



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
[MESTRADO PROFISSIONAL]



NATAN GONÇALVES DE LIMA JOÃO

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC

CRICIÚMA

2023

NATAN GONÇALVES DE LIMA JOÃO

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

Projeto de dissertação submetido para aprovação
no exame de qualificação do Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado
Profissional] da Universidade do Extremo Sul
Catarinense.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

J62d João, Natan Gonçalves de Lima.

Desafios e possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais das unidades básicas de saúde do município de Criciúma/SC / Natan Gonçalves de Lima João. - 2023.

110 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Centros de saúde - Criciúma (SC). 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 4. Grupos de trabalho. 5. Trabalho interprofissional. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

NATAN GONÇALVES DE LIMA JOÃO

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 18 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JACKS SORATTO**
Data: 09/02/2024 22:33:57-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Jacks Soratto
Doutor – Orientador
Presidente da Banca

Documento assinado digitalmente
 **GIOVANA ILKA JACINTO SALVARO**
Data: 14/02/2024 12:49:45-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Giovana Ilka Jacinto Salvaro
Doutor(a) – PPGDS
Membro externo

Documento assinado digitalmente
 **ANTONIO AUGUSTO SCHAFER**
Data: 14/02/2024 13:52:58-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Antônio Augusto Schäfer
Doutor(a) – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Dedico este estudo aos participantes, cuja
contribuição valiosa permitiu desvelar os
intrincados matizes do trabalho em equipe na

saúde. As experiências, compartilhadas com abertura e sinceridade, foram a luz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que é Pai e Mãe, pelo privilégio da vida e pelas bênçãos sempre presentes no meu processo de evolução.

Aos meus pais Carlos Marcial, Itamara Gonçalves, meus irmãos Guilherme Lima e Betina Lima, e a minha dupla de vida Miliana Wernke, que são minha base e minha motivação maior, e que entenderam minha ausência e me apoiaram neste período de estudo.

Ao professor Dr. Jacks Soratto que, sempre com muito entusiasmo disponibilizou seu tempo para contribuir com este trabalho, e que acima de tudo, contribuiu com meu crescimento pessoal e profissional com palavras sábias e conselhos valiosos. Serei eternamente grato.

Aos colegas, profissionais de saúde que colaboraram na construção do estudo e engajaram nesta caminhada.

Aos profissionais do Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCOL) da UNESC, por compartilharem seus conhecimentos.

Aos colegas de mestrado pela solidariedade e por momentos de trocas e conversas sobre nossas vivências.

A Secretaria de Saúde do município onde desenvolvi minha pesquisa, pelo compromisso e responsabilidade com cada paciente e colaboradores.

Sob o aspecto do entendimento, os atos comunicativos servem para a mediação de um saber armazenado na cultura: a tradição cultural se reproduz por meio do “agir orientado pelo entendimento” (HABERMAS, 2012, v. 2, p. 118).

RESUMO

Introdução: Para responder as inúmeras necessidades de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde nos contextos territoriais exige-se profissionais qualificados e que saibam trabalhar coletivamente na perspectiva interprofissional. Entretanto, esse trabalho por vezes reduz-se apenas ao agrupamento de profissionais em uma mesma equipe, o que não oportuniza benefícios e efetivação da integralidade do cuidado. **Objetivo:** analisar os desafios e possibilidades do trabalho em equipe do ponto de vista dos diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde no município de Criciúma – Santa Catarina. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo foi desenvolvido com 12 equipes de Saúde da Família, contemplando Unidades Básicas de Saúde que foram selecionadas aleatoriamente dos seis distritos sanitários do município de Criciúma – Santa Catarina. Participaram do estudo 12 agentes comunitários de saúde, 12 médicos, 12 enfermeiros, 12 odontólogos, 12 técnicos em enfermagem, 9 auxiliares em saúde bucal, totalizando 69 profissionais de saúde que foram selecionados por conveniência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada por pesquisador treinado, gravada e posteriormente transcrita. O processo analítico foi permeado pela Análise Temática de Conteúdo, dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A organização dos achados contou com apoio do software Atlas.ti 23 e o olhar teórico foi sustentado pela Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas. O estudo teve parecer ético favorável sob o número 5.821.159. **Resultados:** os achados oportunizaram a seleção de 351 trechos de citação, vinculados a 58 códigos, relacionados a 8 subcategorias, associadas a duas macros categorias denominadas. A categoria possibilidades para o trabalho em equipe em Unidades Básicas de Saúde destacou os fundamentos de relação e diálogo (35%); estratégias para incentivar colaboração (27,5%); Aspectos estruturais e suporte institucional (18,1); atitudes e comportamentos pessoais (16,9); planejamento e divisão de tarefas (8,1%). A categoria desafios para o trabalho em equipe nas Unidades Básicas de Saúde, por sua vez, desdobraram-se em Liderança e motivação (42,7%); Aspectos interpessoais e de comunicação (30%); Organização do trabalho em saúde (25,1%) e Dificuldades estruturais e de recursos (2,1%). **Conclusão:** Destaca-se a importância de investir em estratégias de promoção da colaboração, fortalecendo o diálogo e a relação entre os membros da equipe,

enquanto enfrenta-se desafios significativos relacionados à liderança, comunicação eficaz e organização do trabalho para melhorar o trabalho interdisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Trabalho em equipe. Trabalho interprofissional. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: To address the numerous health needs within the scope of Primary Health Care in territorial contexts, qualified professionals are required who can work collectively from an interprofessional perspective. However, this work sometimes only amounts to the grouping of professionals within the same team, which does not allow for benefits and the effective realization of comprehensive care. Objective: To analyze the challenges and possibilities of teamwork from the perspective of different professionals comprising health teams in the municipality of Criciúma - Santa Catarina.

Methods: This is a qualitative, exploratory, and descriptive study. The research was conducted with 12 Family Health teams, encompassing Basic Health Units randomly selected from the six sanitary districts of the municipality of Criciúma - Santa Catarina. The study included 12 community health agents, 12 physicians, 12 nurses, 12 dentists, 12 nursing technicians, and 9 oral health assistants, totaling 69 health professionals who were conveniently selected. Data collection was carried out through semi-structured interviews conducted by a trained researcher, recorded, and later transcribed. The analytical process was permeated by Thematic Content Analysis, divided into three phases: pre-analysis, material exploration, and results treatment. The organization of findings was supported by the Atlas.ti 23 software, and the theoretical perspective was sustained by Jürgen Habermas' Theory of Communicative Action. The study received ethical approval under number 5,821,159. **Results:** The findings led to the selection of 351 quotation excerpts, linked to 58 codes, related to 8 subcategories, associated with two macro-categories. The category of possibilities for teamwork in Basic Health Units highlighted the fundamentals of relationship and dialogue (35%); strategies to encourage collaboration (27.5%); Structural aspects and institutional support (18.1%); personal attitudes and behaviors (16.9%); planning and task division (8.1%). The category of challenges for teamwork in Basic Health Units, on the other hand, unfolded into Leadership and motivation (42.7%); Interpersonal and communication aspects (30%); Organization of health work (25.1%), and Structural and resource difficulties (2.1%). **Conclusion:** The importance of investing in collaboration promotion strategies, strengthening dialogue and relationship among team members, while facing significant challenges related to leadership, effective

communication, and work organization to enhance interdisciplinary work in Basic Health Units, is emphasized.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Teamwork. Interprofessional work. Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tipo de Equipes	34
Figura 2 – Modelo Multidisciplinar	36
Figura 3 – Organização do Trabalho Interdisciplinar	37
Figura 4 – A abordagem Transdisciplinar.....	41
Figura 5 – Síntese dos resultados dos desafios e possibilidades para o trabalho em equipe no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Criciúma/SC.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes.....	53
Tabela 2 – Numero de trechos de citação relacionados as categorias e subcategorias dos desafios e facilidade para o trabalho em equipe, Criciúma/SC.....	56
Tabela 3 – Número de trechos de citação relacionado aos códigos e subcategorias das possibilidades para o trabalho em equipe, Criciúma/SC.....	57
Tabela 4 – Número de trechos de citação relacionado aos códigos e subcategorias dos desafios para o trabalho em equipe em Unidades Básica de Saúde, Criciúma/SC.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atendimento Básico
ABS	Atendimento Básico à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
CS	Centros de Saúde
eSF	Equipes Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária (MRS)
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	JUSTIFICATIVA	14
1.2	PERGUNTA DE PESQUISA	14
1.3	OBJETIVOS	15
1.3.1	Objetivo Geral	15
1.3.2	Objetivos Específicos.....	15
1.4	PRESSUPOSTOS.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	SISTEMA DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	16
2.1.1	Sistema Único de Saúde	16
2.1.2	Atenção Primária à Saúde.....	18
2.1.3	Estratégia Saúde da Família	23
2.2	O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE	26
2.3	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	27
2.3.1	Abordagem Multidisciplinar no Contexto de Saúde	30
2.3.2	O trabalho Interdisciplinar e suas diferentes formas	32
2.3.3	Práticas Colaborativas no ambiente de trabalho	34
2.3.4	O papel do Trabalho em Equipe nas práticas profissionais em saúde....	35
2.3.5	A abordagem Transdisciplinar para soluções em saúde.....	36
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	38
3.1	TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA	38
4	MÉTODOS	41
4.1	TIPO DE ESTUDO	41
4.2	LOCAL DO ESTUDO	42
4.2.1	Contexto geral.....	42
4.2.2	Contexto do serviço de saúde.....	43
4.2.3	Seleção do local da pesquisa	43
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.3.1	Critérios de inclusão	44
4.3.2	Critérios de exclusão.....	44
4.4	COLETA DE DADOS	44

4.5 ANÁLISE DE DADOS	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM EQUIPE EM UNIDADES BASICAS DE SAÚDE	52
5.1.1 Fundamentos de relação e diálogo	54
5.1.1.1 <i>Comunicação entre os membros da equipe</i>	54
5.1.2 Estratégias para incentivar diálogo e colaboração	55
5.1.2.1 <i>Reunião de equipe</i>	56
5.1.2.2 <i>Realização de dinâmicas nas reuniões</i>	57
5.1.3 Aspectos estruturais e suporte institucional	59
5.1.3.1 <i>Existência de incentivo</i>	59
5.1.3.2 <i>Cursos de Aperfeiçoamento e capacitações</i>	60
5.1.4 Atitudes e Comportamentos pessoais.....	61
5.1.4.1 <i>Predisposição pessoal para o trabalho em equipe</i>	61
5.1.4.2 <i>Proatividade</i>	63
5.1.5 Planejamento e Divisão de Tarefas	64
5.1.5.1 <i>Gerência como membro facilitador</i>	64
5.1.5.2 <i>Melhor divisão de tarefas</i>	65
5.2 Desafios do trabalho em equipe para os profissionais que atuam em unidades básicas de saúde	65
5.2.1 Liderança e motivação	66
5.2.1.1 <i>Ausência de incentivos</i>	67
5.2.1.2 <i>Falta de tempo para reunião de equipe</i>	68
5.2.1.3 <i>Aproximação com a Atenção primária</i>	69
5.2.1.4 <i>Desmotivação e desvalorização</i>	70
5.2.2 Interpessoais e de comunicação.....	71
5.2.2.1 <i>Predisposição pessoal para a realização individual do trabalho</i>	72
5.2.2.2 <i>Ausência de empatia</i>	73
5.2.2.3 <i>Falta de comunicação</i>	75
5.2.3 Organização do trabalho em saúde	76
5.2.3.1 <i>Falta de profissionais</i>	76
5.2.3.2 <i>Sobrecarga de trabalho</i>	77
5.2.3.3 <i>Restrição da área de Odontologia</i>	78

5.2.4 Dificuldades estruturais e de recursos.....	80
<i>5.2.4.1 Ausência de estrutura adequada e com essa proposta</i>	<i>80</i>
6 CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	101
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	104
APÊNDICE C – SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM EQUIPE NO ÂMBITO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CRICIÚMA/SC	104
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	107
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	107

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é consequência de uma luta de anos, idealizado pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro, a partir de 1988 com a promulgação da Constituição Federal, o SUS fez com que o Brasil se tornasse o maior país do mundo a possuir um sistema público universal de saúde, pautado nos princípios da equidade e da integralidade, incluindo a participação do controle social (Paim, 2018; Paim e Silva, 2010).

