

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA  
DE MOSSORÓ – FACENE/ RN

TATIANE ALINE BEZERRA LIMA

**TRABALHO EM EQUIPE: AVALIANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS  
EXERCIDAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
MOSSORÓ-RN.**

MOSSORÓ  
2011

TATIANE ALINE BEZERRA LIMA

**TRABALHO EM EQUIPE: AVALIANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS  
EXERCIDAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
MOSSORÓ-RN.**

Monografia apresentada à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN, como exigência parcial para a  
obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Lauro Geovane Morais Rodrigues

CO-ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ  
2011

TATIANE ALINE BEZERRA LIMA

**TRABALHO EM EQUIPE: AVALIANDO AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EXERCIDAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN.**

Monografia apresentada pela aluna Tatiane Aline Bezerra Lima, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Lauro Geovane Morais Rodrigues (FACENE/RN)

Orientador

---

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Co-Orientadora

---

Prof. Esp. Patrícia Helena de Morais Cruz Martins (FACENE/RN)

Membro

***Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, pelo meu sucesso e felicidade e a todos os meus familiares que, durante toda esta minha trajetória, ajudaram-me, com paciência, carinho e compreensão.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente ao Ser Supremo, que iluminou o meu caminho durante toda esta jornada.

Agradeço, de forma grata e grandiosa, aos meus pais, Josias Caetano e Maria Gilcinete, que foram a base de tudo pra mim, que muitas vezes deixaram de viver os seus sonhos para acreditarem nos meus, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los.

Ao meu esposo e incondicional companheiro, Walter Duarte, por todo o amor, carinho, compreensão e incentivo que, de forma especial e carinhosa, deu-me força e coragem, apoiando-me nos momentos difíceis.

Às minhas irmãs, Talita e Talícia, pela companhia, carinho e momentos de descontração vividos a cada dia. Sinto-me feliz em dedicar o findar de mais uma etapa da minha vida a vocês.

A Elayne e Damião, minha eterna gratidão, pela amizade verdadeira, incentivo, por terem contribuído de forma inestimável na concretização deste trabalho e por estarem presentes em distintos e importantes momentos da minha graduação.

Aos amigos de classe, pela troca de experiências pessoais, profissionais e, principalmente, pelo carinho, afeto e amizade prestados no decorrer do curso.

Ao meu orientador, Professor Esp. Lauro Geovane, pela paciência, pelas sugestões, por ter acreditado na realização desta pesquisa e confiado em meus ideais.

À coorientadora, Verusa Duarte, pelo incentivo, simpatia e presteza. Muito obrigada por toda ajuda e por acreditar no meu potencial. Você nem imagina o quanto foi importante ao longo desses anos.

À professora, Patrícia Helena, por ter aceitado participar da minha Banca, e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Ao corpo docente, pela paciência, compreensão e dedicação no decorrer desses quatro anos.

A todos os profissionais que participaram desta pesquisa.

Enfim, a todos que contribuíram para o sucesso deste trabalho. Muito obrigada.

***"O homem é um ser em ação, que elabora planos e dirige os seus movimentos com o objetivo de alcançar determinados fins. A escolha desses fins não é feita por acaso, mas em função do que o homem considera importante a sua vida, de acordo com os valores que eleger".***

***Paulo Nader***

## RESUMO

O trabalho em equipe se configura como um dos principais pilares da Estratégia de Saúde da Família, o qual visa a uma abordagem mais integral e resolutiva à medida que trabalha na perspectiva da integralidade das ações. Desse modo, essa concepção integral favorece uma ação interdisciplinar na prática. Assim, o trabalho tem como objetivo geral analisar as práticas do trabalho em equipe exercidas pelos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família e, como objetivos específicos: caracterizar a situação profissional dos entrevistados; verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre trabalho em equipe; averiguar, no entendimento dos profissionais de saúde, a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família; identificar se o trabalho em equipe é desenvolvido na Unidade de Saúde dos profissionais entrevistados, bem como avaliar, no entendimento dos profissionais de saúde, os fatores que dificultam a realização do trabalho em equipe. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza quanti-qualitativa, desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Francisco Marques da Silva, cuja amostra foi realizada com uma equipe de saúde da família da Unidade Básica supracitada, componentes estes escolhidos através dos critérios de inclusão da pesquisa. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário com questões objetivas e subjetivas relacionadas aos dados pessoais e a temática abordada. Os dados coletados foram analisados pelo método quanti-qualitativo. Os dados obtidos através da análise quantitativa constatou que 80 % da amostra é composta pelo sexo feminino; já, quanto ao nível de escolaridade, 70% possuem ensino médio; e, no que se refere aos profissionais integrantes da ESF, os dados nos mostram que 50% da equipe é composta por agentes comunitários de saúde; quanto ao tempo de formação, os dados revelam que 70% possuem mais de 10 anos de formado; e em relação ao tempo de serviço, 70% possui de 5 a 10 anos de serviço em sua área de atuação; quanto a aplicação do trabalho em equipe, os dados revela-nos que 50% desses profissionais referiram que o trabalho em equipe é pouco desenvolvido, e 50% afirmaram que o trabalho em equipe é sim desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Francisco Marques. Os resultados apontados através da análise qualitativa sugerem que os participantes, quase que em sua totalidade, demonstram possuir certo entendimento sobre o conceito de trabalho em equipe. Eles expõem o trabalho em equipe como um fator crucial para o desenvolvimento satisfatório do trabalho, o qual beneficia tanto os profissionais atuantes como os usuários do serviço de saúde. Porém, os sujeitos da pesquisa apontam, como fatores limitantes no desenvolvimento do trabalho multiprofissional, a falta de companheirismo, tempo, demanda e divergência de opiniões. Nesse sentido, há a necessidade de se encaixarem, na equipe de saúde da família, profissionais comprometidos com a causa, assim como os que possuem perfil para a realização do trabalho em equipe, objetivando, desse modo, alcançar a excelência na integralidade da assistência.

**Palavras-Chaves: Enfermagem. Saúde. Programa Saúde da Família.**

## ABSTRACT

Teamwork is configured as a major pillar of the Family Health Strategy which aims a more integral and effective approach as it works from the perspective of integral actions. Thus, this integral conception promotes an interdisciplinary approach in practice. So, this work has as general objective to analyze the practices of teamwork performed by health professionals involved in the Family Health Strategy and, as specific objectives: characterize the employment status of the respondents; measure the knowledge of health professionals about teamwork; ascertain the understanding of health professional, about the the importance of teamwork in the Family Health Strategy; indentify whether teamwork is develop at the Health Unit of the interviewed professionals as well as, evaluate the understanding of health professionals about the factors that hinder the achievement of team work. This is an exploratory and descriptive research with quantitative-qualitative approach, developed in the Basic Health Unit Francisco Marques da Silva, The sample was made with a family health team in Unit Basic supracited, components these chosen by inclusion criteria the search. As an instrument of data collection a questionnaire was used with objective and subjective questions related to personal data and the selected theme. The collected data were analyzed using quantitative and qualitative method. The data obtained in the quantitative analysis found that 80% of the sample is composed of women; already, how much training, 70% have high school and, with regard to professional members of the ESF, the data show that 50% of team is composed of community health workers, about the time of formation, the data show that 70% have more than 10 years since graduation, and in relation to length of service, 70% have 50 to 10 years of service in your area activity; as the application of teamwork, the data reveals that 50% of staff indicated that teamwork is underdeveloped, and 50% said that teamwork is so developed in the Basic Health Francisco Marques. The result obtained through qualitative analysis suggest that the participants, almost all of them, shown to possess some understanding about the concept of teamwork. They expose the teamwork as a crucial factor for the satisfactory development of the work, which benefits both the professionals acting and the users of the health service. However, the subjects of the study indicate, as limiting factors in the development of the multiprofessional job, the lack of companionship, time, demand and divergence of opinions. Thus, there is a need to fit in family, health team, professional committed to the cause as well as those who own profile for the achievement of team work, aiming thereby to achieve excellence in the integrality of care.

**Keywords: Nursing. Health. Family Health Program.**

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da Amostra quanto ao Sexo.....	28
Gráfico 2 – Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade .....	28
Gráfico 3 – Caracterização da Amostra quanto ao Cargo.....	29
Gráfico 4 – Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Formação.....	30
Gráfico 5 – Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Serviço.....	30
Gráfico 6 – Caracterização da Amostra quanto à Aplicação do Trabalho em Equipe.....	31

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA.....	11
1.2 HIPÓTESE .....	13
1.3 OBJETIVOS .....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 O TRABALHO EM EQUIPE .....	16
2.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE .....	20
<b>3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>22</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
3.2 LOCAL DE ESTUDO .....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	25
3.6 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	25
3.7 QUESTÃO ÉTICA .....	26
3.8 FINANCIAMENTO .....	27
<b>4 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA .....	27
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA.....	32
4.2.1 Entendimento dos profissionais sobre o trabalho em equipe .....	32
4.2.2 Importância do trabalho em equipe .....	35
4.2.3 Fatores limitantes na realização do trabalho em equipe .....	38
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXO – A (CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO C.E.P.)</b> .....	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA/JUSTIFICATIVA

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), como uma estratégia para a reorganização do antigo modelo assistencial em saúde. O programa baseia-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (igualdade, integralidade, intersetorialidade, universalidade e equidade) ao quais buscam dar prioridades às ações de prevenção e promoção em saúde que, dessa forma, visam a modificar os paradigmas até então vigentes na saúde (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003; SANTOS; CUTOLO, 2003).

