

ARTIGO ORIGINAL

O trabalho em equipe na estratégia saúde da família

Teamwork in the family healthcare strategy

Ana Claudia Pinheiro Garcia,¹ Rita de Cássia Duarte Lima,¹ Paula de Souza Silva Freitas,¹ Thiago Fachetti,¹ Maria Angélica Carvalho Andrade.¹

¹Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Recebido em: 24/10/2014

Aceito em: 22/04/2015

anacpgarcia@hotmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: a avaliação em saúde tem como finalidade aprimorar a capacidade de oferecer adequada atenção e melhor condição de saúde à população. Por meio de um processo avaliativo, podemos repensar as práticas que vem sendo ofertadas e subsidiar gestores para adequação dos serviços. O objetivo do estudo é avaliar o trabalho em equipe, na perspectiva dos profissionais que atuam na estratégia da saúde da família. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A população foi constituída pelos profissionais de saúde atuantes nas estratégias saúde da família nos municípios do estado do Espírito Santo com população superior a 50 mil habitantes. A coleta foi realizada por meio de um questionário semiestruturado entre julho de 2012 e agosto de 2013. **Resultados:** Observou-se uma avaliação positiva dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, a maioria considerando o relacionamento bom e respeitoso; e poucas vezes conflituoso; a organização das atividades realizada de forma conjunta; pouca ocorrência de dificuldades no trabalho interno e com a comunidade; o trabalho sempre ou na maioria das vezes baseado em rotina pré-estabelecida, assim como a capacidade de rever rotinas e procedimento e o estímulo à participação da comunidade. **Conclusão:** nota-se o desafio e a responsabilidade dos profissionais de saúde no reconhecimento do trabalho em equipe e sua relevância para a mudança das práticas de atenção e gestão do SUS.

DESCRITORES

*Avaliação em saúde;
Atenção Primária à saúde;
Saúde da Família;
Ambiente de trabalho.*

ABSTRACT

Background and Objectives: The healthcare evaluation aims to improve the capacity to provide adequate assistance and better healthcare to the population. Through an evaluation process, one can rethink the practices that are being offered and subsidize managers for adequacy of services. The aim of this study is to evaluate teamwork, from the perspective of professionals who work in the family health strategy. **Method:** a descriptive cross-sectional study was performed. The population comprised healthcare professionals working with the family health strategy in the municipalities of the state of Espírito Santo with more than 50,000 inhabitants. Data collection was performed through a semi-structured questionnaire between July 2012 and August 2013. **Results:** there was a positive evaluation of the professionals regarding teamwork, with most considering the professional relationship always or most of the time good and respectful; the relationships were rarely considered to be confrontational; the organization of the activities was performed jointly, with rare occurrence of difficulties regarding domestic work and the community; the work was always or most of the time based on pre-established routines, as well as the capacity to review routines and procedures and the encouragement for community participation. **Conclusion:** One can observe the challenge and responsibility of healthcare professionals in acknowledging teamwork and its relevance to changes in the practices of care and management of the Brazilian Unified Health System.

KEYWORDS

*Health Evaluation;
Primary Health care;
Family Health;
Working Environment.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, com a atual dimensão alcançada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), é inegável o impacto na organização da atenção básica, criando condições para iniciativas de reorientação do modelo assistencial, a partir do âmbito municipal. Assim, para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível, o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Nessa perspectiva, o estabelecimento de equipes multiprofissionais é considerado um dos elementos chave para o desenvolvimento das práticas na ESF e reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença, por meio de relações pessoais diretas de profissionais entre si, e com a população em geral operando com base na adesão de clientela, no acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, na visita domiciliar e na integralidade nos cuidados de saúde.¹

Importante ressaltar a necessidade de se compreender a intencionalidade e racionalidade orientadoras do trabalho em equipe de saúde, distinguindo o trabalho em equipe fundamentado na tradição médica, daquele cuja orientação se dá pela integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde, estando fundamentado nas necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a mudança da lógica biomédica para a da integralidade e do cuidado em saúde, requer que a construção do trabalho em equipe se dê de forma integrada.²

Em que pesem a relevância e as características inovadoras do estabelecimento de equipes para atuar na ESF, elas, por si só, não são suficientes para institucionalizar as práticas do trabalho em equipe. A simples composição de equipes nos serviços de saúde não corresponde necessariamente à configuração da realização de um 'trabalho em equipe'. Se esta integração não ocorrer, existe a possibilidade de que não seja superado o modelo de atenção fragmentado, desumanizado, voltado, sobretudo, para a recuperação biológica dos indivíduos, sem uma divisão do trabalho mais flexível e com a mesma valorização social dos diferentes trabalhos.¹

Assim, é necessária a construção em equipe de um projeto comum, de modo que exista uma complementaridade entre os trabalhos especializados dos diferentes profissionais, bem como a interação entre os trabalhadores e entre eles e os usuários.