A busca por um modelo que garantisse os princípios doutrinários defendidos pelo SUS, fez com que o Ministério da Saúde criasse em 1994 o Programa Saúde da Família, que foi baseado na experiência exitosa vivenciada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 (Giovanella, 2009).

Com inclusão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 o Programa passou a ser denominada como Estratégia Saúde da Família (ESF) norteando a APS e tem sido o alicerce deste novo modelo de atenção à saúde. (Morais, 2020; Souza, Roncalli, 2021).

A singularidade da ESF está na forma de produzir as ações de saúde com centralidade na pessoa/família, vínculo com o usuário, integralidade, coordenação da atenção, articulação com a rede assistencial, participação social e atuação intersetorial, que buscam a conversão do modelo assistencial biomédico centralizado na queixa-conduta e doenças (Escorel et al., 2007; Gomes et al., 2011; Arantes et al., 2016).

Visto que a AB é a principal porta de entrada do sistema de saúde, e inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (Brasil, 2017), percebeu-se que para que a efetividade da AB se concretize se faz fundamental que o trabalho seja realizado em equipe com a integração dos saberes (Giovanella et al. 2016).

Assim, o trabalho em equipe surge como proposta para a mobilização de outros campos de saberes e práticas, que ampliam a capacidade de enfrentamento dos determinantes socioambientais a favor de melhores condições de vida (Silva et al.,

2014). Esse entendimento é válido para consolidar práticas de promoção da saúde voltadas para indivíduos e coletivos, em uma perspectiva multidisciplinar, que visa a um cuidado integral e em redes, com ampla participação e controle social (Brasil, 2006).

Atualmente o trabalho em equipe na ESF é realizado com um baixo grau de interação entre as categorias profissionais ficando restrito basicamente aos momentos de reunião de equipe (Colomé et al., 2008), um processo de trabalho em que cada profissional executa sua função sem pensar na busca de entendimentos coletivos (Ferreira et al., 2009) e, uma atuação das equipes de saúde da família com ações fragmentadas, desarticuladas e individualistas (Medeiros, 2011).

Culminando que o problema do atual modelo assistencial está na organização do processo de trabalho, por vezes médico-centrado e levando em consideração poucos aspectos interprofissionais, se mostra necessário uma mudança da forma como ocorre o trabalho, com a equipe multiprofissional nuclear na produção do cuidado de forma interdisciplinar (Brito, 2005).

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação por trás da escolha desta temática enraíza-se na trajetória do autor desta pesquisa, que, como odontólogo, ao transitar por diferentes contextos, percebeu a relevância e o impacto significativo que a dinâmica do trabalho em equipe exerce sobre a eficácia, a qualidade e principalmente a satisfação no ambiente profissional. Essa percepção foi alimentada por vivências que evidenciaram tanto os desafios quanto os benefícios inerentes à colaboração entre membros de uma equipe, principalmente se tratando das equipes de saúde bucal, que por vezes, são entendidas como uma equipe em anexo, não tendo uma verdadeira integração.

As experiências vivenciadas durante a extensão universitária, onde estágios e programas vinculados ao SUS foram empreendidos, lançaram luz sobre as dificuldades interdisciplinares. Surgiram, então, situações onde o trabalho em equipe revelava-se desafiador, delineando não apenas a necessidade de uma equipe, mas a complexidade em configurá-la autenticamente, indo além de uma mera congregação de profissionais. Adicionalmente, foram percebidas barreiras organizacionais que resistem à quebra do paradigma curativo, onde a ênfase nos procedimentos muitas vezes eclipsa a imprescindível ênfase na relação com os usuários.

O que se percebe é que o trabalho em equipe não se constitui em um processo simples. As mudanças ocorridas na modernidade, a diversidade das doenças, hábitos de vida, determinantes sociais, exigem que cada profissional se atualize constantemente para que possa efetivamente atuar em um projeto que envolva a equipe sendo necessário que as diversas especialidades atuem de maneira articulada e colaborativa com a finalidade de prestar uma assistência que compreenda todas as necessidades de saúde do mesmo indivíduo.

Surge, então, a necessidade imperativa de sondar as entranhas da dinâmica de trabalho diário, explorando as nuances das interações, identificando barreiras e desvelando as promissoras possibilidades de transpor esses obstáculos.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais os desafios e possibilidades para o trabalho em equipe dos profissionais que integram as UBS em um município do sul de Santa Catarina?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar os desafios e possibilidades do trabalho em equipe dos profissionais que compõem as UBS no município de Criciúma/SC

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os desafios para integração entre os profissionais das equipes de Saúde da Família.
- b) Descrever as possibilidades para o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família.

1.4 PRESSUPOSTOS

- a. A compreensão de trabalho em equipe pelos profissionais muito é divergente e de maneira geral se limita a cada um fazer sua parte, não ocorrendo de fato o trabalho em equipe;
- b. A integração da equipe de saúde bucal é a mais restrita e se apresenta como uma equipe fragmentada;
- c. A reunião de equipe é a estratégia mais utilizada para integração dos profissionais e dos saberes;
- d. A falta de comunicação entre os membros das eSF é o maior fator limitante para a efetivação do trabalho em equipe.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

2.1.1 Sistema Único de Saúde

No campo da assistência médica, uma divisão de responsabilidades se estabeleceu precocemente, já no fim do Império e na Primeira República, com o desenvolvimento de um conjunto de serviços privados, filantrópicos e mutualistas: enquanto o Estado especializou-se na atenção às populações excluídas ou que pudessem ameaçar a saúde pública (chamados de loucos e os portadores de doenças infectocontagiosas), as santas casas assumiram o cuidado dos pobres, as comunidades de imigrantes e os sindicatos organizaram suas beneficências, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar (Gerschman, 2004; Santos, 2018).

Nas décadas de 1920 e 1930, reflexo de um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, com a Lei Eloy Chaves passou-se a constituir um sistema previdenciário, inicialmente criado pelas empresas, que assumiram as caixas de aposentadoria e pensões (CAP) para seus empregados, que incluíam as assistências médica e farmacêutica entre os benefícios oferecidos (Porto et al., 2008).

Até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito público, sendo mencionada nos textos constitucionais apenas como mais um serviço público ofertado (Romero, 2020).

Na estrutura do Estado, a atenção à saúde individual estava organizada com uma lógica diferente daquela com a qual se abordavam e executavam as ações de saúde coletiva, logo, instituições diferentes eram responsáveis pelas políticas e ações de saúde coletiva e de atenção individual, dividindo o sistema. Nesse contexto, a assistência médica era mais um benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuía para a Previdência Social (Dias et al., 2010).

Devido à esse cenário, a assistência médica nessa época se mostrava inadequada, isso porque não dava conta de atender, por meio de um modelo

hospitalocêntrico e privatista no qual estava (e por vezes ainda se encontra) baseada, à crescente e mais diversas demandas decorrentes do agravamento da saúde da população em meio ao desenvolvimento nacional e isso deixava à margem um número enorme de pessoas, por consequência, deixando-os excluídos (Dias et al. 2010).

Posteriormente, com a Constituição Federal de 1988, marco da redemocratização do país, consolidou-se garantias fundamentais a todo cidadão brasileiro, institucionalizando seus direitos, e é nela que se encontra a essência do sistema de saúde brasileiro (Brasil, 1988).

O caminho até a CF de 1988 foi árduo, tal processo teve como liderança intelectual e política o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que era constituído por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, estes tiveram um papel destacado na oposição ao regime militar e na área da saúde (Gerschman, 2004), sendo responsáveis por realizar junto com a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados Federais, em 1979 e em 1982, o I e o II Simpósio Nacional de Política de Saúde, proporcionando reflexões que influenciaram nos pensamento e nas decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Santos, 2018).

Estimulado por este movimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge devido à necessidade de reformulação política e organizativa para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, sendo formalizado a partir da Constituição de 1988 e regulamentado após a elaboração e implantação da legislação titulada Lei Orgânica da Saúde, compostas pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, tendo como pilares a busca do acesso igualitário, integral e universal ao sistema de saúde, a descentralização das ações de saúde e a participação popular (Carvalho e Santos, 2006).

Em decorrência da fragmentação do sistema de saúde, dividindo a saúde individual da coletiva, a sociedade brasileira estabeleceu um quadro repleto não só das próprias doenças, mas também trouxe reveses como desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional (Osório e Schraiber, 2015). Ao ser colocada à saúde como direito, passa a ser tratada como um princípio de justiça normativa e torna-se referencial como uma política de direitos (Fundação Osvaldo Cruz, 2013).

Com o SUS, obrigado em lei, incluiu-se no sistema público de saúde a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde, um levantamento realizado no período de 1990 à 2005 mostrou que os municípios passaram a ser

responsáveis por 93% dos novos estabelecimentos e 69% dos trabalhadores públicos de saúde no país. Elevou-se a porcentagem média dos impostos municipais destinada à saúde, chegando a 14,4% em 2000 e 23,3% em 2015 (Santos, 2018).

2.1.2 Atenção Primária à Saúde

Com uma incipiente discussão referente a Atenção primária à saúde (APS), surge o Relatório Dawson, publicado em 1920, que é apontado como proposta inicial de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no relatório é apresentado a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra arranjando-os em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e custos do tratamento. Tendo os centros de saúde primários como os serviços de maior abrangência e resolvendo a maior parte dos problemas de saúde da população além de atuar como porta de entrada e cerne do sistema, atuando de forma integrada com os centros de saúde secundários e terciários, como os hospitais de ensino (Ministry Of Health, 1920).

A APS também foi tratada no relatório de Alma Ata, constituído na I Conferência Internacional de cuidados primários em Saúde em 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas, neste ponto, se assume que a saúde não é meramente a ausência de doença ou enfermidade, mas um direito fundamental do ser humano e sua realização pede o empenho de outros setores sociais e econômicos. Ademais, neste documento governos e organizações são instigados a atingir a meta: saúde para todos no ano 2000, utilizando como proposta a APS (Mendes, 2004).