O PSF, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), vem sendo motivo de discussões quanto a ser um programa ou estratégia, devido a sua forma de implantação, pois, de um lado possui características de um Programa, com passos bem definidos, objetivos e metas estabelecidas, e de outro lado, configura-se como uma estratégia que almeja a concretização dos princípios do SUS, no intuito de reorganizar o modelo de saúde a partir da atenção básica, sendo capaz de provocar efeitos sobre todo sistema de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A estratégia do PSF significa rever o trabalho dos profissionais inseridos nesse processo, refletindo sobre os seus conhecimentos e práticas de trabalhos no intuito de ampliar as ações em saúde e aumentar os limites e possibilidades dos profissionais (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

Esse modelo em saúde estabeleceu a criação de um vínculo dos profissionais com a comunidade, ao qual possibilita um maior entendimento do processo saúde – doença a partir do ambiente onde o mesmo está inserido, possibilitando um direcionamento das intervenções sociais necessárias (BRASIL, 1997).

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), o vínculo entre as equipes multiprofissionais e as famílias, através da ESF, possibilita uma maior aceitação por parte destas, assim como a busca de satisfação das necessidades de saúde.

A composição da ESF recomendada pelo MS é no mínimo de um médico generalista ou de família, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo atuar com uma ou duas equipes em uma mesma unidade, o que irá depender do número de famílias cadastradas. Porém o MS

recomenda que uma equipe seja responsável por uma área, onde residam de 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.500 habitantes (BRASIL, 1997).

As atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais são: o reconhecimento dos problemas de saúde da comunidade; planejamento, junto com a população, das intervenções para os problemas encontrados; proporcionar um vínculo com a clientela; realização de visitas domiciliares; formação de grupos para a realização de trabalhos referentes à educação em saúde; proporcionar a continuidade dos tratamentos mais complexos através do sistema de referência e contra referência; promover ações inter setoriais para a resolução de problemas e incentivar a participação popular, através de discussões sobre cidadania e direitos à saúde (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

O enfermeiro possui um papel crucial na ESF, como também na sociedade, por estar envolvido diretamente no processo saúde/doença. Portanto, a enfermagem configura-se como uma profissão indiscutível para um sistema de saúde que almeje uma assistência de qualidade, integral e resolutiva (MACHADO, 1999 apud ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A ESF tem, cada vez mais, exigido na realização do trabalho em equipe, uma mudança nas atitudes pessoais e profissionais dos componentes da equipe multiprofissional para que possam seguir rumo à interdisciplinaridade. O trabalho interdisciplinar conjetura a possibilidade de um profissional reformular suas práticas nas práticas do outro para que, dessa forma, ambos sejam transformados no intuito de atender as intervenções da realidade nas quais estão inseridos (SANTOS; CUTOLO, 2003; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O interesse por este tema surgiu a partir da vivência em várias Unidades de Saúde da Família e possibilitou a observância de uma prática de trabalho fragmentada, sem quaisquer integrações de ações entre os profissionais da equipe multiprofissional.

A importância deste trabalho dá-se pela crescente necessidade de compreendermos um tema abrangente e que, de certa forma, ainda possui muitos obstáculos a serem alcançados, tendo em vista que as práticas profissionais exercidas mostram-nos ações e trabalhos independentes e desarticulados que afetam não só os profissionais inseridos, como também a sociedade em geral.

As dificuldades de atuar coletivamente afetam diretamente o desenvolvimento do trabalho, o que causa a insatisfação do usuário e a desmotivação profissional. No

entanto, um trabalho organizado e articulado em equipe favorecerá todos os membros envolvidos nesse processo, ou seja, usuários, profissionais e sociedade como um todo.

A pesquisa ora em foco também apresenta relevância para o mundo científico, porque possibilitará aos pesquisadores obter um estudo analítico e reflexivo referente ao tema proposto, possibilitando a estes perceber o quão é importante o trabalho em equipe, principalmente quando o objetivo comum é a saúde e a satisfação profissional.

Este estudo será utilizado também como referencial teórico para pesquisas posteriores, contribuindo, assim, para os próximos indivíduos, sendo também de uma contribuição inestimável para a categoria de enfermagem, uma vez que aborda um assunto relacionado diretamente com a dinâmica do serviço.

A pesquisa expõe a importância do trabalho em equipe com visão na interdisciplinaridade, bem como as dificuldades encontradas na realização deste trabalho.

De acordo com Japiassu apud Santos; Cutolo (2003), o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base de atuação da ESF.

Dessa forma, fica evidente o quão é importante a realização desta pesquisa, por contribuir de forma inestimável com todos os sujeitos envolvidos neste processo.

Diante do exposto, este trabalho busca trazer respostas sobre o seguinte questionamento: Até que ponto o Trabalho em Equipe está sendo desenvolvido na ESF?

## 1.2HIPÓTESE

Com a experiência adquirida em vários estágios e a busca do conhecimento acerca do conceito de trabalho em equipe, pude perceber que é falho esse quesito, ao analisar e confrontar as propostas da ESF com a dinâmica do serviço. De acordo com o MS, o trabalho em equipe deve ser realizado de forma dinamizada e articulada, com visão na interdisciplinaridade para que se possa haver uma maior interação entre os membros, no intuito de oferecer uma atenção básica mais

resolutiva e humanizada para a população. Desse modo, a população passará a não mais sofrer com as consequências decorrentes da individualidade, competitividade e egoísmo das equipes. É notória a falta de interação entre os profissionais, principalmente médicos, enfermeiros e dentistas. Quanto à equipe de enfermagem pode-se observar uma maior interação entre os membros que a compõem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), além do agente comunitário de saúde (ACS).

### 1.3 OBJETIVOS

#### GERAL

- Avaliar, no entendimento dos profissionais de saúde, as práticas de trabalho em equipe exercidas em uma Estratégia Saúde da Família do Município de Mossoró-RN.

#### ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre trabalho em equipe;
- Averiguar no entendimento dos profissionais de saúde a importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar se o trabalho em equipe é desenvolvido na Unidade de Saúde dos profissionais entrevistados;
- Avaliar, no entendimento dos profissionais de saúde, os fatores que dificultam a realização do trabalho em equipe.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O TRABALHO EM EQUIPE

Com o advento da globalização, o crescimento do mercado de trabalho, e o aumento do número de profissionais formados em diversas áreas, a reestruturação produtiva fez-se necessária, uma vez que a mesma é responsável pela alteração da organização do processo de trabalho para atender às exigências de um mercado extremamente competitivo. Dessa forma, muitas organizações, visando a garantir a sua permanência, têm buscado cada vez mais a qualidade como diferencial num espaço cada vez mais exigente e concorrido (PINHO, 2006).

Com vistas a atender as demandas atuais, as organizações viram-se forçadas a modificar os processos de trabalho, incorporando um novo modelo que capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada (PINHO, 2006).

Além das habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais que capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais, com base na cooperação, também têm sido requeridas, desmistificando as técnicas parciais, fragmentadas e isoladas, originadas nas concepções dos modelos taylorista /fordista (PINHO, 2006).

[...] o trabalho massificado ganha condições de trabalho precário, reforçado por uma segunda característica fordista, a racionalização da produção através do parcelamento de tarefas fundado na tradição taylorista. Parcelamento de tarefas implica que o trabalhador não necessita mais ser um artesão especialista em mecânica, sendo necessária apenas resistência física e psíquica num processo de produção constituído por um número ilimitado de gestos, sempre os mesmos, repetidos ao infinito durante sua jornada de trabalho (GOUNET, 1999 apud PERES, [200-], p. 02).

A estrutura política de saúde no Brasil, desde a década de 70, vem sofrendo modificações contínuas, pois se percebeu que, naquela época, havia altas taxas de doenças potencialmente preveníveis. Desse modo, existiu a necessidade de construir uma política voltada para prevenção, promoção e recuperação da saúde (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

O modelo de assistência que predominava no país baseava-se em uma prática de saúde tanto hospitalocêntrica quanto individualista, e caracterizava-se pela utilização de recursos tecnológicos, porém de baixa resolutividade, provocando a insatisfação de todos os membros envolvidos nesse processo, tais como gestores,

profissionais de saúde e usuários (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Havia, naquela década, a predominância da “tecnologia de ponta, especialização profissional e a medicina hospitalar, as quais se caracterizavam por uma assistência desumanizada, fragmentada, centrada na recuperação biológica individual e na rígida divisão do trabalho” (FRANCISHINE, MOURA; CHINELLATO, 2008 PÁG. 1).

