrada aos serviços de saúde e na visita domiciliar como espaço de encontro entre trabalhador e usuário¹¹.

Em virtude da importância que a ESF adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, busca-se refletir sobre o trabalho das equipes e sua influência no atendimento na atenção primária levando em consideração que o trabalho em saúde é produzido a partir do encontro entre os trabalhadores e desses com os usuários.

Objetiva-se, portanto, analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre a influência do trabalho em equipe no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS |

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. A revisão integrativa é o instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que viabiliza a compilação

e a análise da informação produzida sobre uma temática em investigação. Trata-se de uma técnica de pesquisa com rigor metodológico que aumenta a confiabilidade e a profundidade das conclusões da revisão¹².

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram determinadas as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; seleção e obtenção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e consolidação final.

Para a primeira etapa, foi elaborada uma questão norteadora: Como o trabalho em equipe influencia o atendimento na Atenção Primária à Saúde?

A posteriori determinou-se a seleção dos artigos, feita no dia 02 de junho de 2015. A seleção deles foi realizada por meio de busca das publicações da literatura científica, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2013, no idioma português, na biblioteca virtual do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que contempla as principais bases de dados científicos no campo nacional e internacional: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder à questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo; ter sido publicado no período supracitado; no idioma português. Foram excluídos: os estudos que se encontravam repetidos em uma ou mais bases de dados e os que não se apresentavam em formato de artigo, como: cartas, editoriais, teses e dissertações.

Para a busca dos artigos, foram utilizadas três palavras-chave indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Trabalho, Equipe de Assistência ao Paciente e Atenção Primária à Saúde, e realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio de uma estratégia de busca. Nessa estratégia, as palavras-chave foram cruzadas utilizando-se o operador booleano AND.

Realizados todos os cruzamentos entre os descritores, foram encontrados 256 estudos. Os artigos encontrados passaram por uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e resumos, quando necessário. Ao término dessa

primeira fase, foram pré-selecionados 9 artigos e lidos na íntegra de modo a identificar a adequação deles aos critérios de inclusão destinados a esta revisão. Concluídas as etapas de pré-seleção dos artigos, foi excluído 1 artigo, chegando-se a uma amostra final de 8 estudos (Figura 1).

Foi realizada também a revisão por pares como forma de assegurar mais rigor e credibilidade na seleção dos artigos.