Dessa maneira a Atenção Primária à saúde (APS) foi definida como:

[...] cuidados indispensáveis à saúde, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da

comunidade com sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Mendes, 2004).

Essa definição tem grande influência da experiência americana de atenção primária, estimulada pela medicina comunitária na década de 60 que surgiu como estratégia de prestação de serviços, em especial para as populações com dificuldade no acesso aos serviços, aplicando conceitos como a abordagem integral dos indivíduos, na qual o indivíduo era considerado parte de um contexto social e cultural e deveria ser levado em conta na abordagem, bem como preconizava uma intervenção perto do ambiente onde as pessoas habitam (Rosa e Labate, 2005).

Precedente, no Brasil, o modelo chamado de médico assistencial privatista ou previdenciário garantia o acesso apenas para as pessoas que contribuíam com a Previdência Social, ou seja, os membros da comunidade que tinham ocupações reconhecidas e definidas por lei, ao restante da população, se tinha assistência das instituições filantrópicas, campanhas de saúde pública focais e programas de saúde pública (Bertolli, 1996).

Este modelo de atenção à saúde hegemônico, que leva em consideração vários aspectos do relatório Flexner, também chamado de modelo tecnoassistencial biologicista, por vezes ainda se mostra vigente em algumas práticas de saúde. Embora seja incontestável a contribuição do relatório elaborado por Flexner para a melhoria da formação em medicina e em saúde, em contraponto, este modelo não considera outros campos do conhecimento, tendo como resultado um olhar exclusivamente para o corpo, práticas de saúde que se afastam da realidade dos usuários e que não reconhecem a subjetividade humana, em especial às situações de vulnerabilidade frente à doença (Saito, 2008).

A atenção primária pode ser definida como o nível base de um sistema de saúde e que oferece entrada no mesmo, para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (fugindo do foco somente na enfermidade) no decorrer do tempo, garante atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, além disso, coordena e integra a atenção oferecida em toda a rede de atenção à saúde (Starfield, 2002).

A APS juntamente com os outros níveis dos sistemas de saúde compartilha atributos, tais como: responsabilidade pelo acesso; qualidade e custos; prevenção, tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe (Starfield, 2002).

Após os eventos já citados, como a Conferência de Alma Ata e o movimento da reforma sanitária, as políticas de saúde focaram principalmente em alcançar os princípios declarados para a APS e reorganizar o sistema de saúde em uma tentativa de superar o predomínio do modelo biologicista, introduzindo gradualmente práticas do modelo tecnoassistencial da APS (Saito, 2008).

Há principalmente três interpretações indispensáveis da APS, e estes tipos são encontrados em vários países, podendo até haver mais de um tipo dentro de um mesmo país. São elas: APS Seletiva, APS como nível primário de atenção à saúde e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2019).

A APS seletiva, por vezes denominada de Programa de Medicina Simplificada, é entendida como um cuidado específico que se limita às populações e regiões pobres oferecendo tecnologias simples e de baixo custo (Guimarães et al., 2009; Mendes, 2019). Um exemplo foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) (Mendes, 2019).

Já a interpretação da APS como nível primário de atenção à saúde se traduz no modo de ordenar e vigorar a APS como porta de entrada do sistema, ressaltando a resolutividade dos serviços para com os problemas de saúde comumente encontrados (Mendes, 2019).

E a última classificação caracteriza a APS como de fato uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde utilizando elementos como a reorganização e reordenamento de todos os recursos do sistema, de forma integrada, com o intuito de atender o maior número de necessidades da população, enfatizando a articulação da APS dentro de um sistema completo de serviços de saúde (Mendes, 2019) este, o Brasil utilizou como guia para reorganizar a atenção à saúde a partir do Programa Saúde da Família (Mendes, 2004).

No Brasil o Ministério da Saúde (MS) opta pelo termo Atenção Básica à Saúde (ABS) para referir-se a atenção primária como modelo assistencial alternativo, uma estratégia de para reformular o sistema de saúde garantindo a implantação levando em consideração as orientações da reforma sanitária (Paim, 2018; Giovanella et al., 2009). Entretanto, esse termo pode remeter a um tipo de atenção onde os cuidados

são fáceis, trazendo uma visão estereotipada de que os cuidados primários são simples (Mendes, 2019).

Em 2016, o Ministério da Saúde definiu a Atenção Básica, através da publicação da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2006,) nela descreve a AB é um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, que devem ser feitas no nível primário da atenção dos sistemas de serviço, sempre utilizando seus esforços para promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Tal política foi reformulada em 2011 (Brasil, 2011), e posteriormente em 2017 (Brasil, 2017) que continua vigorando até os dias de hoje.

A atual PNAB aprovada em 2017 por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 de modo a aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, e proporcionando uma revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017).

Sua concepção elucida que a Atenção Básica é o conjunto de várias ações de saúde que podem/devem ser individuais, familiares e coletivas, contemplando a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, utilizando as práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, apoiada em uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

O que podemos verificar na trajetória de desenvolvimento da PNAB é a construção de uma visão que se afasta do entendimento de uma AP Seletiva, que buscava a implementação de uma cesta mínima de serviços conforme preconizado nos anos de 1980 por diversas agências multilaterais. Ao contrário, a Política Nacional de Atenção Básica expressa que a ABS deve ser realizada utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em equipe, dirigidas a populações de territórios à equipe designados, buscando sempre o atendimento ao usuário de forma a considerar seu contexto e como se insere na sociedade em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem

resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Brasil, 2017).

A APS se fundamenta em quatro atributos essenciais para sua ação (Starfield, 2002):

a) Acesso de primeiro contato: Ser acessível a toda a população adscrita utilizando-se como fonte de cuidado aos problemas ou episódios de um problema de saúde, menos em caso das emergências médicas;

b) Longitudinalidade: Proporcionar um cuidado continuado, e construir um vínculo com os usuários de modo que incentive a sua utilização quando necessário ao longo do tempo. Deve se construir uma relação interpessoal e de confiança mútua entre os usuários e os profissionais;

c) Integralidade: Ofertar uma gama de serviços aos usuários que o contemplar como um todo, desde o ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença, tendo ações visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação, ainda que necessite apoio de algum dispositivo da rede para efetivar o atendimento, assim incluem os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outros;

d) Coordenação: Se fazer de modo que consiga integrar de modo global o usuário, possuindo continuidade do cuidado, podendo ser por atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além de reconhecer todos os problemas atendidos em outros serviços da rede. Em seu cerne, quem provê a atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado do paciente.

E possui três atributos derivados (Starfield, 2002):

a) Orientação familiar: Ao efetuar suas ações sempre considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado ou ameaça à saúde, usando sempre que possível ferramentas de abordagem familiar;

b) Orientação comunitária: Identificando as necessidades em saúde da comunidade, fazendo uso de dados epidemiológicos e do contato direto, e contando com a coletividade no planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

c) Competência cultural: A equipe multiprofissional deve procurar ajustar-se absorvendo as características culturais singulares daquela população assim sendo mais fácil acesso de primeiro contato.

No Brasil, a APS tal como definida por Starfield (2001) é representada pela Estratégia Saúde da Família.

2.1.3 Estratégia Saúde da Família

Devido a introdução e estabelecimento do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990, volta-se o debate referente a APS nas agendas políticas, muito delimitadamente focada em estender as ações de saúde às populações rurais, às periferias urbanas voltando-se para o grupo materno-infantil (Levy et al., 2004).

Sendo assim a proposta da Saúde da Família surge é criada primordialmente em 1994 em formato de programa, este chamado de Programa Saúde da Família (PSF), com a ideia maior de estender a cobertura do sistema de saúde em áreas de maior vulnerabilidade e nas ações ligadas na redução do risco de mortalidade infantil e materna, baseando-se nos resultados prósperos do Programa de Agentes Comunitários (PACS) realizado no Ceará (Macinko e Mendonça, 2018).

Sua realização se tornou exitosa, contribuindo muito na redução das mortalidades infantil e materna justamente por aumentar a cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres, antes a margem do sistema de saúde. A partir disso, o MS percebeu a importância dos Agentes Comunitários nos serviços básicos de saúde nos municípios e iniciou-se então, esforços para estabelecer como foco as ações à família, desde ações programáticas de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a visão da cobertura por família (Viana e Dal Poz, 1998).

Embora tenha sido chamado de programa quando implantado, o PSF, por suas características e singularidades, se afasta da concepção dos demais programas do Ministério da Saúde criados, uma vez que não se trata de uma ação vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, muito pelo contrário, caracteriza-se como estratégia pois vem trazendo diretrizes para a integração, promoção e organização das ações de saúde em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas comumente identificados (Osório e Schraiber, 2015).

Em uma avaliação do PSF em 24 estados, observa-se que foi referida a ampliação do acesso nas atividades de pré-natal, assistência à puérpera, criança, adultos, realização do exame papanicolau, planejamento familiar, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outras ações básicas (Conill, 2002).

Esse programa se transforma em estratégia consolidando-se através da portaria nº2.436 de 2017, como já abordado, na qual foi sancionado como a Política Nacional de Atenção Primária, especificando o processo de trabalho da equipe saúde

da família, abordando a equipe interdisciplinar que deve atuar integrando áreas e profissionais de diferentes formações (Brasil, 2017).

O avanço da Estratégia Saúde da Família se desenvolveu de forma que é considerada um importante gerador de mudanças no modelo assistencial ampliando a concepção do processo saúde-doença fazendo com que as ações possam ir além de práticas curativas (Osório e Schraiber, 2015).

Um ponto de vista chave e novidade na PNAB em 2017 (Brasil, 2017) é o estabelecimento da equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede. Como se sabe, a utilização de porta de entrada nos sistemas de saúde, com uma rede sólida e fortalecida de atenção básica tendem a apresentar melhores resultados (Saltman et al., 2006). Esta função de “porta de entrada” tem sido apontada por diferentes autores (Giovannella, 2006) como estratégia importante para hierarquização dos sistemas, além de garantir maior efetividade.

No que tange a equipe mínima, denominada Equipe de Saúde da Família (eSF), tem de ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, entretanto poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (Brasil, 2017).

Atualmente, o MS sugere de que cada eSF fica responsável por no máximo 4.000 habitantes e número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

O estabelecimento da ESF aumentou a oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, preenchendo os brechas assistenciais existentes em pequenos municípios (Arantes et al., 2016), também trouxe impactos positivos na saúde da criança, a exemplo, o aumento da cobertura vacinal e diminuição da mortalidade infantil (Soratto et al., 2015; Guimarães et al., 2009), na saúde da mulher, aumentou a cobertura do atendimento pré-natal (Soratto et al., 2015; Nunes et al., 2016) e ampliou não só a oferta de exames para detecção precoce do câncer de colo de útero (Soratto et al., 2015; Barcellos et al., 2017), como a distribuição de medicamentos e a cobertura de saúde bucal para a população (Soratto et al., 2015).

Em avaliações do PSF, destaca-se os avanços na integralidade, isso se caracteriza-se na busca o atendimento mais abrangente das necessidades de saúde da população, individual e coletivamente, atuando na prevenção de doenças e promoção da saúde e valorizando outros espaços de cuidado além da consulta individual e no consultório, como as visitas domiciliares (Conil, 2002; Giovanella et al., 2009; Silva e Trad, 2005).