Diversas pesquisas realizadas no decorrer dos anos mostram que 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) que trabalhe de forma organizada e resolutiva, ficando o restante, em parte, necessitando de atendimento ambulatorial especializado e uma pequena parcela necessitando de um atendimento hospitalar (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Diante disso, o Brasil implanta, em 1994, o Programa de Saúde da Família como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial em saúde, tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde). No entanto, o início da implantação do mesmo houve muitas críticas e rejeições à sua proposta. Porém, somente com o acréscimo de novas proposições, normatizações, modalidades de financiamento e novas práticas inovadoras foram realmente aceitos como um modelo de reorganização do sistema de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O Programa de Saúde da Família tem como marco inicial a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, mais conhecida como Conferência de Alma-Ata, assim chamada por ter sido realizada na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, 1978. Na Conferência, foi possível debater, com todos os profissionais da área e comunidade mundial, sobre os cuidados primários de saúde, os quais estimulam o desenvolvimento e a aplicação deles em âmbito nacional e internacional, ou seja, em todo o mundo (PINA, et al. ; 2010).

Para a constituição da ESF, buscou-se um novo modelo de saúde que superasse a incapacidade do atual modelo, porque este era centrado em uma assistência hegemônica, tecnicista, hospitalocêntrica e medicalocêntrica. Um dos fatores determinantes para a organização das equipes de saúde da família foi a aceitação de um novo modelo de assistência, baseado nos princípios do SUS, o qual buscava valorizar não só a figura do médico, mas sim da equipe como um todo,

visto ser impossível estruturar integralidade, centrando as discussões e valorações apenas em um profissional. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre esses processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, e a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos (PINHO, 2006, p. 70).

O trabalho em equipe é representado por um grupo de pessoas que tem como características, um forte poder na tomada de decisões individuais, que tenha um objetivo em comum e que, coletivamente, possa comunicar, compartilhar e consolidar saberes, propostas e perspectivas, determinando novas ações, metodologias e metas (PINHO, 2006).

A ideia da construção do trabalho em equipe foi uma forma de organizar, estruturar e unir habilidades humanas especializadas. Isso possibilitou uma visão abrangente e coletiva do trabalho e reforçou a divisão de tarefas, bem como a necessidade de cooperação para, assim, alcançar objetivos comuns. Se não há interação entre os profissionais, volta-se à mesma ideia de uma prática assistencial biologicista, desumana e fragmentada (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No que concerne ao trabalho coletivo na área da saúde, houve grandes mudanças, principalmente com a inserção do conceito de qualidade, visto que esta busca a qualidade da assistência por meio da introdução da integralidade nos projetos e planos que edificam a saúde (PINHO, 2006).

Nesse caso, é dado enfoque às ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade. Assim, modifica-se a característica dos profissionais de saúde, dando destaque a equipe interdisciplinar, visto que os mesmos reconhecem a necessidade de diferentes conhecimentos e a interação entre os profissionais no cuidado ao paciente e a busca de novos métodos na assistência, tornando-a mais eficaz e eficiente (PINHO, 2006).

O trabalho em equipe exige dos profissionais uma relação recíproca de interação e comunicação para que haja um consenso entre estes e assim possa haver uma qualidade na atenção à saúde da família. Logo, o sucesso da ESF não depende somente de sua implantação, mas também de mudanças na forma de

produzir o cuidado, sendo essencial a transformação no modo de interação dos profissionais entre si e principalmente destes com os usuários (ARAUJO; ROCHA, 2007).

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental para que os conflitos possam ser convergidos em crescimento do grupo, ou seja, um escutando o outro e aprendendo entre si, permitindo uma prática democrática para que cada indivíduo exerça uma prática individual, evitando assim a rotulação e deterioração das relações interpessoais. (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Por se tratar de saúde da família, os profissionais-membros de uma equipe devem possuir uma maior articulação de suas especialidades, no intuito de atender as necessidades de saúde. Logo, o trabalho em equipe merece destaque e atenção por possuir uma relação direta com a qualidade da assistência prestada aos usuários (CALOMÉ; LIMA, 2005).

Por esses motivos, os profissionais devem ter ciência de seus papéis enquanto membros de uma equipe, tendo conhecimento de que é necessário integrar as ações, respeitar uns aos outros, planejar e realizar as atividades com responsabilidade, para que assim possam atingir os objetivos e finalidades comuns, haja vista que um dos principais objetivos da ESF é a interação dos membros, com o objetivo de prestar uma assistência em saúde integral, eficaz e contínua, na busca de garantir o acesso de toda a comunidade de forma a atender aqueles que necessitam (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

Para que sejam atingidos esses objetivos, é necessário que haja a colaboração dos profissionais de saúde através da sensibilização e comprometimento destes com a estratégia. No entanto, é notório que esses profissionais possuem dificuldade de integrar suas ações e atuar coletivamente, uma vez que possuem especialidades distintas, porém objetivos comuns, sendo uma das causas determinantes para a dificuldade de tais profissionais de atuarem em equipe, a formação acadêmica, devido à falta de instrumentação dos mesmos para o trabalho multidisciplinar (CALOMÉ; LIMA 2005).

No entanto, esses profissionais-membros de uma equipe ainda possuem comportamentos individualistas e egoístas e ainda sofrem com competitividade, hostilidade e conflitos entre si, provocando a fragmentação da equipe e um estresse substancial contínuo. Porém, para que esses profissionais se conscientizem é

necessário o treinamento das equipes e principalmente a educação permanente em saúde (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

No trabalho em equipe, há uma divisão das tarefas, que são realizadas de forma desarticulada, dando a ideia de um trabalho parcelar, o qual é desenvolvido sem nenhum projeto de trabalho comum entre os trabalhadores (SCHIMITH, 2002 apud CALOMÉ; LIMA, 2005).

Todavia deve haver uma distribuição das atividades para não sobrecarregar os profissionais, sendo necessário, para isto, o compartilhamento de objetivos entre as equipes, capacidade de tomar decisões, clareza da importância de construir em conjunto um plano de trabalho e distribuir responsabilidades entre os membros, para alcançar os objetivos, assim como ter a percepção de que o fracasso de um poderá significar o fracasso do outro, já que ambos trabalham com um único objetivo (FRANCISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

O trabalho em equipe é encarado como um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde, uma vez que é aparente a dificuldade dos profissionais de saúde de trabalharem em equipe, o que nos leva a pensar que parte dessa dificuldade possa estar relacionada ao tipo de formação acadêmica ou até mesmo de educação pessoal (FRANCHISHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

## 2.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REALIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

Diversos autores têm se empenhado significativamente na análise sobre as dificuldades do trabalho em equipe na ESF. E, de acordo com a literatura, pode-se afirmar de maneira consensual que há dificuldades de integração entre as equipes multiprofissionais para o trabalho em saúde (RADDAZT; SANTOS; GARLET, [200-]).

No âmbito de saúde da família, torna-se indispensável para a produção de saúde o trabalho em equipe, o qual deverá ser executado de forma que haja uma relação recíproca entre as intervenções técnicas em saúde a partir da interação multiprofissional (PEDUZZI, 1998, 2001, apud RADDAZT, SANTOS; GARLET, [200-]).

Para que a equipe de Saúde da Família possa prestar um atendimento integral e resolutivo, os profissionais devem direcionar o atendimento para a população como um todo, incluindo o indivíduo, a família e a comunidade onde

atuam. Deve estabelecer um vínculo com a comunidade e garantir o acesso a todos, realizar um acompanhamento contínuo em saúde e avaliar ininterruptamente os resultados alcançados perante a comunidade, de modo que possa gerar mudanças no modo de produzir o cuidado (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

Na prática, os profissionais integrantes da ESF possuem especialidades e funções distintas entre si e, em muitos casos, fica evidente que não estão preparados para atuar coletivamente e exercer suas funções de acordo com as propostas do Programa (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

É perceptível a falta de interação entre os profissionais, o que reflete também sobre as ações de saúde e isso acaba gerando entraves no desenvolvimento do trabalho e a insatisfação dos usuários com o atendimento prestado (CALOMÉ; LIMA, 2006).

Apesar do esforço para a reestruturação sanitária em relação ao trabalho multiprofissional, é possível observar na ESF uma fragmentação e falta de integração no processo de trabalho, o que pode levar o profissional a se resguardar em seu “núcleo de competência”; porém, se cada núcleo de competência for realizado de forma individualizada com cada profissional de saúde, não atenderá as necessidades de saúde da população. Portanto, é necessária uma maior integralidade das ações e flexibilidade nos núcleos de competências (FRANCO; MERHY, 1999 apud RADDATZ, SANTOS, GARLET, [200-]).