Aspectos que dizem respeito ao campo das relações entre os profissionais – tais como o respeito, a existência de conflitos, a organização conjunta das atividades, rotinas e procedimentos, a liberdade, o prazer e a autonomia na organização do processo de trabalho, o estímulo à participação da comunidade e a garantia de criação de vínculos, laços, corresponsabilização e acolhimento – poderão indicar sua realização efetiva.

Nesse contexto, o objetivo do estudo é avaliar o trabalho em equipe, na perspectiva dos profissionais, que atuam na estratégia da saúde da família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado no estado do Espírito Santo, em municípios com população superior a 50 mil habitantes. Segundo o Censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 11 municípios atendiam a esse critério e concentravam 65,6% da população do estado.

A população foi constituída pelos profissionais atuantes nas equipes das estratégias saúde da família.

Para participar da pesquisa, as equipes de Estratégia de Saúde da Família deveriam ser compostas por: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e, no mínimo, três agentes comunitários de saúde (ACS), com um tempo de atuação em conjunto de no mínimo seis meses. No total, participaram do estudo 10 municípios, pois um deles precisou ser excluído, por não apresentar nenhuma equipe que atendesse ao critério de inclusão.

Para a coleta de dados, foram utilizados três questionários semi-estruturados e auto preenchidos, cada um direcionado à função desempenhada dentro da equipe de saúde da família: agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem e profissionais de nível superior (enfermeiro/médico). Esses questionários foram elaborados a partir de instrumentos validados em estudo anterior.³ Foi realizado teste piloto no município de Domingos Martins para verificar a linguagem e compreensão das perguntas.

Os dados foram coletados entre julho de 2012 e agosto de 2013 por meio da distribuição de 270 instrumentos. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS 18.0 e os dados apresentados na forma de tabela.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o número 225/11. Essa pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

RESULTADOS

Neste estudo, foram entrevistados 240 profissionais sendo 121 (50,4%) ACS, 40 (16,7%) auxiliares/técnicos de enfermagem, 41(17,1%) enfermeiros e 38 (15,8%) médicos.

Observa-se na tabela 1 que, quando questionados se o relacionamento é bom e respeitoso, 56,2% dos ACS e 57,5% dos auxiliares e técnicos responderam que sempre, já os médicos e enfermeiros demonstraram ser na maioria das vezes.

Nota-se que a relação é poucas vezes conflituosa para 55,3% dos ACS, 52,5% para os auxiliares e técnicos e 81,0% para os médicos e enfermeiros. Em relação se a equipe organiza de forma conjunta a programação das atividades da equipe, 63,6% dos ACS responderam que sempre e na maioria das vezes para as outras categorias.

No que se refere à dificuldade no trabalho interno e no trabalho com a comunidade, a maioria dos entrevistados respondeu que poucas vezes apresentam

Tabela 1. Avaliação dos profissionais de equipes de saúde da família sobre a realização do trabalho em equipe em municípios do estado do Espírito Santo, 2012/2013.