Esses avanços nos fazem refletir sobre as transformações na forma de realizar o trabalho em saúde e na produção de cuidado e nos indicam a necessidade de elaboração de práticas de saúde que fujam do modelo biomédico tradicional, caminhando para o atendimento multiprofissional, enfrentando todas as barreiras que dificultam essa mudança desejada.

Apesar dos avanços indicados, existe o entendimento de que, ainda que o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que haverá ruptura da dinâmica médico centrada do modelo hegemônico atual, uma vez que não há diretrizes que guiam esta prática, não se encontra instruções ou guias para a prática (Brito, 2005).

Nesse sentido que se insere o objeto desta pesquisa, pensando a reorganização do processo de trabalho a partir das relações estabelecidas entre os diferentes profissionais que atuam em uma equipe de saúde da família, tendo em vista as concepções de trabalho em equipe dos mesmos.

2.2 O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE

Nos anos 2000 ocorreu um crescimento nas publicações científicas que tratam especificamente do trabalho interprofissional na área da saúde, mostrando uma tendência internacional de incorporar as práticas do trabalho em equipe e colaborativas na saúde como alternativa à necessidade de quebra do modelo biomédico de assistência, pois esta venceria grandes barreiras como o aumento do uso de tecnologias de ponta e da demanda da população por serviços de atenção as doenças crônicas devido ao envelhecimento da população (Carvalho e Santos, 2006).

Como bem consta na portaria n 399 de 2006 (BRASIL, 2006), todo o município é responsável pela integralidade da atenção à saúde de sua população adscrita, utilizando seus esforços para oferecer ações de saúde de forma interdisciplinar, integral e contínua de cada indivíduo considerando seu contexto familiar, social e de trabalho que está inserido.

Ao se deparar com uma situação problemática devemos abordar de forma que, se não resolvida em um campo do conhecimento, que abra diálogo com outras disciplinas. Só se há o reconhecimento da limitação de uma disciplina quando é evidente a necessidade de interlocução com outras áreas para a solução para determinado problema (Iribarry, 2003).

É nesse sentido que as equipes da ESF devem atuar, operando a integralidade a partir da incorporação de práticas interdisciplinares, uma vez que múltiplos conhecimentos e competências lidar de melhor forma com as necessidades dos usuários, bem como intervir da melhor maneira (Kantorsky et al., 2009).

Quando reconhecemos os benefícios da realização do trabalho interprofissional na saúde, se faz evidente não só no âmbito racional, do ponto de vista dos recursos gastos na assistência médica, garantia de melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliação do acesso à cobertura da população atendida, como também às necessidades de integração das disciplinas e das profissões, trazida como necessária para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença (Peduzzi et al., 2020).

Apesar de tendência mundial e com dados que comprovem seus benefícios, não há portaria em que se encontra especificidades à prática interdisciplinar no processo de trabalho das equipes, espera-se que profissionais absorvam, não levando

em consideração que estes mesmos profissionais são frutos de formação biomédica e especializada (Kantorsky et al., 2009).

Não obstante, o entendimento do trabalho interprofissional se faz de difícil compreensão, de modo geral comumente relacionamos o termo trabalho interprofissional no setor da saúde com um conjunto de profissionais de uma mesma organização que compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela (Peduzzi et al., 2020).

2.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho é um processo em que temos como atores o homem e a natureza, que com sua própria ação, incentiva, determina e conduz seu intercâmbio material com a natureza. É a ação do ser humano atuando sobre a natureza externa e modificando-a conforme suas necessidades e ao mesmo tempo modificando sua própria natureza (Marx, 1994).

Pensando sempre que este trabalho é realizado sob forma exclusivamente humana, o homem não transforma apenas o material sobre o qual atua, mas também atribuiu à ele um projeto que tinha conscientemente planejado, o qual constitui a lei que determina seu modo de operar e ao qual tem de dominar (Marx, 1994).

O que ocorre no Processo de Trabalho é uma mediação entre o homem e a natureza, e como resultado temos transformações necessárias por vontades humanas. Outrora, ao ponto de que se torna mais e mais complexo, o processo de trabalho atua em objetos já muitas vezes transformados nas mediações homem-natureza e não sobre coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural, tendo uma matéria-prima ou produtos objetualizados (Marx, 1994).

Um atributo muito singular do processo de trabalho é a intencionalidade, isso significa dizer que o trabalho depende de uma construção prévia, de um plano que é desenhado quando o homem traz em mente desde o início do processo. O produto surge por sua vez como desdobramento de um fim, de uma condição que se dá idealmente e se realiza de forma a adequar o resultado ao início planejado, num movimento em que temos o trabalhador e sua vontade, de um lado, e as coisas, de outro, perdem sua autonomia para transformarem-se em momentos de um processo mais amplo (Gianotti, 1983).

O objeto e os instrumentos de trabalho só podem ser realizados e concebidos por meio do agente do trabalho, que lhe transmite uma finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade (Mendes-Gonçalves, 1994).

Na possibilidade de divisão dos elementos manuais e intelectuais do trabalho que reside seu potencial de socialização. Podemos separar em momentos distintos do processo de trabalho: o trabalho intelectual, em que ocorre a reflexão do projeto de elaboração, se define a finalidade do trabalho, se subordina à vontade para alcançar esse fim, e o trabalho manual, em que se opera com os instrumentos sobre o objeto. Em contraponto, há certa artificialidade de supor esse segundo momento como desligado de participação intelectual, pois não existe trabalho puramente físico (Mendes-Gonçalves, 1979).

Quando adentramos no Processo de Trabalho em Saúde, o trabalhador e as coisas se transmutam em instrumentos do social, se transformando os dois em única unidade técnica em que agente e meios do trabalho buscam caminhar em direção a uma dada finalidade e a necessidade que será satisfeita com a realização deste processo de trabalho confere ao movimento uma finalidade, um caráter teleológico (Mendes-Gonçalves, 1992).

No campo do processo de trabalho em saúde temos ainda a existência de instrumentos materiais e não-materiais. Os instrumentos materiais caracterizam-se como os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, já os não-materiais são os saberes, que se articulam em determinadas estruturas (Mendes Gonçalves, 1979; 1992; 1994).

O trabalho em saúde é um processo fundamental para a vida humana incluindo-se no setor de serviços. Considerada uma produção não material, que é concluída na sua realização, ou seja, não tem como resultado um produto material, pelo contrário, o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (Pires, 2000). Caracterizando-se como Trabalho de Cuidado, onde um conjunto de ações tangíveis e psicológicas são destinadas a satisfazer de maneira efetiva as demandas e necessidades de outras pessoas (Hirata, 2016).

Ao procurarmos o encontro entre o trabalho e as necessidades do ser-humano percebemos que os processos de trabalho são também re-produção das necessidades, elas reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las quanto podem criar novas necessidades e respectivos

processos de trabalho e modelos de organização de serviços (Mendes Gonçalves, 1994).

O processo de trabalho em saúde apresenta ainda características dinâmicas e relacionais que, ao aprofundarmos na sociabilidade do trabalho em saúde e suas articulações na estrutura social levanta-se a necessidade de se tratar mais positiva e produtivamente os aspectos relacionais do trabalho em saúde, necessários para construir-se não apenas como estrutura de sociabilidade, mas como prática social (Canguilhem, 2011).

Diariamente, nesse processo de trabalho, algumas categorias profissionais executam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho, a exemplo, a enfermagem e a farmácia, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas. É o chamado trabalho compartimentalizado, onde cada grupo profissional se organiza e efetua uma fração da assistência de saúde separado dos demais, isso por vezes causa uma duplicação dos esforços (Pires, 2000).

Um aspecto identificável reside nas relações desiguais de saber e poder, que se manifestam por meio de hierarquias nas equipes e pela disparidade na valorização das diferentes áreas profissionais. A falta de responsabilização da equipe na organização de seu próprio processo de trabalho está vinculada a uma abordagem de gestão verticalizada, apoiada tanto pelos profissionais quanto por um modelo centrado nos procedimentos médicos e na medicalização, nesse contexto, a prestação de assistência é percebida como iniciando apenas com a avaliação e diagnóstico dessa categoria profissional (Silva e Santos, 2012).

Há certa influência no trabalho das equipes em saúde do trabalho com características Taylorista, como a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das intervenções com os sistemas de informação e a burocracia utilizada, sendo esses alguns dos problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro (Campos, 1997).

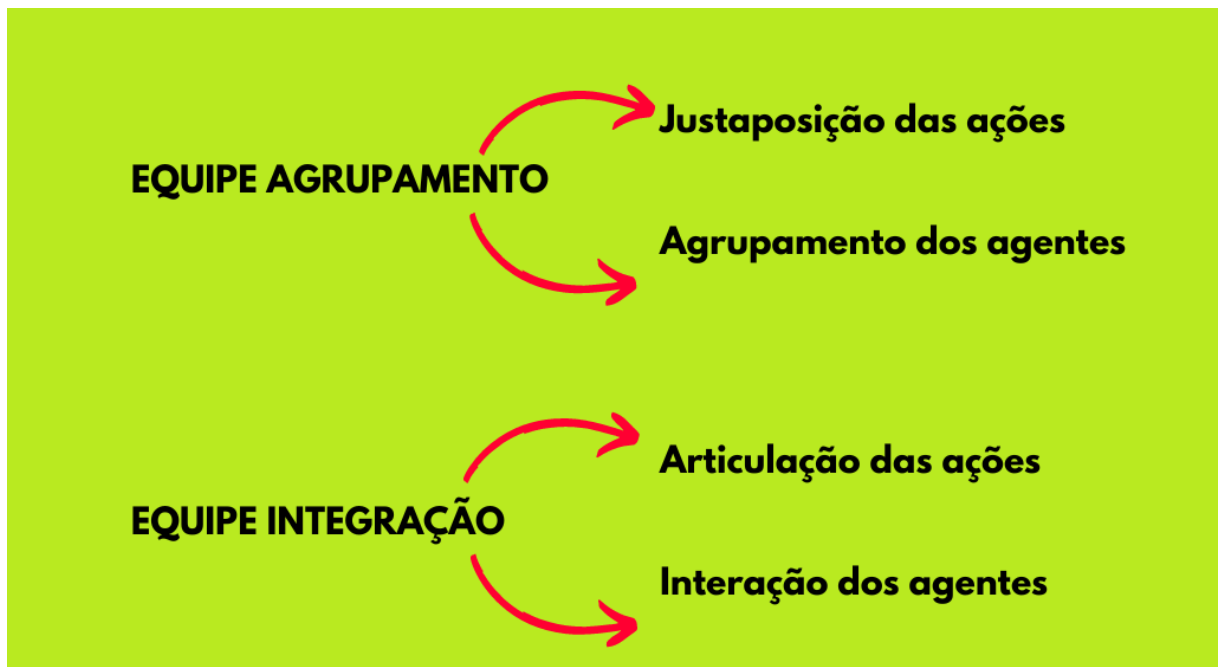
Em reflexão, se faz necessária uma abordagem não só multidisciplinar, mas com aspectos interprofissionais do processo de trabalho, entretanto a imprecisão dos conceitos e dos termos utilizados expõe que ainda não foi possível construir um consenso sobre os elementos-chave que constituem o trabalho em multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional (Peduzzi et al., 2020).