Entendemos por núcleos “o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissional”. Logo, cada profissional de saúde seja ele médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentre outros, possui seu núcleo de competência exclusivo, o qual leva a autonomia profissional e, ao mesmo tempo, a interdependência dessas autonomias (CAMPOS, 1997 apud ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p.152).

Almeida; Mishima, 2001; Sherer, 2006 apud Raddatz, Santos, Garlet [200-] afirmam que “a influência da prática hegemônica centrada no modelo biomédico que leva à fragmentação do processo de trabalho em saúde é responsável pela falta de integração entre os profissionais e a diferente valorização das categorias profissionais”.

Um dos fatores determinantes na dificuldade de trabalhar em equipe está no fato de que existem conflitos gerados pelo choque de saberes, principalmente com os enfermeiros, que costumam ser subestimados devido à visão que se tem acerca

do profissional médico. Por causa dessa concepção, o atendimento fica prejudicado, tornando-se um problema que se inicia desde a graduação (MACHADO, 2002 apud ARAÚJO; OLIVEIRA 2009).

Corroborando com isso, Almeida e Mishima, (2001) ressaltam que o trabalho em equipe deve ir além do trabalho técnico hierarquizado; deve, pois, constituir-se num trabalho em que haja interação entre os profissionais, com maior flexibilidade destes e maior integração da equipe.

Em investigação sobre os limites na realização do trabalho em equipe no estado do Rio Grande do Sul, foram encontrados como fatores limitantes: falta de capacitação das equipes profissionais e multiprofissionais da ESF; carência de trabalhos ligados ao relacionamento interpessoal e a necessidade de possuir uma coordenadora mais participativa e competente; a insuficiente comoção da comunidade para a ESF; a deficiência de recursos e a falta de contratação de profissionais (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

Considerando que um dos pilares da ESF é o trabalho em equipe, os seus limites e possibilidades são úteis por permitirem um maior conhecimento e fortalecimento das equipes, bem como a importância do papel das mesmas (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

Cada profissional deve participar de forma colaborativa no intuito de obter um ambiente de trabalho acolhedor, onde se possa ter maior comunicação entre os membros e apreciação do trabalho dos mesmos, além de reconhecimentos recíprocos (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

### **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O estudo em tela se caracteriza como uma pesquisa exploratória e descritiva, de natureza quanti-qualitativa, que busca expor a importância do trabalho em equipe na ESF, bem como as dificuldades encontradas na realização do trabalho em equipe. Para a realização deste estudo, foi necessária a utilização de pesquisas em livros e sites conceituados da internet como: LILACS e SCIELO.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como principal objetivo estudar as características de um determinado grupo. O autor ainda afirma que esse

tipo de pesquisa busca identificar as possíveis relações entre as variáveis e ainda em muitos casos determina a origem destas relações.

Andrade (2007) salienta que, na pesquisa descritiva, “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”. Um dos métodos de coleta de dados mais apropriado e utilizado nesse tipo de pesquisa é a aplicação de questionário e observação sistemática.

A opção pelo método quanti-qualitativo foi dado pelo fato de que o questionário é estruturado em duas partes: a primeira adapta-se ao método quantitativo de análise, enquanto a segunda, identifica-se com o tipo de análise qualitativa.

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na UBS Francisco Marques da Silva, localizada no Bairro Alameda dos Cajueiros/SN, situada na cidade de Mossoró-RN.

De acordo com o Censo realizado em 2009 pelo IBGE (Estatuto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população do Município de Mossoró possui cerca de 250 mil habitantes. É considerado o principal município da Costa Branca Potiguar, possui localização privilegiada por estar situada entre duas capitais (Natal e Fortaleza). É a segunda maior cidade do Estado do Rio Grande do Norte, situada na Região Oeste do Estado e na microrregião homônima.

De acordo com o DataSUS 2010, a UBS supracitada é constituída por uma equipe, composta por: enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A UBS Francisco Marques da Silva desfruta de uma estrutura física compatível com as exigências do Ministério da Saúde, sendo constituída por: SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatística), sala de espera para pacientes e acompanhantes, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, auditório, farmácia, sala do setor administrativo, sala da assistente social e gerência, sala de procedimentos básicos, sala de vacina, sala de esterilização, copa, lavanderia, almoxarifado e banheiros masculino e feminino.

A Unidade passou por um critério de escolha e foi assim selecionada pela vivência nesse estabelecimento, pois ela é campo de estágio de várias disciplinas e,

com isso, tem-se uma maior noção da dinâmica do serviço, quando comparadas as outras Unidades.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para a realização da pesquisa foi constituída por profissionais incluídos na equipe de Saúde da Família da UBS Francisco Marques da Silva, em Mossoró-RN.

Desta forma, foram incluídos na participação desta os profissionais integrantes da equipe de Saúde da Família e que trabalham na UBS supracitada. Assim sendo, encaixaram-se no processo de exclusão todos aqueles profissionais que não faziam parte da equipe, bem como aqueles que não trabalhavam na Unidade referida, pois, como foi avaliado o trabalho em equipe na ESF, nesta Unidade, um profissional não participante desse grupo poderia alterar a fidedignidade dos resultados da pesquisa.

A amostra incluiu todos os profissionais integrantes da equipe de saúde da família, que totalizou 10 profissionais, dentre eles: enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Porém, a princípio, a amostra iria incluir 11 profissionais, no entanto não foi possível coletar os dados de uma profissional (Agente Comunitária de Saúde) porque a mesma gozava férias no mês em que foi realizada a coleta.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a obtenção dos dados objetivos e subjetivos, foi utilizada a aplicação de um questionário. Na execução desse tipo de instrumento, geralmente o pesquisador não se encontra presente, por isso é de grande importância que as perguntas sejam elaboradas de forma clara e objetiva para que, assim, haja transparência nas questões e, dessa forma, não possam deixar dúvidas em relação ao que está sendo perguntado. Caso contrário, poderá gerar respostas errôneas em relação ao assunto, o que ocasionará a alteração dos resultados (ANDRADE, 2007).

O questionário tem como principal função obter informações de modo informal sobre determinado fato, situação ou fenômeno. Esse instrumento pode ser elaborado através de perguntas abertas ou fechadas, e pode ser enviado através de

correio, correio eletrônico ou aplicado pessoalmente, podendo o pesquisado responder no momento da entrega e devolvê-lo ou até mesmo estipular um prazo determinado para devolução do instrumento (VALENTIM, 2008).

O questionário foi estruturado em duas partes: Parte I – Dados pessoais e características profissionais que incluem: sexo, cargo, formação, tempo de formação e de serviço; e, Parte II – Constituído por 4 questões abertas e fechadas no intuito de colher os dados referentes a temática, as quais abordaram os seguintes quesitos: trabalho em equipe, importância do trabalho em equipe, aplicação do trabalho em equipe na prática e os fatores que interferem na realização do trabalho em equipe (APÊNDICE B).

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB, e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Monografia da FACENE, Mossoró-RN, à Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada a coleta de dados, que ocorreu no mês de Abril/2011, através da aplicação de um questionário, estruturado com perguntas abertas e fechadas.

O questionário foi entregue aos participantes durante o expediente de trabalho e, nesse mesmo momento, foi determinado um prazo de 1 dia para devolução dos mesmos para posterior análise e interpretação.

Antes da aplicação do instrumento, os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, bem como em relação à garantia do sigilo das informações e, na oportunidade, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Andrade (2007) conceitua questionário como “um conjunto de perguntas que o informante responde, sem necessidade da presença do pesquisador”.

### 3.6 ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Dentre os procedimentos metodológicos para análise dos dados, a partir da perspectiva qualitativa, a categorização, inferência, descrição e interpretação mostram-se os métodos mais adequados. Tais procedimentos não seguem uma sequência, porém costumam ser trabalhados da seguinte forma: 1º Divisão do

material a ser estudado; 2º Distribuição do material em categorias; 3º Descrição do resultado da categorização, o qual procura descrever os achados descobertos na análise; 4º Inferência dos resultados; e, por último, a interpretação dos resultados, a qual será baseada na fundamentação teórica adotada (MINAYO, 2007).

A categorização é entendida como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros) sob um título genérico (BARDIN, 1979, p. 117 apud MINAYO, 2007, PÁG. 88).

Para obter-se uma categorização, devem-se homogeneizar as categorias ou classes, ou seja, criá-las através dos mesmos princípios e analisá-las por meio dos mesmos critérios sem que haja desigualdades entre elas (MINAYO, 2007).

O método de inferência é realizado quando se faz uma dedução por maneira lógica do material analisado. É importante, para isso, partirmos de fatos ou princípios de outros estudos acerca da temática para servir de base na conclusão do raciocínio.

Se o pesquisador não possui conhecimento e experiência acerca do assunto em questão, raramente conseguirá realizar inferências sobre os achados da pesquisa, tendo em vista que não tem noção do assunto tratado. A inferência é uma etapa interposta entre a descrição e a interpretação (MINAYO, 2007).