Variáveis	ACS		AUXILIAR/ TÉCNICO		ENFERMEIROS E MÉDICOS		TOTAL	
	N=121	%	N=40	%	N=79	%	N=240	N=240
Relacionamento é bom e respeitoso								
Sempre	68	56.2	23	57.5	36	45.6	127	52.9
Na maioria das vezes	42	34.7	16	40	40	50.6	98	40.8
Poucas vezes	8	6.6	-	-	3	3.8	11	4.6
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-
Não sabe informar	-	-	1	2.5	-	-	1	0.4
Não respondeu	3	2.5	-	-	-	-	3	1.3
A relação é conflituosa								
Sempre	2	1.7	-	-	-	-	2	0.8
Na maioria das vezes	5	4.1	-	-	2	2.5	7	2.9
Poucas vezes	67	55.3	21	52.5	64	81	152	63.3
Nunca	42	34.7	17	42.5	11	13.9	70	29.2
Não sabe informar	2	1.7	1	2.5	2	2.5	5	2.1
Não respondeu	3	2.5	1	2.5	-	-	4	1.7
A equipe organiza, de forma conjunta, a programação das atividades da equipe								
Sempre	77	63.6	20	50	28	35.4	125	52.1
Na maioria das vezes	32	26.4	16	40	42	53.2	90	37.5
Poucas vezes	11	9.1	3	7.5	8	10.1	22	9.2
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-
Não sabe informar	-	-	1	2.5	1	1.3	2	0.8
Não respondeu	1	0.9	-	-	-	-	1	0.4
A equipe apresenta dificuldades no trabalho interno e no trabalho com a comunidade								
Sempre	3	2.6	-	-	-	-	3	1.3
Na maioria das vezes	14	11.6	5	12.5	10	12.7	29	12.1
Poucas vezes	71	58.7	22	55	56	70.9	149	62.1
Nunca	28	23	13	32.5	10	12.7	51	21.25
Não sabe informar	-	-	-	-	3	3.8	3	1.3
Não respondeu	5	4.1	-	-	-	-	5	2.1
A equipe trabalha baseada em rotina pré-estabelecida								
Sempre	51	41.3	18	45	18	22.8	87	36.25
Na maioria das vezes	54	45.5	18	45	60	75.9	132	55
Poucas vezes	8	6.6	2	5	1	1.3	11	4.6
Nunca	3	2.5	1	2.5	-	-	4	1.7
Não sabe informar	-	-	1	2.5	-	-	1	0.4
Não respondeu	5	4.1	-	-	-	-	5	2.1
A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos								
Sempre	60	48.7	10	25	20	25.3	90	37.5
Na maioria das vezes	43	36.4	26	65	41	51.9	110	45.8
Poucas vezes	14	11.5	2	5	14	17.7	30	12.5
Nunca	-	-	-	-	2	2.5	2	0.8
Não sabe informar	1	0.9	-	-	1	1.3	2	0.8
Não respondeu	3	2.5	2	5	1	1.3	6	2.5
A equipe estimula a participação da comunidade								
Sempre	58	47.9	15	37.5	13	16.5	86	35.8
Na maioria das vezes	45	37.2	18	45	41	51.9	104	43.3
Poucas vezes	13	10.7	5	12.5	24	30.4	42	17.5
Nunca	1	0.9	-	-	1	1.3	2	0.8
Não sabe informar	-	-	2	5	-	-	2	0.8
Não respondeu	4	3.3	-	-	-	-	4	1.7
O trabalho da equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do dia-a-dia do processo de trabalho								
Sempre	49	40.5	11	27	10	12.7	70	29.2
Na maioria das vezes	52	43.8	25	62.5	55	69.6	132	55
Poucas vezes	18	14	3	7.5	12	15.2	33	13.75
Nunca	-	-	-	-	1	1.3	1	0.4
Não sabe informar	-	-	1	2.5	1	1.3	2	0.8
Não respondeu	2	1.7	-	-	-	-	2	0.8
O trabalho da equipe garante a criação de vínculos, laços de coresponsabilização e acolhimento na relação trabalhador /usuário dos serviços da UBS								
Sempre	58	47.9	15	37.5	14	17.7	87	36.25
Na maioria das vezes	53	43.8	23	57.5	52	65.8	128	53.3
Poucas vezes	6	5	1	2.5	10	12.7	17	7.1
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-
Não sabe informar	-	-	1	2.5	2	2.5	3	1.3
Não respondeu	4	3.3	-	-	1	1.3	5	2.1

dificuldades. Quando avaliados se o trabalho é baseado em rotinas pré-estabelecidas, 75,9% dos médicos e enfermeiros responderam na maioria das vezes, assim como 45,5% ACS e 60% dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Quanto à capacidade que a equipe tem de rever suas rotinas e procedimentos, 65% dos auxiliares e técnicos e 51,9% dos médicos e enfermeiros afirmaram que na maioria das vezes e 48,7% dos ACS que sempre.

Quando questionados se a equipe estimula a participação da comunidade, 51,9% dos médicos e enfermeiros e 45% dos auxiliares e técnicos responderam que na maioria das vezes, já 47,9% dos ACS responderam que sempre. Em relação à pergunta se o trabalho da equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do dia-a-dia do processo de trabalho, 69,6% dos médicos e enfermeiros, 65,5% dos auxiliares e técnicos e 43,8% dos ACS responderam que na maioria das vezes.