De maneira geral os prefixos multi, inter e trans, em ordem, apresentam um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões (Peduzzi et al., 2013).

2.3.1 Abordagem Multidisciplinar no Contexto de Saúde

Quando se trata da multidisciplinaridade, temos principalmente uma divisão entre as duas noções de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos (Peduzzi, 2001), assim observamos na Figura 1.

Figura 1 - Tipos de equipes



Fonte: Adaptado de Peduzzi (2001).

Na equipe denominada de Equipe Agrupamento observamos uma justaposição das ações e o mero agrupamento dos agentes sem uma conexão de fato entre os mesmos, já na Equipe Integração ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes (Peduzzi, 2001).

Essa construção referida a duas modalidades de trabalho também é embasada nos estudos sobre trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas (1998), ao ponto de que a comunicação é central para a ação social e a interação entre os agentes deve ser caracterizada por uma comunicação aberta e efetiva. A Equipe Agrupamento representa uma abordagem mais superficial, onde as ações

estão justapostas e os agentes não têm uma conexão efetiva. Em contraste, a Equipe Integração reflete a aplicação da teoria de Habermas, pois destaca a articulação das ações e a interação efetiva entre os agentes, indicando uma abordagem mais alinhada com os princípios do agir comunicativo.

Na equipe do tipo agrupamento o ponto chave é que pode não haver articulação das ações se os sujeitos envolvidos nem ao menos criarem conexões entre os trabalhos e nesta relação reinará o chamado agrupamento de agentes em predominância da razão instrumental, onde a comunicação somente é utilizada como recurso de instrumentalização do trabalho (Schraiber et al., 1999; Peduzzi, 2001).

Essencialmente, uma equipe do tipo agrupamento é caracterizada pela fragmentação, já a equipe do tipo integração, pela articulação que se aproxima do conceito da integralidade. Assume-se aqui pelo termo articulação as situações de trabalho em que um agente faz conexões entre os diversos outros agentes e nas diversas intervenções executadas.

Alguns atributos se destacam na identificação dos tipos de equipe multidisciplinar, sendo eles: a articulação das ações, comunicação entre os profissionais, construção de um projeto comum, divisão social do trabalho, reconhecimento das especificidades dos trabalhos especializados, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e interdependência das ações e profissões (Peduzzi, 2001).

De maneira geral, não há uma só tipificação, mas algumas características das equipes se assemelham. É válida a busca de um consenso acerca das dimensões que caracterizam o trabalho em equipe e sejam úteis para diferenciar as equipes mais e menos efetivas, diferenciar as habilidades/especificidades de cada área profissional, diferenciar as autoridades para tomada de decisão e estabilidade temporal (Hollenbeck, Beersman e Schouten, 2012).

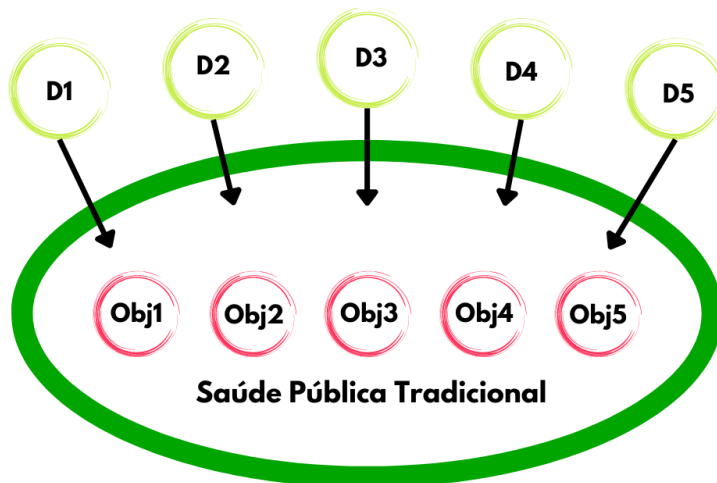
A profissão designa a qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, os quais dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização (Pires, 2009), além disso esses profissionais constituem regras para o exercício da profissão, as quais se expressam em leis que respaldam o exercício profissional (Houaiss, 2001).

A disciplina por sua vez, se pensarmos no cerne do termo, possui diversos significados: Ensino e educação que o discípulo recebia do mestre; obediência às regras e aos superiores (Houaiss, 2001), assumimos aqui por disciplina o conceito de

especialização e divisão do trabalho (Pires, 2009), é romper com esta divisão no trabalho, proporcionando um processo multidisciplinar ou mesmo interdisciplinar, um desafio na área da saúde (Gelbcke, 2012).

Falar de trabalho multiprofissional, é abordar o estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos aplicados (Alves et al., 2004). O modelo multiprofissional é resultante de uma soma de “olhares” e métodos provenientes de diferentes disciplinas ou práticas (Luz, 2009), podemos elucidar melhor este processo observando a Figura 2.

Figura 2 - Modelo Multidisciplinar



*D = disciplina; Obj = Objetos de estudo/trabalho.
Fonte: Adaptado de Luz (2022).

2.3.2 O trabalho Interdisciplinar e suas diferentes formas

Na prática interdisciplinar há uma integração das disciplinas tanto a nível de conceitos quanto de métodos (Alves et al., 2004). Surge o conceito de subdisciplinas, as quais constituem novas disciplinas que contam com métodos e conteúdos próprios. É o encontro dos conhecimentos disciplinares (Luz, 2009).

O trabalho de equipe em saúde se traduz na rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais à luz da teoria dos grupos operativos (Fortuna et al., 2005).

Há dois aspectos fundamentais para uma abordagem contingencial: a finalidade ou propósito do trabalho em equipe que está relacionado às necessidades

locais de usuários, famílias e comunidade; e as características e condições de trabalho concretas nas quais atuam os profissionais (Reeves et al., 2010).

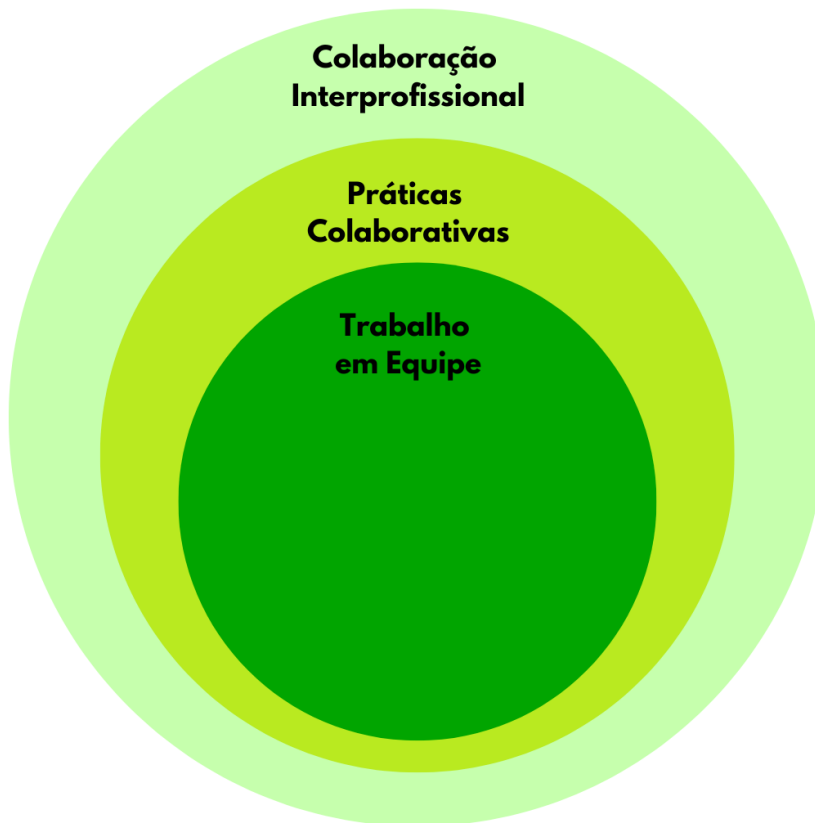
Para diferenciar as formas de trabalho interprofissional é crucial levar em conta a articulação das ações, que requer o reconhecimento da sua interdependência e a interação dos atores envolvidos, e se demonstra na intensidade de compartilhamento de valores, objetivos e identidade entre os profissionais (Reeves et al., 2010).

Ainda hoje observa-se a ausência de uma concordância sobre a concepção de colaboração interprofissional e se esta é equivalente ou não ao trabalho em equipe. Em verdade, a colaboração surge como um termo guarda-chuva que inclui a prática colaborativa interprofissional, denominação utilizada para descrever os elementos da colaboração interprofissional quando presentes na prática dos serviços de saúde, e trabalho em equipe como termo que denota um nível mais profundo de trabalhar com um nível intenso de interdependência das ações (Peduzzi et al., 2020).

Vários termos que se referem ao trabalho interprofissional se relacionam, mas não são sinônimos, em função de que mais se referem a diferentes modalidades de trabalho interprofissional, que dependem das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e do contexto destas, bem como dos profissionais e serviços (Peduzzi et al., 2020).

Tomaremos o trabalho interprofissional como: trabalho em equipe, práticas colaborativas interprofissionais e colaboração interprofissional (Peduzzi et al., 2020), se organizando conforme na Figura 3.

Figura 3 - Organização do Trabalho Interprofissional



Fonte: Adaptado de Peduzzi (2018).

2.3.3 Práticas Colaborativas no ambiente de trabalho

A importância global de promover equipes generalistas e a construção de colaborações interprofissionais torna-se cada vez mais evidente, impondo sobre essas abordagens uma série de expectativas significativas. Nesse contexto, a recomendação internacional visa enfrentar as inúmeras implicações relacionadas à desresponsabilização e fragmentação que a especialização excessiva pode introduzir, legitimar e autorizar, conforme destacado por Campos (1997).

Quando nos deparamos com equipes multiprofissionais, nas quais os agentes possuem autoridades desiguais, uma tensão emerge devido à situação de oposição entre a complementaridade e interdependência, aliada à busca pela ampliação da autonomia dos profissionais. Contudo, Schraiber et al. (1999) argumentam que a eficácia e eficiência dos serviços dependem crucialmente da combinação equilibrada entre a autonomia técnica dos profissionais e a articulação efetiva de ações.

Explorando ainda mais essas dinâmicas, o conceito de Colaboração Interprofissional surge como um termo frequentemente empregado para descrever elementos específicos de colaboração implementados na prática dos serviços de saúde. Essa forma de abordagem é caracterizada como uma maneira mais flexível de trabalho interprofissional, envolvendo níveis menores de compartilhamento e interdependência nas ações (Peduzzi e Agreli, 2019).

Para otimizar a efetividade das equipes, sugere-se que estas alternem entre diferentes formas de trabalho, como o trabalho em equipe, a colaboração e o trabalho em rede. Essa abordagem contingencial do trabalho interprofissional, proposta por Peduzzi e Agreli (2019), destaca a importância de ajustar as práticas conforme as necessidades específicas da população atendida, consolidando, assim, uma visão abrangente e adaptativa das dinâmicas interprofissionais.