Outro procedimento importante na análise dos dados é a interpretação, a qual busca ir mais além do material. Essa fase de análise, trabalhada com base nas inferências, pretende debater os resultados alcançados numa perspectiva mais ampliada, para produzir um conhecimento em uma área de atuação ou disciplina. Com esse procedimento, busca-se conceder um significado vasto acerca dos conteúdos analisados (MINAYO, 2007).

### 3.7 QUESTÃO ÉTICA

Inicialmente a pesquisa foi analisada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). O estudo atende aos requisitos legais da Resolução 196/96, que tratam sobre pesquisa com seres humanos e assegura também outros itens como: a análise do risco à pesquisa; o

consentimento livre esclarecido; a vulnerabilidade e a incapacidade da classe a ser pesquisada, as quais devem estar sob plena capacidade de esclarecimento; e a indenização e o ressarcimento, que visem, respectivamente, à reparação e à compensação de danos e despesas provenientes da pesquisa (BRASIL, 1996).

O trabalho também atende à Resolução do Conselho Federal de Enfermagem/COFEN 311/2007, que se refere ao código de ética da enfermagem, ao qual o profissional tem acesso às informações legais, no tocante de suas ações perante sua conduta profissional, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, além de atender aos interesses da classe (BRASIL, 2007).

Como foi supracitado, os aspectos legais e proteção aos seres humanos na pesquisa foram prontamente atendidos. Posterior à análise e à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança /FACENE, foi executada a coleta de dados.

Os profissionais da Unidade de Saúde, que concordaram em serem pesquisados, assinaram um Termo de Livre Consentimento e, baseando-se no direito do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), teve a total autonomia quanto à recusa na participação da pesquisa, bem como a uma posterior desistência.

### 3.8 FINANCIAMENTO

Os custos para elaboração da pesquisa foi de total responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador, coorientador e banca examinadora.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

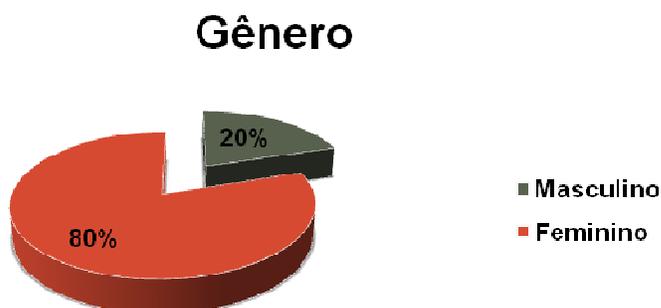
### 4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA

Os aspectos referentes à identificação pessoal e profissional (APÊNDICE B) aplicados aos sujeitos da pesquisa durante a coleta de dados quantificáveis são

demonstrados por meio de gráficos aos quais é possível verificar os seguintes aspectos: sexo, cargo, formação, tempo de formação, tempo de serviço e desenvolvimento do trabalho em equipe na prática.

Os dados coletados foram fornecidos por 10 profissionais e interpretados da seguinte maneira:

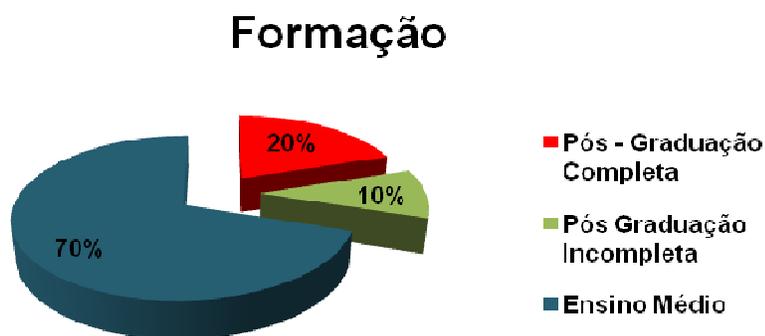
Gráfico 1 – Caracterização da Amostra quanto ao Sexo



**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

De acordo com o gráfico 1, que se refere ao gênero, podemos observar que há uma prevalência do sexo feminino nesta UBS, ao verificarmos que o número de mulheres chega a representar 80% da amostra, enquanto que o sexo masculino representa apenas 20%.

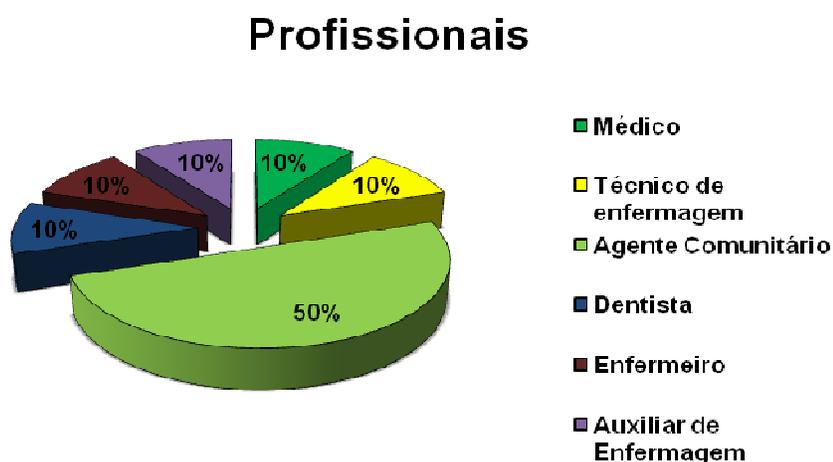
Gráfico 2 – Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade



**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

Em relação ao nível de escolaridade, 70% possuem como grau de instrução o nível médio; 20% relataram pós-graduação completa e, apenas 10% mencionaram pós-graduação incompleta. A predominância de escolaridade em nível médio é dada dá pelo grande percentual (60%) dos sujeitos da pesquisa serem constituídos por agentes comunitários de saúde.

Gráfico 3 – Caracterização da Amostra quanto ao Cargo



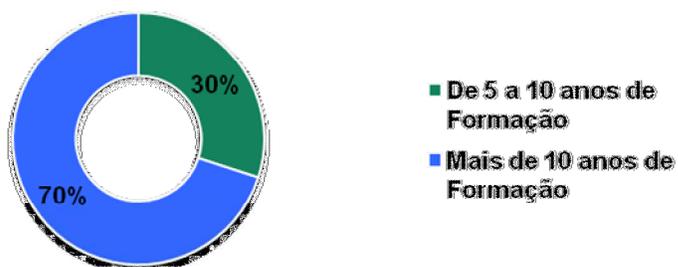
**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

No que se refere aos profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família, os dados nos mostram que 50% da equipe é formada por agentes comunitários de saúde, sendo o restante composta por dentista (10%); enfermeiro (10%); Auxiliar de enfermagem (10%); médico (10%) e técnico de enfermagem (10%).

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), “é recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde”.

Gráfico 4 – Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Formação

## Tempo de Formação



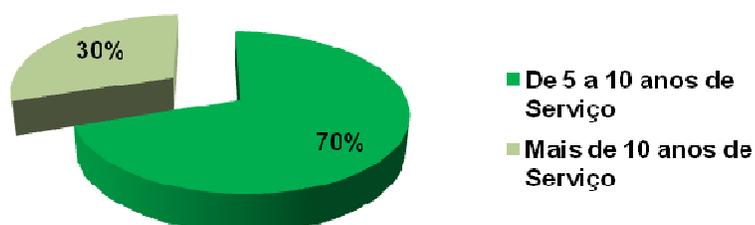
**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

Quanto ao tempo de graduação, constatou-se que 30% da amostra possuem de 5 a 10 anos de formação e 70%, ou seja, a maior parcela, concluiu a graduação há mais de 10 anos.

De acordo com Martins et al, (2006), o tempo de formação é um fator bem relevante, pois pode ser um indicativo de experiências no mercado de trabalho e reflete relativa maturidade.

Gráfico 05 – Caracterização da Amostra quanto ao Tempo de Serviço

## Tempo de Serviço



**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

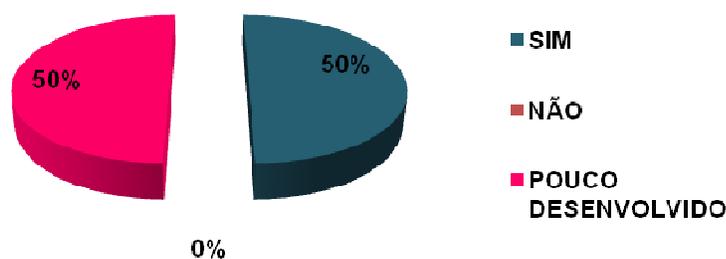
Quanto ao tempo de serviço em sua área de atuação, uma grande maioria da população entrevistada relatou possuir de 5 a 10 anos de serviço, representando

70% do universo pesquisado. Já uma pequena parcela, 30%, tem mais de 10 anos de serviço.