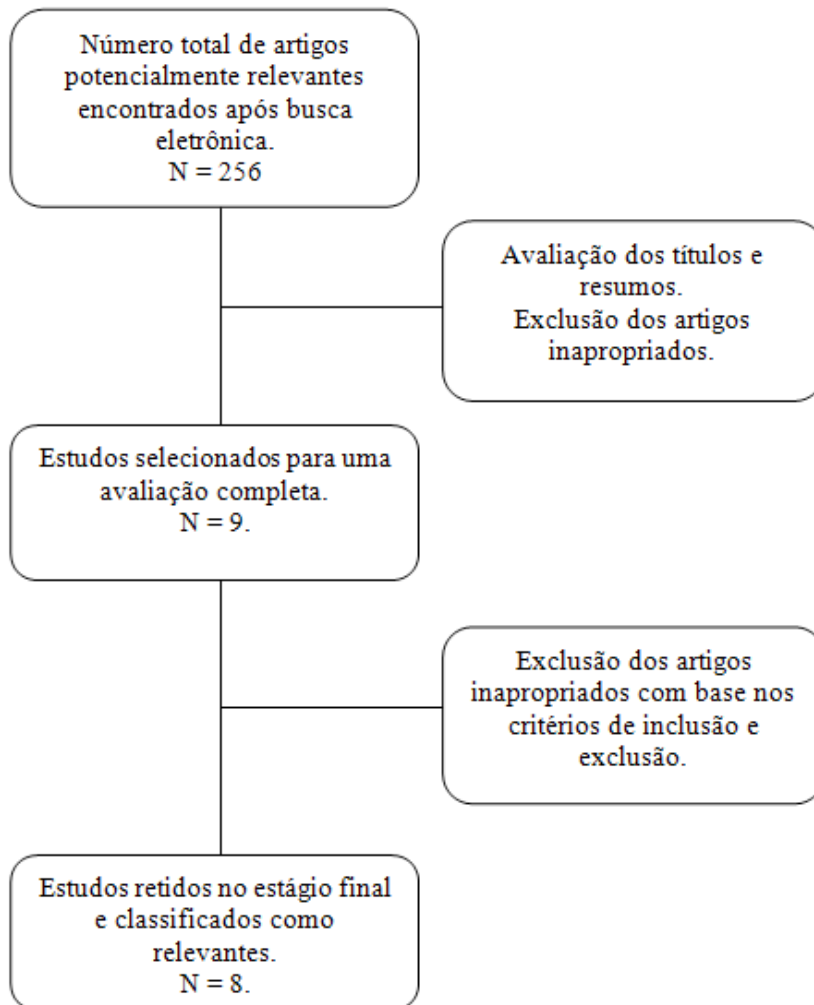
RESULTADOS |

Dos estudos selecionados, foram encontrados 7 artigos no Lilacs e 1 artigo no Medline. No que se refere ao ano de publicação, notou-se que 25% (2) dos estudos eram de 2013;

37,5% (3), de 2010; 12,5% (1), de 2009; 12,5% (1), de 2007; e 12,5% (1) de 2004. Quanto à distribuição geográfica 87,5% (7) são provenientes do continente americano e 12,5% (1) são provenientes do continente europeu. Dos estudos que compuseram esta revisão, 87,5% (7) estão situados nos estratos A2, B1 e B2 do Qualis na Saúde Coletiva. Em relação ao desenho do estudo, 25% (2) dos artigos apresentaram como desenho do estudo a revisão bibliográfica da literatura e 75% (6) se caracterizavam como estudo qualitativo.

Foram encontradas nos artigos selecionados proximidades no tocante à importância e à conformação do trabalho em equipe e sua influência no atendimento na Atenção Primária conforme retrata o Quadro 1, que sintetiza os artigos incluídos na presente revisão considerando o instrumento proposto por Ursi¹³ adaptado às necessidades do estudo.

Figura 1 - Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos



Quadro 1 - Síntese os artigos incluídos na revisão integrativa

Nº	Nome do artigo	Autores	Resultados	Recomendações/ Conclusões
1.	Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?	Kell e Shimizu	Compreende-se como essência do trabalho em equipe, a união dos integrantes, na busca de um objetivo comum. Percebe ser necessário organização hierárquica e divisão de funções e deve haver flexibilidade para articulação e complementaridade das ações.	Constata-se que, para a melhoria do trabalho em equipe, é necessário: qualificar a gestão; privilegiar relações amistosas; investir na criatividade, buscando novos mecanismos para aprimoramento da qualidade da produção do cuidado em saúde.
2.	Caracterização das equipes da saúde da Família e de seu processo de trabalho.	Marqui et al.	Este estudo mostrou que as dificuldades identificadas pelos trabalhadores de saúde e gestores estão relacionadas a diversos fatores, como instabilidade dos vínculos de trabalho, precariedade dos locais de trabalho, excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe, entre outros.	Acredita-se que a melhoria das condições de trabalho fomenta a motivação para o exercício das atividades profissionais, pois a valorização dos trabalhadores pode possibilitar o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva. Ressalta-se a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes da ESF para (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde.
3.	Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental.	Caçapava et al.	A rede de conversações que se formou no serviço sustentou-se pela interação e articulação entre os profissionais que, por meio de várias discussões, refletiam seus modos de agir individual e coletivo e decidiam, a partir desses debates, os itinerários terapêuticos a serem experimentados, agenciando, portanto, singularidades e acolhendo-se uns aos outros.	Este estudo possibilitou à equipe experimentar e refletir para: evitar que os trabalhadores se fechem em suas concretudes resolutivas e potências; reinventar um cotidiano que transversalize também a organização dos processos de trabalho dos profissionais resistentes, de modo que estesousem ao gerar novas possibilidades anti-hegemônicas na compreensão da multiplicidade do sofrimento psíquico do usuário.
4.	A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.	Ribeiro, Pires e Blank	Procurou-se ressaltar as condições vigentes na implementação da atual proposta de trabalho no PSF, do governo brasileiro, conduzido em um contexto neoliberal e fortemente influenciado pelo modelo biomédico e pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho. Algumas das condições encontradas são: burocratização; a influência da divisão capitalista do trabalho e dificuldades no trabalho em equipe, além da pouca consideração da subjetividade de usuários do sistema de saúde e dos trabalhadores.	É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para o trabalhador e o usuário. A não realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

*continua.