2.3.4 O papel do Trabalho em Equipe nas práticas profissionais em saúde

A abordagem interprofissional do trabalho em equipe emerge como um conceito crucial, definido como a colaboração entre diversos profissionais que compartilham um sentido de pertencimento à equipe e trabalham de maneira integrada e interdependente para atender às complexas necessidades de saúde (Institute of Medicine, 2015; Reeves, 2010).

Uma equipe interprofissional demanda a consideração de vários aspectos. Trata-se de um processo dinâmico no qual os profissionais não só se familiarizam uns com os outros, mas também aprendem a colaborar de maneira a ampliar seus conhecimentos sobre os papéis de cada profissão. É essencial conhecer o perfil da população adscrita, estabelecer objetivos comuns e envolver elementos do contexto social, político e econômico (Fox e Reeves, 2015).

Essa colaboração envolve uma interdependência profunda e integração das ações, especialmente quando se trata de responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade (Reeves et al., 2010).

Esta abordagem dinâmica e interconectada não só fortalece a resposta a desafios de saúde, mas também ressalta a importância de uma colaboração contínua e harmoniosa entre profissionais de diferentes especialidades.

2.3.5 A abordagem Transdisciplinar para soluções em saúde

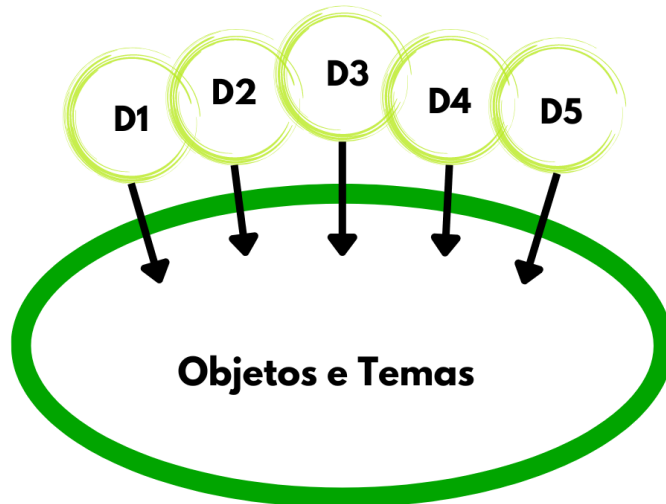
Aproximando o conceito da Transdisciplinaridade, além da integração do conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimento desenvolvidos pela humanidade, se busca o diálogo rigoroso não apenas entre ciências exatas e humanas, mas também entre ciência, arte, cultura, tradição, religião e se leva em consideração a experiência interior e pensamento simbólico (D'ambrosio, 1997).

É o reconhecimento da subjetividade humana na produção do conhecimento, diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das disciplinas e além de toda disciplina (Nicolescu, 2005; Luz, 2009). Consequentemente, a área enfrenta o desafio de lidar com duas formas distintas de "produção de verdades", para usar a expressão de Foucault (1966). Essas abordagens estão intimamente ligadas à natureza híbrida da Saúde Coletiva, combinando elementos teóricos e práticos. Em primeiro lugar, há a lógica teórico-epistemológica envolvida na produção de conhecimento, que pode assumir uma abordagem interpretativa ou explicativa, dependendo da disciplina específica. Em segundo lugar, existe a lógica operacional e pragmática relacionada à eficácia, resultante das intervenções normativas que buscam erradicar ou controlar doenças em escala coletiva. Essa dupla complexidade na Saúde Coletiva desaconselha a adoção de explicações teóricas monocausais, pelo menos no sentido de causalidade mecânica, que ainda predomina em grande parte no âmbito das biociências.

A diferença interessante em relação a esse modelo é a integração, não apenas dos produtos gerados a partir da pesquisa experimental, como da pesquisa quantitativa (epidemiológica, demográfica), qualitativa ou planejamentos, mas pode, e deve, integrar também o conhecimento gerado a partir da prática vivenciada pelas populações ou por usuários de serviços, uma proposta que visa a quebra do paradigma senso comum vs ciência (Luz, 2009).

Podemos observar na Figura 4 a configuração do processo de trabalho de maneira transdisciplinar.

Figura 4 – A abordagem Transdisciplinar



* D = Disciplinas.

Fonte: Adaptado de Luz (2022)

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA

A teoria da ação comunicativa, proposta por Jürgen Habermas (1989), tem suas bases na compreensão da comunicação como um processo orientado para o entendimento mútuo, livre de coerção. A teoria da ação comunicativa pode ser vista como uma lente teórica através da qual se analisam os processos de interação e comunicação no âmbito da pesquisa.

Nascido em 1929, Jürgen Habermas é um filósofo e sociólogo de origem alemã, que faz parte da segunda geração da Escola de Frankfurt, fundada em 1923 e focou seus esforços em estudos principalmente a respeito da democracia e da esfera pública na época moderna. Outros pensadores desta geração se destacam Adorno (1903-1969), Marcuse (1898-1979), Horkheimer (1895-1973) e Benjamin (1892-1940), e mesmo com as distinções entre os pensamentos desses filósofos, todos eles dão voz à crítica radical à sociedade industrial moderna (Gonçalves, 1999).

Todavia, sua conexão com a escola de Frankfurt é discutida, isso porque Habermas fez severas críticas a algumas teses da Escola, publicando em seus trabalhos vários fundamentos de uma nova compreensão da razão, do ser humano e da sociedade (Goergen, 2005).

Sustentado sua teoria não contra a ciência, mas a generalização dela, contra o processo de inclusão do Agir Instrumental e da racionalidade exclusivamente científica nas esferas de decisão onde deveria prevalecer a Racionalidade Comunicativa, o Agir Comunicativo (Habermas, 1989).

Em suma, do ponto de visto do Agir Instrumental, não se questiona se as normas que regem as instituições são justas ou não, somente se são eficazes tendo em vista meios-fins, ficando a questão dos valores éticos e políticos submetida a interesses instrumentais e reduzida à discussão de problemas técnicos (Gonçalves, 1999).

As ações humanas podem ser vistas em dois campos que são interdependentes: o trabalho e a interação social. O trabalho traz o processo pelo qual o homem se liberta da natureza, já no campo da interação social traduz-se em um âmbito social que as normas sociais se constituem a partir da convivência entre sujeitos, e estes são capazes de se comunicar e agir (Habermas, 1989).

Nesse sentido, Habermas idealiza um modelo de ação denominado Ação Comunicativa, em que as pessoas interagem, sendo a linguagem a forma de organizar-se socialmente, buscando o consenso de uma forma livre e deliberativa, inibindo qualquer tipo de repressão externa e interna, isto é o que a teoria do agir comunicativo denomina de discurso, e a partir daí, por meio do diálogo, através da argumentação racional, pode ser estabelecido um novo consenso (Habermas, 1989).

[...] não é a relação de um sujeito solitário com algo no mundo objetivo que pode ser representado e manipulado, mas a relação intersubjetiva, que sujeitos que falam e atuam, assumem quando buscam o entendimento entre si, sobre algo. Ao fazer isto, os atores comunicativos movem-se por meio de uma linguagem natural, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referem-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo (Pinto, 1995).

Habermas busca desenvolver uma teoria da racionalidade, o diálogo forma a base, promovendo a capacidade dos sujeitos de serem independentes e capacitando-os para uma autonomia (Tesser et al., 2012; Fenerich, 2013; Gutierrez; De Almeida, 2013; Duarte; Jimenéz, 2014).

Em sua intersecção com a sociologia, a teoria da ação comunicativa pode ser interpretada como uma ferramenta para compreender os processos sociais de construção de significado. A ênfase na comunicação aberta e no entendimento mútuo alinha-se com os princípios sociológicos que exploram a dinâmica das interações sociais e os modos como os atores sociais atribuem sentido às suas experiências (Gonçalves, 1999).

A ação comunicativa é uma consequência da própria comunicação que acontece entre sujeitos que se permitem à utilização da linguagem, e com isso propiciando novos entendimentos e conhecimentos, a quebra total do paradigma da comunicação unilateral que abre brecha para o predomínio de um poder de um sobre outro (Habermas, 1989).

Compreendemos que na Teoria do Agir Comunicativo (TAC), as interações acontecem para se chegar a um consenso sobre determinado assunto, tendo como intermediário a linguagem. Ao agir comunicativamente os sujeitos são capazes de interagir, e por assim entender a realidade dos outros, e, portanto, passíveis de chegar ao entendimento (Gonçalves, 1999).

Em outra perspectiva, Habermas afirma a existência de dois mundos, o da vida e o mundo do sistema. No mundo da vida temos as comunicações livres, sem censura e distorções (Bortoletto e Carvalho, 2012), a linguagem faz parte do desenvolvimento e proporciona conhecimentos, é onde a Ação Comunicativa é potencializada (Habermas, 1989). Em contraponto no outro mundo, o do sistema, existe a razão instrumental, que por gênese busca o uso da linguagem apenas como instrumento para transmissão de informações (Gasparin, 2006).

No mundo da vida, a integração social deve ser representativa, já quando há essa integração funcional, estamos tratando do mundo do sistema, que se realiza por meio de reprodução material necessária à sobrevivência. Assim pensando, ambos os mundos possuem diferentes graus de interação social (Gomes et al., 2011).

Ao propormos uma analogia do grau das interações sociais no processo de trabalho em saúde, à medida que aumenta, mais diálogos simbólicos e movimentadores ocorrem, mais em conjunto, através de debates e trocas se entra em um melhor consenso, levando em consideração todas as partes envolvidas.

Podemos observar que o mundo da vida, nessa perspectiva, apresenta-se como um conceito que complementa a ação comunicativa e é lá que podemos e devemos instigar e aplicar o agir comunicativo em seu máximo potencial. Isso se torna especialmente relevante no contexto da pesquisa em curso, onde o argumento em relação ao uso da base teórica reforça a fundamentação da investigação.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa se baseia na abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.

A pesquisa com abordagem qualitativa permite que pesquisador e pesquisado estabeleçam interação com o objeto do conhecimento, assim justificando seu uso (Minayo et al, 2012).

A ação nuclear da análise qualitativa é entender, que por vez é definido como capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, assim como afirma Habermas, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento (Gadamer et al., 2008).

Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (Minayo, 2012).

Todo entendimento é fragmentado e incompleto, na área da pesquisa, tanto por parte do entrevistado que tem um entendimento contingente de sua vida e de seu mundo, como por parte dos pesquisadores, com a compreensão ligada diretamente em suas compreensões e interpretações. É nas compreensões que se manifestam as contradições, o ser que compreende, compreende no fazer e na linguagem, caracterizadas como conflituosas e contraditórias por fatores como os efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (Habermas e Valls, 1987).

As pesquisas exploratórias focam na maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Essas pesquisas têm como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de novas ideias. As pesquisas exploratórias são extremamente flexíveis, de modo que quaisquer aspectos relativos ao fato estudado têm importância (Malhotra, 2001).

Os estudos de base exploratória procuram conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das causas e consequências de dito fenômeno (Richardson, 1989, p. 281).