Ao analisarmos o gráfico, percebemos que todos os profissionais possuem mais de 5 anos de serviço, o que nos demonstra que os mesmos já possuem uma certa experiência no trabalho, uma vez que já estão a um tempo significativo trabalhando em sua área de atuação.

Gráfico 06 – Caracterização da Amostra quanto à Aplicação do Trabalho em Equipe.

## Aplicação do Trabalho em Equipe



**FONTE:** DADOS DA PESQUISA, 2011

Quando questionados sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe na Unidade de Saúde atuante, 50 % dos entrevistados referiram que o trabalho em equipe é desenvolvido na UBS em que trabalham e, 50 % relataram que o trabalho em equipe é pouco desenvolvido. Porém, nenhum dos entrevistados mencionou que o trabalho em equipe não é realizado na Unidade de Saúde em que trabalha.

A metade do universo pesquisado (50%) afirmou que o trabalho em equipe é realizado na unidade de saúde a qual trabalham. No entanto, esse dado torna-se um pouco vago à medida que imaginamos a concepção de que esses profissionais possuem acerca do trabalho em equipe.

De acordo com Peduzzi (2000), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, desempenhado por todos os membros e que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

## 4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA

Para a realização da análise sobre o tema estudado, de acordo a Categorização de Minayo, foi necessário o emprego das seguintes categorias: entendimento dos profissionais sobre o trabalho em equipe; importância do trabalho em equipe e fatores limitantes na realização do trabalho em equipe.

Dessa maneira, pretendeu-se indagar os entrevistados sobre pontos relevantes que abordam o trabalho em equipe para que pudéssemos obter um maior conhecimento sobre o assunto em questão.

Através das categorias supracitadas, foi desenvolvida a análise dos dados, que está exposta da seguinte maneira: fala dos entrevistados na íntegra, opinião da pesquisadora; e citações de autores.

No intuito de garantir o sigilo dos profissionais que compõem o universo da pesquisa, foram utilizados tais cognomes: Ametista, Brilhante, Pérola, Rubi, Safira, Esmeralda, Topázio, Turquesa, Diamante e Ágata.

### 4.2.1 Entendimento dos Profissionais sobre o Trabalho em Equipe

Para iniciar o questionamento, buscamos indagar os entrevistados sobre o seu conhecimento acerca do trabalho em equipe, pretendendo, com isso, analisar o grau de entendimento dos profissionais.

O trabalho em equipe configura-se como um dos principais pilares da Estratégia Saúde da Família, em que se busca trabalhar na perspectiva da integralidade das ações, favorecendo uma ação inter/transdisciplinar. Porém, para que haja a interdisciplinaridade, torna-se necessário que os agentes desenvolvam uma interação entre si e com a comunidade. Para tanto, torna-se indispensável a execução de uma prática comunicativa (Araújo; Rocha, 2007).

As respostas dos entrevistados foram, na maioria, semelhantes, com apenas uma variação entre as mesmas.

Ametista, quando questionada, sobre o seu conhecimento acerca do trabalho em equipe responde:

*“É todos os profissionais desenvolver um trabalho juntos”.*

Brilhante afirma:

*“Uma união de toda a equipe, prontos para ajudar uns aos outros em qualquer circunstância”.*

Pérola se expressa da seguinte forma:

*“O trabalho realizado por todos os funcionários da Unidade”.*

Rubi diz:

*“É sempre nas decisões difíceis a equipe se reunir e decidir juntos as dificuldades. Sem reuniões é impossível, a equipe fica perdida”.*

Safira atesta:

*“Na opinião o trabalho em equipe é realizado quando se trabalha em grupo”.*

Esmeralda cita o seguinte:

*“Um trabalho organizado em todos os sentidos, com participação contínua de todos os profissionais de saúde, se for direcionada a saúde”.*

Topázio se manifesta da seguinte maneira:

*“É aquele que se interage com os demais profissionais”.*

Turquesa exprime:

*“É a união entre a equipe e companheirismo em geral”.*

Diamante diz:

*“É o trabalho realizado de forma multidisciplinar onde existe a participação de todos os integrantes de modo a existir planejamento e avaliação das ações”.*

Ágata expõe desta forma:

*“É o trabalho onde diferentes profissionais participam juntos para se alcançar um mesmo objetivo: saúde do usuário”.*

Como se pode perceber, as respostas dos sujeitos da pesquisa são bastante similares, visto que os mesmos expõem o trabalho em equipe como aquele executado por todos os profissionais integrantes da Estratégia de Saúde da Família, de forma em que haja interação entre ambos. Com isso, observa-se que a maioria dos entrevistados compreende, de uma maneira geral, o conceito de trabalho em equipe.

Francischine; Moura e Chinellato (2008) apud Piancastelli, Faria e Silveira (2005) definem equipe como:

[...] conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido [...].

Um dos pontos bastante relevante é levantado por Ágata quando a mesma cita o trabalho em equipe como aquele desenvolvido por diferentes profissionais, de forma a trabalharem em conjunto e em prol do mesmo objetivo, que é a saúde do usuário, pois conceitua trabalho em equipe com base na interdisciplinaridade.

De acordo com Pedrosa e Teles (2001) apud Oliveira e Spiri (2006), a Estratégia de Saúde da Família é composta por equipes multiprofissionais as quais devem agir com base em uma perspectiva interdisciplinar. Dessa forma, esses profissionais devem articular suas ações no enfrentamento das situações, de modo a propor soluções conjuntamente, como também intervir nessas situações, proporcionando, assim, a resolução do problema.

Oliveira e Spiri (2006), baseando-se em Santos (2000); Schraiber et al (1999), afirmam que o trabalho em equipe é a base para as ações integrais de saúde, como também para atender, de forma eficaz, às necessidades da população.

Diamante nos chama atenção, quando relata o trabalho em equipe como aquele realizado por todos os integrantes da equipe multidisciplinar, de modo a existir planejamento e avaliação das ações. Essa resposta mostra-se bem interessante pelo fato de que planejamento e avaliação de ações são pontos geralmente desprezados pelos profissionais de saúde, uma vez que se configuram como um processo permanente que requer tempo e comprometimento profissional.

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), para a realização do planejamento e organização das ações em saúde deve-se realizar não só o cadastramento da população, mas também o levantamento epidemiológico e sócio-econômico da área trabalhada, buscando detectar e até mesmo conhecer a realidade e as necessidades da população, para, posteriormente, haver a resolução do problema, visando, dessa forma, melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desses usuários.

A avaliação também se constitui como uma importante etapa da estratégia de saúde da família, pois, através dela, podemos verificar se os resultados das ações de saúde foram ou não satisfatórios. Através dos sistemas de informações, relatórios de gestão, bem como por meio de outros instrumentos disponibilizados pelos municípios e ou/estados, pode-se estar analisando o resultado dessas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

#### 4.2.2 Importância do Trabalho em Equipe

Em relação à categoria de análise “Importância do trabalho em equipe”, os entrevistados expõem diferentes pontos como: a satisfação do usuário, benefícios para a comunidade, execução de trabalho produtivo, realização de um trabalho mais elaborado, obtenção de resultados eficazes no trabalho, contribuição nas tomadas de decisões, êxito no trabalho, processo fundamental, execução do planejamento e avaliação das ações em saúde.

No que se concerne a essa categoria de análise, Ametista menciona que:

*“O resultado do trabalho em equipe é muito mais satisfatório”.*

Dessa forma, percebe-se que esse profissional deixa bem claro que o resultado final do trabalho, quando se trabalha em equipe, é bem mais proveitoso.

Robbins (2002) discorda dessa afirmação, quando cita na pág. 211: “Se opondo ao fato de que o trabalho em equipe aumenta a satisfação profissional, evidências indicam que os profissionais se submetem a um estresse substancial e contínuo quando desempenham funções conjuntamente”.

Francischine; Moura e Chinellato (2008) apud Fortuna (2005) afirmam que trabalhar em equipe não significa ser igual e possuir opiniões idênticas, mas sim trabalhar com “diferenças e conflitos”. Cada profissional possui um tipo de comportamento que pode ou não afetar no desenvolvimento de seu trabalho.

Porém, é importante destacar que um trabalho em equipe, realizado de forma satisfatória, beneficia não só os profissionais de saúde, como também o produto final deste trabalho, que é o usuário.

Safira concorda com essa afirmação quando relata que:

*“A importância do trabalho em equipe é para que possamos atender de forma satisfatória os nossos pacientes”.*

Corroborando com esta ideia, Brilhante diz:

*“Importante, pois com a união de todos, o trabalho rende mais e a comunidade é quem ganha com isso”.*

Turquesa concorda, quando cita:

*“Tem mais êxito e aproveitamento em ambas as partes”.*

Assim como Ametista, Pérola, quando questionada sobre a importância do trabalho em equipe, a mesma relata que:

*“Sem dúvidas é muito importante, pois juntos podemos realizar um bom trabalho e trocando experiências crescemos juntos”.*

Rubi cita:

*“É que o trabalho fica mais elaborado, mais seguro nas decisões”.*

Motta (2001) apud Araújo e Rocha (2007), pág. 460, afirmam que o trabalho em equipe é uma maneira de “estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas”.