*continuação.

Nº	Nome do artigo	Autores	Resultados	Recomendações/ Conclusões
5.	Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal.	Souza et al.	Tanto em Portugal como no Brasil, merecem destaque os avanços obtidos: a avaliação positiva quanto às práticas de atenção primária em saúde, com evidências de maior acesso aos serviços, continuidade e humanização, salientando-se o trabalho em equipe como elemento central nessas mudanças.	Em Portugal e no Brasil, as dificuldades de consolidação da atenção primária em saúde como coordenadora da atenção traduzem um modelo em transição ou um processo em construção.
6.	O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes.	Pereira et al.	Pode-se dizer que há uma aproximação entre as ações técnicas e a interação dos sujeitos que é apresentada pelos profissionais como tendo um caráter dinâmico, processual e conflituoso.	É essencial promover uma conjuntura favorável em termos de estrutura: condições dignas de trabalho, acesso a suporte diagnóstico, educação permanente, suporte gerencial e matricial. É fundamental reconhecer a importância das relações interpessoais e da comunicação para a reestruturação das práticas assistenciais, de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho, na qual os profissionais reconheçam o trabalho do outro, atuem em um sistema de confiança e busquem, para além da articulação das ações, a interação comunicativa.
7.	Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia	Moretti-Pires e Campos	Apesar de a Saúde da Família constituir um modelo de atenção primária que prima pela visão complexa do usuário, a formação universitária de seus profissionais ainda se pauta na visão fragmentária, reduzida ao âmbito da disciplinaridade (anatomia, patologia, genética, farmacologia, economia, sociologia, etc).	É necessária a reorientação curricular efetiva e integrada entre os cursos de saúde, com foco em objetos e objetivos comuns, fundamentados no SUS idealizado. Paralelamente, tem-se a necessidade de reorientar o trabalho na ESF em espaços que abarquem dimensões e objetos de trabalho comuns, assim como peculiaridades das competências profissionais, partindo do multidisciplinar para o trabalho interdisciplinar.
8.	Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura	Marques et al.	Apesar de a multidisciplinaridade estar presente no PSF, sua realização ocorre de maneira parcial e incompleta, pois a articulação acontece quando diz respeito à troca e transmissão de informações de caráter técnico, entretanto, não em torno da necessidade da equipe e da comunidade na busca de consenso coletivo, havendo, ainda, uma sobreposição da razão instrumental sobre a razão comunicativa.	É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe, observando que o ato médico pode ser encarado como um retrocesso deste avanço.

*conclusão.

Os artigos selecionados referendam que o trabalho em equipe, com a conformação multiprofissional, é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF. Sendo assim, os artigos que foram selecionados para integrar esta revisão, tal como o estudo de Marqui *et al.*¹⁰, mostram que as equipes de saúde da família são compostas por uma equipe mínima (um médico, um enfermeiro, dois a três auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde). Algumas possuem equipes de saúde bucal e todas poderão contar com profissionais da equipe de saúde mental (assistente social, psicólogo) e de reabilitação.

Um dos artigos mostra a conformação do trabalho em equipe em uma experiência de Portugal, na qual, as equipes portuguesas são compostas por três a 10 médicos de família, tendo igual número de enfermeiros de família e de profissionais administrativos. Além disso, as equipes recebem incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito e são sensíveis à produtividade, à acessibilidade e à qualidade da atenção¹⁴.

DISCUSSÃO |

Os estudos que integram a presente revisão integrativa mencionam que, em algumas situações nas quais existem complementaridade e interdependência entre os trabalhos, a necessidade do trabalho do outro é percebido como forma de garantir a continuidade do atendimento. Além disso, frequentemente a articulação entre os profissionais acontece para o esclarecimento de dúvidas ou pela necessidade de avaliação em conjunto de um caso.

Portanto, o trabalho em equipe, no sentido de humanizar o serviço, favorece o traspasar de diferentes ações e instâncias, tornando o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde¹⁵.

A análise dos estudos que integraram esta revisão revela que a contribuição do trabalho em equipe na ESF se produz por meio do compartilhamento de informações que os profissionais dessa Estratégia buscam, motivados, principalmente, pelo esclarecimento de dúvidas. Assim, são articulados os diversos saberes presentes na equipe para que se alcance um projeto comum a todos e que seja pertinente às necessidades de saúde do usuário¹⁵.