No que tange se o trabalho da equipe garante a criação de vínculos, laços de corresponsabilização e acolhimento na relação trabalhador/usuário dos serviços da UBS observa-se que isso se dá sempre, segundo 47,9% dos ACS e na maioria das vezes para 57,5% auxiliares/técnicos e 65,8% dos enfermeiros/médicos.

DISCUSSÃO

O trabalho em saúde "é um exemplo claro de espaço social que necessita da lógica da práxis. Entretanto, há inúmeros obstáculos para que se consiga operar no cotidiano com a práxis".⁴ Um dos desafios postos na qualificação da assistência no SUS está relacionado à falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre os profissionais de saúde, fatos estes que geram conflitos no ambiente de trabalho e trazem desmotivação para o trabalhador de saúde, além disso, os conflitos interpessoais podem favorecer o *burnout* (síndrome do esgotamento profissional).⁴⁻⁶

Entretanto, no que tange aos conflitos do trabalho em equipe, observa-se, com os resultados da pesquisa, que a maioria dos profissionais da ESF afirma que o relacionamento entre os profissionais é bom e respeitoso e que os conflitos são esporádicos. Este fato sugere um amadurecimento nas relações de trabalho, pois desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo como a ESF é um grande desafio e requer desprendimento para trilhar um árduo caminho na construção do trabalho cooperativo, com solidariedade e confiança. Em estudo sobre as influências da maturidade no desempenho das equipes, numa empresa de transporte, observou-se que a maturidade dos grupos é um fator determinante e incisivo no desempenho das equipes no ambiente produtivo, pois traz influências no trabalho e, por consequência, nos resultados da organização. Para os autores, a maturidade é aumentada pela presença de integrantes mais comprometidos e com confiança mútua.^{7,8}

A qualidade da relação entre os profissionais pesquisados, mesmo num contexto formativo centrado numa racionalidade biomédica, permite afirmar que a

ESF vem se constituindo numa perspectiva interdisciplinar, evidenciando a importância do trabalho em saúde "como um *locus* formador do ser humano, na medida em que aponta diferentes possibilidades de reconstrução e aquisição de saberes no cotidiano de trabalho dos integrantes das equipes de saúde da família". Além de contribuir substancialmente para a capacitação dos trabalhadores que atuam nestes serviços, estes resultados parecem apontar para o desenvolvimento de novas experiências coletivas ou de grupalidade, no que diz respeito à transversalidade, ou seja, à possibilidade de conexão com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um aumento significativo no grau de comunicação.⁹

O cotidiano do trabalho em saúde constitui-se "numa relação intensa de troca de saberes e cooperação entre as profissionais, sem a qual o serviço não se desenvolveria". Nesse sentido, o trabalho em equipe "surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços", dado que esforços individuais não dão conta da complexidade das necessidades de saúde.¹ Porém, são muitos os desafios ainda presentes na realização do trabalho em equipe na ESF.^{1,9}

Vale destacar que trabalhar conjuntamente requer que os profissionais tenham claros os objetivos que pretendem alcançar, assim como a participação de todos nas definições e responsabilidades, contribuindo da mesma forma para o alcance dos resultados, sem que um tenha mais importância que o outro. Nesse sentido, as atividades e obrigações devem ser compartilhadas, o que, de modo geral, não ocorre em ambientes onde se estabelecem hierarquias rígidas. A redefinição dos processos de trabalho também tem sido apontada como um importante desafio devido à carência de instrumentos, como por exemplo, a elaboração das ações programáticas, a partir da identificação das necessidades da população.¹⁰

Apesar do fato de a organização das atividades, que acontecem diariamente na ESF, passar despercebida pela maioria dos profissionais, os resultados desta pesquisa evidenciam que a equipe organiza de forma conjunta as atividades e poucas vezes ou nunca encontra dificuldades no trabalho interno ou com a comunidade. Tais resultados parecem confirmar a afirmação de que o modelo instituído na ESF aproxima os profissionais de saúde, colocando-os numa relação de interdependência, o que favoreceria o modo de organização do trabalho em equipe.⁹

Existe uma grande diversidade na organização do processo de trabalho na ESF. Nesse contexto, as rotinas de trabalho podem contribuir na organização da assistência em toda rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais, na busca permanente da qualidade da atenção à saúde. Além disso, é importante ressaltar que os profissionais necessitam ser qualificados para essa atenção, quando não têm experiência anterior, e ter a educação permanente instituída no seu dia-a-dia.