De fato, se o trabalho em saúde é desenvolvido por todos os integrantes da equipe multiprofissional, baseando-se na interdisciplinaridade, o processo de trabalho se torna mais organizado e possibilita a articulação, o planejamento das ações em saúde, facilitando a tomada de decisões.

Diamante menciona algo referente a esse aspecto:

*“O trabalho em equipe serve para planejar as ações de saúde da equipe de Saúde da Família, avaliar essas ações de modo que haja melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados”.*

Já Topázio toca em um ponto bastante interessante quando fala:

*“A capacidade de ouvir e opinar em assuntos, contribuindo para uma melhor decisão em determinadas situações”.*

Francishini; Moura e Chinellato (2008) relatam que o trabalho em equipe requer interação constante e contínua, tendo ciência de que é possível articular as ações da equipe multiprofissional, proporcionando uma interação entre ambos, tendo compromisso ético, respeito com os profissionais e usuários, motivação, planejamento, responsabilidade e objetivos claros, possibilitando a construção de um projeto comum.

Esmeralda já refere o seguinte:

*“O Programa Saúde da Família é para prevenir as doenças. Se o trabalho não for em equipe, não flui bons resultados”.*

Analisando a fala do entrevistado acima, pode-se perceber que o mesmo não soube se expressar, pois sua resposta não está condizente com a pergunta. Porém,

após analisar mais a fundo chegamos à conclusão de que o mesmo talvez quisesse dizer que, quando o trabalho em saúde é realizado em equipe, obtêm-se bons resultados.

Ágata é bem direta em sua afirmação, quando cita que o trabalho em equipe é:

*“Fundamental”.*

#### 4.2.3 Fatores Limitantes na Realização do Trabalho em Equipe

Através dessa categoria de análise, buscamos questionar os profissionais sobre os fatores que dificultam a realização do trabalho em equipe.

Diante dessa indagação, Brilhante responde:

*“Muitas vezes é a falta de companheirismo por parte dos colegas”.*

Robbins (2002) concorda com a afirmação do entrevistado, quando relata que as equipes multiprofissionais ainda possuem comportamentos discrepantes e não conseguem socializar tão facilmente. O autor ainda afirma que esses profissionais ainda sofrem com “competitividade, conflitos e hostilidade”.

Pérola se refere à relação supracitada de modo semelhante quando cita:

*“A falta de companheirismo de alguns membros da equipe”.*

Já Esmeralda cita outro ponto bem interessante quando diz:

*“A população da comunidade grande demais para poucos profissionais”.*

Aqui tivemos uma resposta bem interessante pelo fato de geralmente na atenção primária existir um grande número de população adscrita para poucos profissionais, o que acaba sobrecarregando-os excessivamente. Dessa forma, esses

profissionais acabam se desconectando e realizando suas atividades individualmente.

Turquesa diz praticamente a mesma coisa:

*“Às vezes a equipe está muito atarefada, às vezes não temos tempo para nos reunirmos”.*

Diamante traz um pensamento também parecido:

*“Tempo, demanda, disponibilidade dos profissionais, falta de interesse de alguns profissionais”.*

Ametista afirma algo bem interessante e semelhante quando diz:

*“O envolvimento e o compromisso de todos os profissionais que formam a ‘equipe’”.*

Pelo exposto, nota-se que o mesmo quer afirmar que, devido aos profissionais estarem um tanto envolvidos e compromissados com as suas atribuições específicas, o trabalho em equipe acaba que sendo prejudicado.

Já Rubi refere como fator limitante na realização do trabalho em equipe:

*“A falta de compromisso”.*

Porém, segundo Almeida e Mishima (2001), cada profissional, seja ele médico, enfermeiro, técnico ou agente comunitário de saúde, possui suas atribuições técnicas ou núcleo de competências, que são as responsabilidades e saberes específicos de cada profissional. Todavia, vale ressaltar que a execução de suas funções individualmente não é suficiente para a realização de um trabalho em saúde compartilhado, humanizado e com compromisso profissional.

Quando questionado, Topázio relata:

*“Divergência de opiniões que às vezes dificulta a tomada de decisões”.*

Devido à unção de vários profissionais de diversas áreas em um mesmo ambiente de trabalho as opiniões acabam sendo um tanto discrepantes, o que acaba dificultando na tomada de decisões.

De acordo com Silva e Trad (2005), baseando-se em Starfield (2002), “a tomada de decisão em equipe fica otimizada com seis membros e altamente improvável com mais de doze”. Ele explica que o grande número de profissionais na equipe é um fator prejudicial no processo comunicacional.

Já Ágata cita:

*“Dificuldade em propor um mesmo horário para os diferentes profissionais; Falta de reunião periódica da equipe completa; Necessidade de maior definição e integração da equipe do PSF (cada profissional que compõe a equipe)”.*

Safira nos surpreendeu com sua afirmativa ao dizer:

*“Não existem dificuldades”.*

A resposta se mostrou bastante inesperada por diferir de todas as outras já relatadas anteriormente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe é uma das maiores peculiaridades da Estratégia Saúde da Família, tendo este a capacidade de agregar várias percepções sobre a ótica de um só problema, fazendo com que essas mesmas opiniões sirvam de base para uma real tomada de decisões. Tal ação proporciona aos integrantes da equipe uma interação conjunta, o melhoramento da satisfação interpessoal, a somatória de saberes, agregação de valores técnicos e científicos e principalmente o direcionamento de uma visão integral ao paciente, que será o mais beneficiado.

Porém, ainda podem ser observados pontos nesse contexto que merecem destaque, justamente por promover o afastamento desses profissionais, o que dificulta sua atuação como equipe integrada de saúde.

Nesse aspecto, podemos citar, como fator obstatante na realização do trabalho em equipe, a falta de preparação teórica e prática para a execução de atividades em grupo em decorrência da deficiência na formação acadêmica e profissional, já que os indivíduos não são devidamente preparados psicologicamente para a realização de atividades que demandem opiniões de outros, principalmente se essa opinião partir de outro colega que detenham de uma formação profissional de menor patente acadêmica.

Tal realidade pode ser observada na Unidade Básica de Saúde pesquisada, visto que os profissionais que compõem a equipe trabalham de forma totalmente desarticulada.

Ainda é perceptível certa articulação entre o enfermeiro, a técnica de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, e isso ocorre devido ao enfermeiro desempenhar o papel de supervisão perante esses profissionais.

Dentre os fatores restritivos na realização das articulações das ações e interação profissional perceptível dentro do universo pesquisado, podemos citar: grande número de população adscrita, falta de compromisso profissional, cobrança por parte dos gestores municipais, acúmulo de funções, divergências de opiniões, conflitos entre profissionais, má administração gerencial.

Em relação à interação profissional essa se dá através da troca de informações, o que deixa bastante a desejar em seus propósitos, no intuito de haver uma discussão coletiva acerca dos problemas detectados, procurando, dessa forma,

chegar a um consenso, de tal maneira a haver a resolução dos problemas de saúde da população.

Essa falta de discussão direcionada a resolutividade dos problemas faz com que cada vez mais os usuários busquem nas Unidades Básicas refúgio na tentativa de resolver os seus impasses, sobrecarregando todos os profissionais ali atuantes, diminuindo, dessa maneira, a qualidade da assistência dos serviços prestados e distanciando mais ainda a equipe, já que, pelo curso da demanda, não vai sobrar tempo para os profissionais tentarem se articular.

Mais um ponto a ser citado como entrave na realização do trabalho em equipe na Unidade pesquisada é a sobrecarga de responsabilidades e atividades que o enfermeiro tem que desempenhar. O que pode ser observado é que o enfermeiro agrega funções que tomam todo o seu tempo, o que não acontece com a maioria dos outros membros da equipe.

O enfermeiro atua na supervisão profissional e administrativa, desenvolve com muita competência todos os programas preconizados pelo MS, atua no segmento da educação continuada em saúde, é o profissional de maior popularidade dentro do serviço, e constantemente é chamado pelos gestores municipais de saúde para reuniões e outros afazeres. Com isso, nota-se que a divisão de atividades dentro da equipe sobrecarrega o enfermeiro e deixa os demais profissionais com o tempo mais livre.

O que fica evidente, nesse contexto, é que a falta de perfil e compromisso com o trabalho por parte dos demais membros torna a vivência profissional do enfermeiro muito sobrecarregada, fazendo com que, desse modo, ele não consiga prestar um bom serviço e sinta-se desprivilegiado frente aos demais profissionais.