Por outro prisma, as pesquisas descritivas têm por função maior a descrição, seja de uma população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre as variáveis, se faz presente também a utilização de técnicas padronizadas para coletar os dados,

se destacando os questionários e a observação sistemática (Tonetto et al., 2014), em consonância, a pesquisa descritiva “é uma forma de conduzir pesquisa que como objetivo principal procura descrever algo”, um evento, um fenômeno ou um fato (Malhotra, 2001, p. 108)

A pesquisa descritiva como preceito busca a caracterização do que ocorre na realidade (Aaker, 2004), e uma vez que o pesquisador, ao utilizar este método, busca em suma classificar e descrever os problemas (Gilgun, 2005), visa a possibilitar um retrato da realidade a fim de que se possa fazer um mapeamento de comportamentos (Tonetto et al. 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 Contexto geral

O município de Criciúma está situado no sul do Estado de Santa Catarina. Com área territorial de 234,865 km² (Ibge, 2023), se situa há aproximadamente 2 h 43 min (206,5 km) da capital Florianópolis. Possui uma população no último censo (Ibge, 2023) de 214.493 pessoas.

Quanto a educação, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 98,5 % (Ibge, 2023). O ensino alcançou a nota 6,2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) e 5,0 para Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) (Brasil, 2022) e faz parte da Associação dos Municípios da região Carbonífera – AMREC (Criciúma, 2018).

Criciúma se destaca por ser polo nos setores da indústria ceramista, de plásticos e descartáveis plásticos, indústria química, metal-mecânica, confecção, cerâmica, coloríficos e extração mineral, além de grandes redes de supermercados de atuação estadual e sul-brasileira. Além disto, o comércio da região é fortemente concentrado em Criciúma, sendo um referencial de compras especialmente do setor vestuário.

Contata-se que desde a última década do século XX e ao longo dos anos 2000, o município apresenta uma redução na vulnerabilidade social (Criciúma, 2022).

4.2.2 Contexto do serviço de saúde

A estrutura física do sistema público de saúde municipal, é composta por 45 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 01 Pronto Atendimento, 4 Centros de Atenção Psicossocial, 02 Centros de Especialidades em Saúde, 01 Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, 13 Farmácias públicas, 01 Ambulatório de Feridas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde, 01 Centro de Reabilitação Multiprofissional.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Criciúma/SC são divididas em seis distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista, Centro, Quarta Linha e Próspera. totalizando 48 UBS com 50 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP) (Criciúma, 2022).

Outro aspecto interessante é a presença, no plano de desenvolvimento do município estratégias para incentivar e aperfeiçoar a integração ensino e serviço em saúde com diversas estratégias de integração (Residência médica e multiprofissional, PET saúde, reorganização da graduação na rede com parceria com a Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc).

4.2.3 Seleção do local da pesquisa

Foram selecionadas 12 UBS do município de Criciúma/SC, sendo 2 de cada distrito sanitário. A seleção das unidades participantes da pesquisa foi realizada de maneira aleatória, por aplicação web de sorteio disponível no endereço digital (<https://sorteador.com.br/sorteio-de-nomes>), se utilizando a lista de nomes de todas as UBS da cidade. Neste sentido as UBS selecionadas foram:

- a) Distrito da Próspera: UBS Cristo Redentor e UBS Brasília;
- b) Distrito do Rio Maina: UBS Metropol e UBS Wosocris;
- c) Distrito do Centro: UBS Mina do Mato e UBS Maria Céu;
- d) Distrito da Santa Luzia: UBS São Sebastião e UBS Santa Luzia;
- e) Distrito da Boa Vista: UBS Pinheirinho e UBS Santa Augusta;
- f) Distrito da Quarta Linha: UBS Sangão (São Roque) e UBS Primeira Linha.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais que compõem minimamente as eSF (BRASIL, 2017), a saber: médicos, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem (TE), dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos de saúde bucal (TSB) e agentes comunitários de saúde (ACS).

Inicialmente foram idealizados 72 participantes, sendo 12 de cada categoria profissional, 6 por UBS, o que equivale um representante de cada profissão em cada unidade. Não obstante, a amostra final de participantes foi de 69 participantes, ressaltando que 3 profissionais Auxiliares de Saúde Bucal não participaram devido a afastamento do serviço no período de coleta de dados.

4.3.1 Critérios de inclusão

Há um consenso que é necessário certo tempo de trabalho em conjunto para que se possa de fato criar uma dinâmica de trabalho em equipe (Peduzzi, 2001). Nesse sentido os critérios para inclusão do estudo foram:

- a) Ter pelo menos um ano de experiência de trabalho na saúde;
- b) Um ano de trabalho na eSF que desempenha suas funções;
- c) Não ter se ausentado do trabalho no último ano por período maior de 1 mês.

4.3.2 Critérios de exclusão

- a) Profissionais que se encontravam em afastamento de serviço por quaisquer motivos, sem um profissional da mesma categoria presente na UBS.

4.4 COLETA DE DADOS

A etapa de coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada mediada pelo pesquisador (APENDICE B), no qual conta com questões fechadas relacionadas a perfil sociodemográfico dos participantes como idade, estado civil, profissão, e perguntas abertas relacionadas ao tema de pesquisa.

A entrevista visa obter informações a respeito de determinado assunto, em seu sentido mais amplo caracteriza-se pela comunicação verbal, e no sentido restrito de

coleta de informações sobre determinado tema científico para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (Minayo, 2010).

Nas entrevistas padronizadas ou semiestruturadas, o pesquisador lê um questionário previamente construído com perguntas estabelecidas e as respostas são anotadas de acordo com a alternativa que mais se encaixa, necessariamente dentre aquelas predeterminadas e incluídas no instrumento (Fontanella et al., 2006)

Destaca-se que muito mais que as palavras, devem igualmente ser anotados as várias formas de comunicação não verbais do entrevistado, como: apresentação pessoal, comportamento, mudanças na postura corporal, gesticulações, mímica facial, riso, sorriso, choro (Turato; Campos; Weber; Bastos, 2000), mudanças no volume, intensidade, tom, duração e ritmo da fala (Fontanella et al, 2006).

As entrevistas foram realizadas individualmente entre os dias 10 abril à 16 de junho do ano de 2023, de modo presencial nas UBS sorteadas em horário previamente estabelecido com o profissional gerente ou responsável, com no mínimo uma semana de antecedência, via ligação telefônica.

O pesquisador compareceu nas UBS sorteadas, dirigindo-se inicialmente a recepção para anunciar sua chegada e solicitar contato com o gerente da unidade ou responsável no momento, a fim de explanar sobre a realização da pesquisa destacando os objetivos e métodos, bem como a autorização do município para realização da pesquisa UBS.

Após, foi verificado os profissionais disponíveis no momento e que demonstrassem interesse em participar. O local da entrevista variou em cada unidade de saúde, sendo realizada comumente na própria sala do profissional ou em sala de reuniões. Com o participante foi feita nova explicação sobre a pesquisa, e apresentação do TCLE e posteriormente aplicação da entrevista. Para captação do áudio e posterior transcrição em documento de texto, foi utilizado um gravador do celular do pesquisador. Cada entrevista teve em média, 30 minutos para sua concretização.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados foi realizada a análise temática de conteúdo que se refere a:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

A análise temática de conteúdo desenvolveu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2016), sendo o processo organizativo dos dados subsidiado pelo software Atlas.ti conforme preceitos voltados para análise de conteúdo (Soratto, Pires, Friese, 2020).

Na **primeira fase**, desenvolveu-se uma leitura flutuante atentando-se a elaborar objetivos e hipóteses, a motivação foi elencar quais documentos são marcadores e irão embasar a análise final. As hipóteses são respostas criadas sobre o fenômeno que está sendo observado que posteriormente podem se concretizar ou não, podendo ser validadas ou rejeitadas ao final. É o momento de conhecer profundamente os documentos, selecioná-los de acordo com suas particularidades (Bardin, 2016).

Durante a primeira etapa da análise dos dados, foi empreendida a transcrição minuciosa de todas as entrevistas, seguida por uma leitura inicial, ajustes ortográficos e salvamento do arquivo. Esses arquivos foram salvos, sendo que cada um deles recebeu um nome específico iniciado pela letra "P" seguida de dois algarismos distintos, identificando assim cada entrevistado de maneira única e garantindo o anonimato.

Essa abordagem permitiu uma imersão inicial nos dados, possibilitando a identificação de padrões e temas que poderiam moldar as direções subsequentes da análise. Ao destacar as características iniciais e os pontos salientes, esta etapa oportunizou fornecer uma visão panorâmica que serviria como base sólida para análises mais aprofundadas nas fases subsequentes do processo. Depois de preparado e feitos os ajustes iniciais, o arquivo foi inserido no software Atlas.ti.

Na **segunda fase** denominada exploração do material, e consiste no elencamento das unidades de registro, podendo ser estas unidades uma palavra, um tema, um acontecimento ou um personagem (Bardin, 2016). Nesta fase procedeu-se a leituras aprofundadas das entrevistas dentro do software, com ênfase na seleção criteriosa dos trechos (quotes) mais relevantes vinculados aos objetivos do estudo. Foram lidos exhaustivamente cada entrevista, selecionados trechos importantes à

proposta investigativa e atribuído códigos (codes), representados por um a 5 palavras que sintetizavam o trecho selecionado. Os códigos gerados foram revisitados, duas vezes avaliando a possibilidade de exclusão ou mesclagem de códigos parecidos, isso foi feito para aprimorar a organização e a clareza das categorias resultantes da análise dos dados.

Para a categorização, empregou-se a codificação por cores, atribuindo a cada código uma cor específica, facilitando visualmente a seleção e diferenciação dos dados. Essa abordagem metodológica proporcionou uma análise detalhada e sistemática dos relatos, permitindo uma compreensão mais profunda das dinâmicas e elementos-chave relacionados ao trabalho em equipe.

A **terceira fase** consistiu na inferência ou interpretação dos resultados. O pesquisador utiliza seus pressupostos iniciais para realizar inferências e interpretações, ao passo que a pesquisa se desdobra e possibilita o surgimento de descobertas inesperadas (Bardin, 2016). Os códigos definidos foram agrupados (categorias) por similaridade temática, realizada por atribuição de cores dentro do software para cada código, para facilitar o processo analítico. Os códigos com cores iguais foram aglutinados e em grupos próprios estabelecendo assim as categoriais analíticas. Foram feitas duas rodadas de avaliação pelo pesquisador principal e orientador do estudo para estabelecimento do consenso dos códigos que ficariam em cada agrupamento.

Os resultados da análise foram expressos por frequências relativas (%) e absolutas (n) das categorias, subcategorias e códigos. Por sua vez, os trechos de citação dos códigos escolhidos foram aqueles que tiveram maiores frequências, coocorrência, ou seja, conexões com outros códigos, e mais significativo na perspectiva do pesquisador, de modo, a representar com mais nitidez a temática contemplada na respectiva subcategoria. Também foi utilizado rede de visualização para síntese dos achados.