Portanto, para Peduzzi¹⁶, essa articulação é feita pelos profissionais, principalmente, porque eles estão buscando conhecer o trabalho do outro e incorporá-lo na execução do seu próprio trabalho. Contudo, essas articulações sempre estão voltadas a um determinado fim, em que a comunicação que é realizada entre a equipe ocorre com o objetivo de atender às demandas imediatas que são expressas nas queixas apresentadas pelos usuários. Para a autora, esse modo de organização do trabalho pode representar um momento de múltiplas conexões no interior da equipe, ou, diferentemente, ser efetivado pela justaposição das tarefas, sem reflexão e compartilhamento de processos terapêuticos sugeridos pelo coletivo dos trabalhadores. Quanto a isso, a integração que deve tangenciar o campo de atuação dos trabalhadores de uma equipe de saúde é viável por meio de espaços coletivos de reflexão das práticas, por meio de “conexões percebida e introduzida ativa e conscientemente pelos sujeitos do trabalho”, em processos de produção contínua de democratização e ética nas relações de trabalho.

Segundo Merhy¹⁷ as tecnologias duras (ferramentas, máquinas), leve-duras (instrumentos para examinar o “paciente”, raios-x) e as leves (que diz respeito às relações produzidas no encontro usuário-trabalhador se materializa, especialmente por intermédio de trabalho vivo em ato; tais como os momentos de fala, escutas, momentos de cumplicidade), são tecnologias interdependentes e presentes na produção do trabalho em Saúde. O autor descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias quanto à utilização dos diversos saberes que cada profissional de saúde detém. Esses diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que, quando se relacionam com os usuários, produzem o cuidado em saúde.

Os estudos apontam as dificuldades no processo de trabalho das equipes da ESF como um importante analisador. Uma das dificuldades observadas com mais expressividade é a falta de infraestrutura das unidades básicas de saúde¹⁰, com destaque para a escassez de insumos (especialmente medicamentos, materiais para curativo e limpeza) e equipamentos para a realização do trabalho, bem como a falta de transporte para as visitas domiciliares – principalmente na zona rural. Colomé¹⁸ afirma que as equipes necessitam de melhores condições e locais de trabalho adequados para exercer suas atividades de maneira prazerosa e menos desgastante, já que, certamente, essa situação interfere na assistência prestada aos usuários.

Outra dificuldade relatada é a falta de planejamento coletivo do trabalho. Os momentos de reunião das equipes para planejar as atividades a serem desenvolvidas são escassos, visto que se costuma seguir o plano de trabalho determinado pelas Secretarias de Saúde. Essas atividades seguem as normatizações do Ministério da Saúde¹⁹, que definem o processo de regionalização da assistência e conferem responsabilidades às equipes nas ações de saúde, em áreas consideradas prioritárias da atenção básica à saúde, tais como ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, entre outras.

Quando não ocorre um planejamento coletivo das ações, cria-se um ambiente propício para que haja uma prestação da assistência de forma parcelar por parte do profissional, o que não permite que sejam exploradas as múltiplas facetas das necessidades de saúde dos usuários, desmantelando a proposta caracterizada da ESF¹⁰.

Contudo, para Paim²⁰, as ações devem ter como ponto de partida as necessidades identificadas na população atendida pelos serviços de saúde. Kell e Shimizu⁹ relatam que um dos fatores para a inobservância proposta por Paim²⁰ é a inexistência de um espaço formal e sistematizado, nas unidades básicas de saúde, para que as necessidades e demandas da população sejam discutidas e compartilhadas. Outro fator é a necessidade que as equipes sentem de o gestor de saúde assumir, de fato, a coordenação e articulação entre as equipes e das ações desenvolvidas por elas – referindo-se à importância de certo grau de acompanhamento institucional, no que tange à orientação e apoio⁹.

No que se refere ao trabalho em equipe, a análise dos estudos permitiu perceber que a falta de interação entre os trabalhadores constitui-se em uma dificuldade, que acaba por caracterizar a individualização do trabalho, a compartimentalização das atividades, a dificuldade no fluxo de informações, entre outras¹⁰. Mas, em um dos artigos¹⁰ enfatizou-se que a maioria dos profissionais afirma que o trabalho em equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do trabalho. Também é evidente que o trabalho em equipe pode representar um momento de compartilhamento de saberes e práticas ou, diferentemente, ser espaço de justaposição de atos modelares, como sugere Pedduzi²¹. Além disso, o trabalho em equipe garante a criação de vínculos, laços e corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários²².