Diante do exposto, conclui-se que o trabalho em equipe ainda se configura como um desafio para os profissionais da atenção básica, visto que a maioria deles demonstra certa dificuldade em atuar coletivamente, o que nos faz pensar que essas dificuldades podem advir do tipo de formação acadêmica ou educação pessoal.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P; Mishima S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface comunicação, saúde, educação**, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.D.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde Da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa et al. **TRATADO DE SAÚDE COLETIVA**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio De Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 871.
- ANDRADE, M. M. **Introdução á metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho Em Equipe: Um Desafio Para A Consolidação Da Estratégia De Saúde Da Família. **Ciências E Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, v. 12, n. 002, p.455-464, mar/abr. 2007.
- ARAÚJO, M.F.S; OLIVEIRA, F.M.C. A Atuação Do Enfermeiro Na Equipe De Saúde Da Família e a Satisfação Profissional. **Caos - Revista Eletrônica De Ciências Sociais**, Paraíba, n. 14, p.03-14, set. 2009.
- BEZERRA, A.F.B; SANTOS, A.C.G.E; FILHO, M.B. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.5, p. 809-15, 2005.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: RESOLUÇÃO COFEN 311/2007**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/928/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem-resolucao-cofen-311-2007>>. Acesso em: 13 set. 2010.
- MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competências profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.15, n.03, p. 472-478, jul./set. 2006.
- MINHOS, M.B; MORENO, L.C. A prevalência da violência no trabalho dos agentes comunitários de saúde do Município de Sidrolândia, MS. **Ensaio e Ci.**, Campo Grande, v.10, n. 3, p. 151-160, dez. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. **ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://ppgl.unb.br/site/images/arquivos/Resolucao196-96.pdf>>. Acesso em: 24/set/2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS, 1997.

CALOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF). **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS); v. 27, n. 4, p.548-56, dez, 2006.

CALOMÉ, I.C.S.; LIMA, M.A.D.S. O Trabalho Em Equipe No Programa De Saúde Da Família (Psf): Algumas Considerações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2005. Gramado. **Anais...** Brasília: Aben, 2005. p. 1 - 2.

FRANCISCHINI, A.C; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa de saúde da família. *Investigação* v. 8, n. 1-3, p. 25–32. Jan. /Dez. 2008.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos De Pesquisa**. 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2010.

LODI D.L.P., TAGLIARI M.H., MORETTO, E.FS. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n. 2, p. 67-79, Jul./Dez. 2003.

MINAYO, M. C.D. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2007.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa De Saúde Da Família: A Experiência Da Equipe Multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, Botucatu, v. 4, n. 40, p.727-33, Fev. 2006.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, vol.4, n.6, pp. 151-151, 2000.

PERES, M.A.C. **Do Taylorismo/Fordismo À Acumulação Flexível Tayotista: Novos Paradigmas E Velhos Delemmas**. Disponível em: <[http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/\\_Arquivos/Jan\\_Jul\\_04/PDF/Artigo\\_Marcos](http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/_Arquivos/Jan_Jul_04/PDF/Artigo_Marcos)>. Acesso em: 01 out. 2010.

PINA, A.P.B. et al. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-promocosaude/Dec\\_Alma-Ata.htmbbb](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocosaude/Dec_Alma-Ata.htmbbb)>. Acesso em: 12 out. 2010.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e Cognição**. v. 3, n. 8, p. 68-86. Jun/ago. 2006.

RADDATZ, M.; SANTOS, J.L.G.; GARLET, E.R. Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à saúde da família. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>> Acesso em: 09/09/2010

RAUPP, F.M; BEUREN, I.M. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In BEUREN, Ilse Maria: organizadora e colaboradora. **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446. Mar/abr. 2004.

ROBBINS, S.P. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 32, n. 4, p. 65-74. 2003.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, p. 316-319. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018.

SILVA, M.H da; SANTOS, M.R dos. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da Zona Norte do Município de Juiz de Fora. **Revista APS**, v.6, n.2, p. 70-76, jul./dez., 2003.

VALENTIM, M. Métodos de Pesquisa: Técnica de Coleta de Dados. Disponível em: [http://www.valentim.pro.br/Slides/Metodologia/Tecnicas\\_Coleta\\_Dados.ppt](http://www.valentim.pro.br/Slides/Metodologia/Tecnicas_Coleta_Dados.ppt) Acesso em: 12/11/2010

WALDOW, V. **Cuidado Humano: O Resgate Necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 2001.

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Tatiane Aline Bezerra Lima, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN – FACENE, venho solicitar sua autorização para participação na pesquisa intitulada “Trabalho em Equipe: Avaliando as práticas profissionais exercidas em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN”. Esta pesquisa tem por objetivo geral: Avaliar no entendimento dos profissionais de saúde as práticas de trabalho em equipe exercidas em uma Estratégia de Saúde da Família do Município de Mossoró-RN e, como objetivos específicos: Caracterizar a situação profissionais dos entrevistados; Verificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre trabalho em equipe; Averiguar no entendimento dos profissionais de saúde a importância do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família; Identificar se o trabalho em equipe é desenvolvido na Unidade de Saúde dos profissionais entrevistados; Avaliar no entendimento dos profissionais de saúde os fatores que dificultam a realização do trabalho em equipe. Será realizada a aplicação de um questionário, abrangendo questões sobre o trabalho em equipe, que incluem a sua importância, bem como os fatores que os dificultam. O interesse relativo a esta temática deu-se através da vivência em várias Unidades de Saúde da Família, a qual possibilitou a observância de uma prática de trabalho fragmentada, sem quaisquer integrações de ações entre os profissionais da equipe multiprofissional. Esclareço que as informações coletadas no questionário serão utilizadas somente para os objetivos da pesquisa e que esta não apresenta nenhum risco aparente aos participantes. O(A) senhor(a) tem liberdade de desistir, a qualquer momento, da participação na pesquisa a ser realizada. As informações ficarão em segredo e seu anonimato, caso não queira a sua divulgação, será preservado. Em nenhum momento, os(as) senhores(as) terão prejuízo financeiro e não receberão dinheiro para participar de tal estudo, será uma participação voluntária.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG: \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa,  
declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente  
esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o  
consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que  
receberei uma cópia deste documento, assinado por mim e pelos pesquisadores.

---

Participante da Pesquisa

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2010

---

Tatiane Aline Bezerra Lima  
Pesquisadora Participante

---

Lauro Geovane Morais Rodrigues  
Pesquisador Responsável<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Endereço do pesquisador responsável: Rua Sebastião Sizenando, 352 – Centro –  
Apodi – RN – Fone: (84)91020573  
Email: [lauro\\_morais@hotmail.com](mailto:lauro_morais@hotmail.com)

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Frei Galvão, 12 – Gramame – João  
Pessoa – PB – Fone: (83)2106-7792  
Email: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

**APÊNDICE B****QUESTIONÁRIO****PARTE I: CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS**

1. SEXO:

- a. Feminino (    )    b. Masculino (    )

2. CARGO:

- a. Enfermeiro (    )
- 
- b. Dentista    (    )
- 
- c. Médico    (    )
- 
- d. Técnico de Enfermagem (    )
- 
- e. Auxiliar de Enfermagem (    )
- 
- f. Agente Comunitário de Saúde (    )
- 
- g. OUTROS \_\_\_\_\_

3. FORMAÇÃO:

- a. Ensino Médio Completo (    )                      Incompleto (    )
- 
- b. Superior Completo (    )                      Incompleto (    )
- 
- c. Pós Graduação completo (    )                      Incompleto (    )
- 
- d. Mestrado completo (    )                      Incompleto (    )
- 
- e. Doutorado (    )                      Incompleto (    )
- 
- f. OUTROS: \_\_\_\_\_

4. TEMPO DE FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

5. TEMPO DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

**PARTE II****EM SUA OPINIÃO:**

1. O QUE VOCÊ ENTENDE POR TRABALHO EM EQUIPE?

---

---

---

2. QUAL A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESF?

---

---

---

3. O TRABALHO EM EQUIPE É DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHA?

- a. SIM (      )
- b. NÃO (      )
- c. POUCO DESENVOLVIDO (      )
- d. OUTROS:

---

---

---

4. QUAIS SÃO OS FATORES QUE DIFICULTAM A REALIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE? POR QUÊ?

---

---

---

# **ANEXO**

FACENE  
FAMENE

**FACULDADES DE ENFERMAGEM  
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no  
DOU de 23.09.2005 P'g. 184 Seção 01.  
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no  
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2º Reunião Ordinária realizada em 17 de fevereiro de 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Trabalho em equipe: avaliando as práticas profissionais exercidas em uma estratégia de saúde da família do município de Mossoró-RN", protocolo número: 27/11 e CAAE: 0014.0.351.000-11, do orientador: Lauro Geovane Morais Rodrigues e da aluna: Tatiane Aline Bezerra Lima.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/06/2011, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda. João Pessoa, 16 de Março de 2011

Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

*Lígia Kelly Barbosa de Sousa Lima*

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil  
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777