Em relação às rotinas pré-estabelecidas e à revisão de suas rotinas e procedimentos, para a maioria dos profissionais entrevistados, a equipe sempre ou na maioria das vezes trabalha com base numa rotina pré-estabelecida e

tem capacidade de revê-las. Nesse contexto, o esforço de construção de parâmetros consistentes para subsidiar o trabalho em equipe e a capacidade de revê-los, no nível local, por um lado, evidencia a capacidade da equipe de se adaptar às normas. Por outro lado, a postura mais flexível da equipe em lidar com a revisão dos conhecimentos instituídos aponta para a intervenção coletiva em ato, para a inovação na organização do processo de trabalho, imprescindível diante das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde se apresentam – social, psicológica, biológica e cultural.

O trabalho em saúde é definido “no encontro entre quem produz e quem recebe, ocorrendo assim, uma transformação do trabalhador e do outro pela atividade, que é imprescindível para a eficiência do cuidado”. Sabe-se que, no cotidiano do trabalho, os profissionais de saúde esbarram em obstáculos para o trabalho em equipe. Segundo a literatura, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população para juntos pensarem e construírem as ações de saúde, bem como a organização da atenção. Mesmo em espaços institucionalizados para a participação social e com disponibilidade de recursos para garanti-la, ainda há uma grande dificuldade em seu estabelecimento, seja em instâncias formais, nas comunidades ou junto aos trabalhadores de saúde. A complexidade envolvida em torno dessa questão permite afirmar que não há como desconsiderar toda produção histórica em torno desse eixo, que traz um movimento paradoxal na participação e que não pode, simplesmente, ser instituída por decreto.^{9,11-12}

Embora a ESF se sustente na participação e no controle social, formas verticais de relacionamento continuam deixando o usuário passivo na dinâmica de cuidar da sua saúde, o que tende a excluí-lo da esfera das decisões que lhe dizem respeito. O usuário fica, portanto, sem autonomia e sem voz para cumprir o que dele se espera, constituindo uma situação de desigualdade e mais um obstáculo para a oferta de um serviço de qualidade.¹³

Em estudo que avaliou as práticas de planejamento empreendidas por equipes de saúde da família que utilizam a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), os autores observaram que, em média, apenas 7,1% das equipes se reúnem com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados, sendo as ações de planejamento, geralmente, desenvolvidas de forma centralizada e pouco participativa.¹⁴

Nessa perspectiva, verifica-se que, em raros momentos, as equipes desenvolvem o planejamento de ações em conjunto com a comunidade e outros trabalhadores dos serviços, embora este seja um foco bastante enfatizado na Estratégia de Saúde da Família, enunciadas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde.^{1,5}

Independente dos obstáculos e da realidade encontrada nessas pesquisas citadas anteriormente, este estudo demonstra que, para a maioria dos profissionais entrevistados, as equipes sempre ou na maioria das vezes estimulam a participação da comunidade. Tais resultados, aparentemente contraditórios aos encontra-

dos na literatura, sugerem a existência de um processo de desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe, que envolve a criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Com esse entendimento, o alicerce fundamental para o desenvolvimento de uma equipe é o desenvolvimento interpessoal, caracterizado pela preocupação com a equipe, pelas características de liderança, pelas formas de comunicação, pela preocupação com a tarefa e pela preocupação com o humano, numa lógica de responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde.

Outro aspecto que se destaca nos resultados desta pesquisa é a afirmação da maioria dos profissionais de que o trabalho em equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do processo de trabalho. Além disso, para a maioria dos entrevistados o trabalho em equipe sempre ou na maioria das vezes garante a criação de vínculos, laços e a corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários.

Com relação aos avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado, evidenciam-se alguns movimentos incipientes na maioria dos municípios, apontando para um quadro mais favorável no que diz respeito às iniciativas intersetoriais. Por outro lado, questiona-se a interpretação dada à garantia de criação de vínculo e o acolhimento, quando, na verdade estariam se referindo à criação de relações estreitas. E a criação de vínculo e o acolhimento deve ser capaz de sensibilizar os profissionais para lidar com os problemas dos outros.