Outra dificuldade elucidada nos estudos analisados refere-se à organização parcelar do trabalho, que conduz os trabalhadores a se fixarem em uma determinada etapa do projeto terapêutico. Para Franco²³, quando isso ocorre, não há interação dos trabalhadores com o produto final da sua atividade laboral – mesmo que tenham dele participado, pontualmente – e, conseqüentemente não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho.

Dessa maneira, Campos²⁴ afirma ser necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho por meio da organização do atendimento com base no vínculo. Levando em consideração o protagonismo dos atores envolvidos, percebe-se que essa aproximação consiste na promoção de encontros com os usuários com base nas relações de responsabilização e de vínculo.

CONCLUSÃO |

A presente revisão evidenciou a importância que o trabalho em equipe desempenha para a reorientação do modelo assistencial de saúde a partir da atenção básica, reiterando a sua contribuição para que os objetivos do SUS possam ser atingidos de forma a influenciar e modificar o sistema em sua totalidade.

A análise dos estudos permitiu visualizar de que modo o trabalho em equipe influencia o atendimento na atenção primária. A falta de planejamento das ações coletivas e do compartilhamento de informações mostra que esses dois desafios precisam ser encarados para que o trabalho em equipe seja aperfeiçoado. Cabe ao gestor o reconhecimento da importância do trabalho coletivo, não sendo necessário que ele atue como coordenador e articulador dos trabalhos entre as equipes.

Outro agente transformador do modelo assistencial de saúde vigente – que essa revisão evidenciou – foi a noção de que a continuidade do atendimento só será garantida quando a percepção da necessidade do trabalho do outro for valorizada. Denota-se, portanto, que o trabalho em equipe deve ser constituído com a interação dos trabalhadores, sem que haja individualização do trabalho e compartimentalização das atividades.

O trabalho em equipe deve ser constituído dessa maneira, pois o compartilhamento de informações mostra-se efetivo

para a continuação do atendimento, a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde. Somente atuando concomitantemente, a valorização da percepção da necessidade do trabalho do outro e a interação dos trabalhadores garantirão a continuidade do atendimento, gerando autonomia, liberdade e prazer na organização do trabalho.

Dessa forma, é necessário viabilizar a liberdade e autonomia que o trabalho em equipe pode proporcionar na atenção primária à saúde de modo a transformar as relações entre trabalhadores e usuários, gerando criação de vínculos e um acolhimento mais efetivo.

Sendo assim, espera-se que os questionamentos apontados na presente revisão possam potencializar novas verificações, com substantiva validade e possibilidades de generalizações, subsidiando dessa forma a reorientação do modelo de assistência à saúde no SUS e a consequente modificação dos processos de trabalho em equipe na atenção básica.

REFERÊNCIAS |

1. Marquesa JB, Aprígio DP, Mello HLS, Silva JD, Pinto LN, Machado DCD, et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(2):246-55.
2. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):438-46.
3. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
4. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2001; 5(9):150-53.
5. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):305-29.
6. Schraiber LB, Peduzzi IM, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4:221-42.
7. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em debate*. 2003; 27(65):316-27.
8. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos Ra. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ; 2006. p. 459-73.
9. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (Supl. 1):1533-41.
10. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):956-61.
11. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(Supl. 1):85-112.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
13. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Internet]. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Fundamental] – Universidade de São Paulo; 2005 [acesso em 13 fev 2015]. Disponível em: URL: <<http://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/>>.
14. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(3):190-5.
15. Marques, JB, et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(2):246-55. (Referência repetida do item 1.)

16. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas; 1998.

17. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

18. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(4):548-56.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

20. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC; 2002.

21. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde. 2002; 1(1):75-91.

22. 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):31-6.

23. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.

24. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para público. São Paulo: Hucitec; 1997 p. 229-66.

Correspondência para/ Reprint request to:

Rafael Rocha dos Santos

Rua Padre Luiz Koester, 21,

Bairro da Penha, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29047-290

Tel.: (27) 99867-5446

E-mail: rafaelrochastos@gmail.com

Submetido em: 20/01/2016

Aceito em: 27/03/2016