Deve-se destacar que o modo de organização das instituições de saúde e os estudos científicos sobre trabalho em equipe evidenciam “que o modelo predominante de organização das práticas é o ‘modelo clínico da assistência médica individual’ ou ‘modelo médico’, centrado no saber biomédico e no diagnóstico e tratamento das doenças e sintomas orgânicos”. Ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais também podem ser observados nesse contexto. Observa-se, assim, que a proposta de reorientação do modelo assistencial, está longe de ser alcançada, persistindo o modelo tradicional, com predomínio do trabalho medicocêntrico, sem interação expressiva com o restante da equipe de saúde da família.¹

Sem dúvida estes resultados exigem um processo de reflexão. Algumas dificuldades já relatadas em diversos estudos sobre o trabalho em equipe - em particular diferenças que dificultam o trabalho na equipe, conflitos relacionais, organização das atividades, estímulo à participação da comunidade e à criação de vínculos de corresponsabilização - também foram percebidas nesta pesquisa, mas de modo muito pouco frequente. Porém, quase todos os sujeitos entrevistados fizeram referência a situações de trabalho em que colocam em evidência a articulação entre as ações desenvolvidas. De modo geral, os profissionais afirmaram a existência de um trabalho em saúde compartilhado, respeitoso, humanizado, com responsabilização e vínculo dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade, pautado na autonomia, liberdade e prazer profissional.

Reconhece-se que a mudança da lógica do estabelecimento de equipes para atuar na ESF, para institucionalizar as práticas do trabalho em equipe não é tarefa fácil de ser implementada, pois não ocorre automaticamente. O trabalho em equipe é um campo de incertezas e não de generalizações, pois parte de sujeitos e de suas singularidades. Mas, os resultados desta pesquisa colocam em evidência o desenvolvimento de um processo de convívio e relações que se estabeleceram nestas experiências, possibilitando afirmar a legitimação de um trabalho conjugado entre a maioria dos profissionais. Com esse entendimento, destaca-se que a existência de articulação entre as ações executadas podem estar voltadas a um determinado fim, ou seja, a comunicação entre os profissionais manifesta-se, sobretudo, para atender as demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários. Assim, torna-se importante problematizar também a dimensão comunicativa que permeia a ação técnica. Sugerem-se, então, futuras pesquisas sobre as evidências que mostrem a equipe buscando construir consensos e acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida.

Nesse sentido, acredita-se ainda que estes resultados devam ser trabalhados junto às equipes, num processo de educação permanente, a fim de operar novos sentidos, de modo a permitir a reflexão e a análise crítica sobre o próprio trabalho e sua relevância para a mudança das práticas de atenção e gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso, CG, Hennington, EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saúde (Online)* 2011; 9(supl.1): 85-112. DOI:10.1590/S1981-77462011000400005.
2. Peduzzi, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, R, Barros, MEB, Mattos, RA [org.]. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.
3. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: Vitória. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 480p.
4. Campos, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3033-3040. DOI:10.1590/S1413-81232011000800002
5. Sá, MC, Azevedo, CS. Subjetividade e Gestão: explorando articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo, CS, Sá, MC [org.]. *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 33-50.
6. Ezaías, GM, *et al*. Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Rev Enferm - UERJ* 2010; 18(4): 524-529.
7. Ferreira RF, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciênc Saúd e Coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1421-1428. DOI:10.1590/S1413-81232009000800015.
8. Montanari, RL, *et al*. A maturidade e o desempenho das equipes no ambiente produtivo. *Gest Prod* 2011; 18(2): 367-378. DOI:10.1590/S0104-530X2011000200011.
9. Villa, EA, Aranha, AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. *Texto contexto - enferm* 2009; 18(4): 680-687.
10. Kell, MCG, Shimizu, HE. Existe trabalho em equipe? 2010; 15 (supl.1): 1533-1541. DOI:10.1590/S1413-81232010000700065.
11. Soratto, L, Witt, RR, Faria, EM. Participação popular e controle social na saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2010; 20(4): 1227-43. DOI:10.1590/S0103-73312010000400009.
12. Camargo-Borges, C, Mishima, SM. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na Atenção Básica. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(1): 29-41. DOI:10.1590/S0104-12902009000100004.
13. Traverso-Yépez, M, De Moraes, AS, Cela, M. Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). *Psicologia ciência e profissão* 2009; 29(2): 364-379.
14. Sarti, Thiago Dias, *et al*. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3): 537-548.
15. Kawata, Lauren Suemi, *et al*. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(2): 313-320.