O olhar teórico foi sustentado na perspectiva do agir comunicativo (Habermas, 1989; Gonçalves, 1999), e também nas produções relacionadas a processo de trabalho em saúde (Pires, 2000), trabalho multiprofissional (Peduzzi, 2001), trabalho interprofissionais e práticas colaborativas (Luz, 2009; Peduzzi et al., 2020).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi apresentado o projeto a Secretaria Municipal de Saúde Criciúma/SC com vista a obtenção da carta de aceite.

O projeto foi desenvolvido após submissão e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa aprovado sobre o número 5.821.159 (ANEXO B). O aceite dos participantes na participação na pesquisa mediante assinatura de duas vias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações, riscos, benefícios e considerações éticas referentes a pesquisa (APENDICE A).

Os benefícios dessa pesquisa estão diretamente ligados a possibilidade de prover maior entendimento referentes a interdisciplinaridade no cotidiano dos trabalhadores da saúde das eSF do município de Criciúma, trazendo a tona reflexões e possibilidade para superar barreiras, propor sugestões e traçar novos caminhos para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Os riscos dessa pesquisa foram mínimos, mas pela possibilidade de interação com os participantes de desconforto emocional, esse risco foi minimizado pela sinalização por parte do pesquisador da desistência qualquer momento da pesquisa, bem como se necessário encaminhamento às Clínicas de Psicologia da UNESC.

A garantia do anonimato foi preservada pela inclusão de um código alfanumérico composto pela letra P e um número cardinal sequencial a entrevista com abreviatura da categoria profissional, por exemplo: P4 – MED, condizendo com o participante 4, se tratando de um(uma) médico(a).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa revelou uma distribuição representativa por vez diversa e heterógena, contemplando variáveis como sexo, cor, estado civil e entre outros atributos (tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	42	60,9
Masculino	27	39,1
Cor		
Branca	62	89,8
Negra	4	5,8
Parda	3	4,4
Estado Civil		
Casado(a)	42	60,9
Solteiro(a)	22	31,9
Separado(a)	4	5,8
Viúvo(a)	1	1,4
Faixa Etária		
20 a 24 anos	1	1,4
25 a 29 anos	11	15,9
30 a 34 anos	11	15,9
35 a 39 anos	15	21,7
40 a 44 anos	12	17,4
45 a 49 anos	6	8,8
50 a 54 anos	8	11,7
55 anos ou mais	5	7,2
Escolaridade		
Ensino superior completo	39	56,5
Ensino médio completo	21	30,4
Ensino superior incompleto	8	11,7
Ensino fundamental completo	1	1,4
Profissão		
Agente comunitário de saúde	12	17,4
Dentista	12	17,4
Enfermeiro(a)	12	17,4
Médico(a)	12	17,4
Téc. em enfermagem	12	17,4
Aux. em saúde bucal	9	13,0
Regime de trabalho		
Concurso	53	76,8
Processo seletivo	9	13,0
Contrato	6	8,8

Residência	1	1,4
Carga horária de trabalho		
40 horas	66	95,8
10 horas	1	1,4
44 horas	1	1,4
40 horas + 20 horas plantão	1	1,4
Tempo de atuação na ESF		
1 a 4 anos	30	43,6
5 a 9 anos	22	31,9
10 a 14 anos	10	14,5
15 a 19 anos	5	7,2
20 a 24 anos	1	1,4
25 a 29 anos	1	1,4
Tempo de experiência profissional		
1 a 4 anos	10	14,5
5 a 9 anos	22	31,9
10 a 14 anos	13	18,8
15 a 19 anos	13	18,8
20 a 24 anos	7	10,2
25 a 29 anos	2	2,9
Acima de 30 anos	2	2,9
Total	69	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os participantes, observou-se uma predominância do sexo feminino, totalizando 60,9% em comparação aos 39,1% do sexo masculino. A maioria dos participantes autodeclarou-se como branca (89,8%), e no que diz respeito ao estado civil, a maior parte afirmou ser casada (60,9%). A faixa etária dos participantes variou consideravelmente, com uma distribuição equitativa em diferentes grupos, e houve a predominância de participantes com ensino superior completo (56,5%). Em relação ao regime de trabalho, um maior número de participantes afirmou estar vinculada a cargos conquistados por meio de concurso público (76,8%), observou-se ainda uma concentração significativa de profissionais com 1 a 4 anos de experiência na ESF (43,5%), e profissionais com 5 a 9 anos de experiência em sua área (31,9%).

A superioridade de mulheres na área da saúde é um dado conhecido (Alvarenga e Sousa, 2022). Estudos apontam que são as mulheres que ainda realizam este tipo de trabalho de cuidado, com uma série de significados permeando poderes e saberes no cuidado (Andrade, 2015).

Em relação a predominância de cor branca, isso nos mostra as disparidades raciais existentes, destacando a necessidade de políticas inclusivas e igualitárias para promover a diversidade no ambiente de trabalho (Vieira et al, 2022).

Percebe-se a diversidade de experiências de vida dos profissionais envolvidos na pesquisa, indicando que o ambiente de trabalho na área da saúde é ocupado por indivíduos com diferentes contextos familiares (Raichelis, 2010). Além disso, a predominância de participantes com ensino superior completo (56,5%) sugere uma qualificação acadêmica elevada, o que pode impactar positivamente na qualidade dos serviços prestados (Oliveira et. al, 2016).

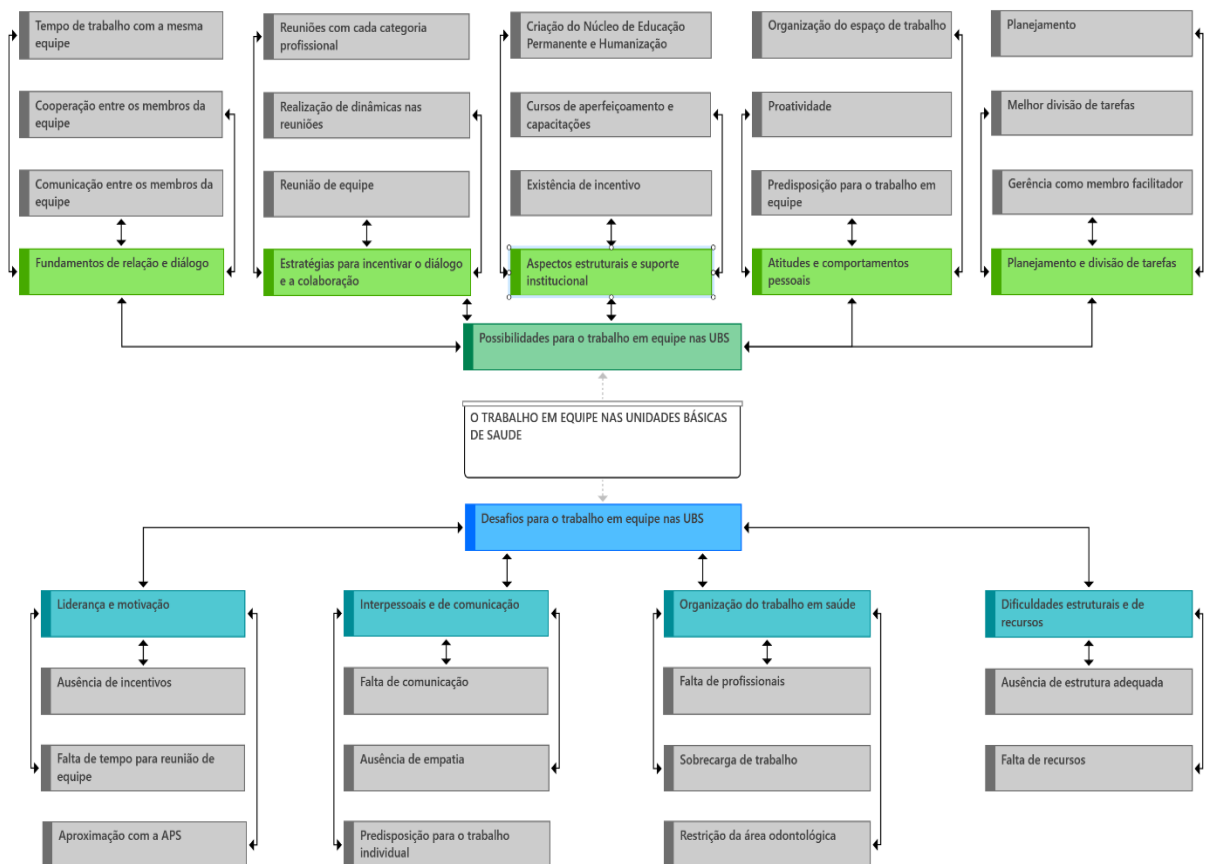
No que tange à profissão, a amostra apresentou uma distribuição homogênea entre diferentes categorias, afinal, a diversidade profissional é essencial para uma abordagem interdisciplinar no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Farias et al., 2017).

Em relação ao regime de trabalho, a maioria dos participantes afirmou estar vinculada a cargos conquistados por meio de concurso público (76,8%), indicando estabilidade e segurança no emprego. Essa estabilidade, aliada à predominância de uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais (95,6%), sugere um cenário propício para o desenvolvimento de práticas assistenciais consistentes e o estabelecimento de vínculos efetivos com a comunidade (Gomes e Pinheiro, 2005). A maioria dos participantes da pesquisa tem um vínculo trabalhista seguro, o que vai ao encontro de estudos que sustentam uma diminuição da prática de trabalho precário na contratação direta das ESFs (Girardi et al., 2015).

Explorando o tempo de atuação na ESF, há uma renovação constante de quadros na equipe de saúde da família, mostrando uma necessidade de estratégias de integração e capacitação para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados, corroborando com este dado, em um estudo, a análise das entrevistas indica como principais causas da rotatividade a insatisfação desses profissionais, o estilo de gestão autoritário, às condições de trabalho precárias, problemas de estrutura, sobrecarga de trabalho, ausência de leis trabalhistas que tragam segurança ao servidor (Lourenço et al, 2021).

A análise dos desafios e possibilidades do trabalho em equipe permitiu a seleção de 351 trechos de citação, vinculados a 58 códigos, relacionados a 8 subcategorias, associadas a duas macros categorias denominadas Possibilidades para o trabalho em equipe em Unidades de Saúde e Desafios para o trabalho em equipe em Unidades de Saúde.

Figura 5 – Síntese dos resultados dos desafios e possibilidades para o trabalho em equipe no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Criciúma/SC*.



*Para essa representação foram utilizados os códigos com maior frequência e coocorrência
Fonte: Dados da pesquisa.

Para fins de melhor visualização, a figura se encontra também no apêndice B deste trabalho.

Foram identificados dois principais códigos, demonstrando as categorias “Desafios do trabalho em equipe para os profissionais das Unidade de Saúde” (51,9%), relacionada a obstáculos para o trabalho em equipe, e a categoria “Possibilidades para o trabalho em equipe” (48,1%), relacionada a aspectos positivos que contribuem para uma colaboração eficaz.

5.1 POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO EM EQUIPE EM UNIDADES BASICAS DE SAÚDE

A categoria “Possibilidades para o trabalho em equipe” emergiu das subcategorias: Fundamentos de relação e diálogo; Estratégias para incentivar diálogo

e colaboração; Aspectos estruturais e apoio institucional; Atitudes e comportamentos pessoais; e Planejamento e divisão de tarefas.

Para um melhor desenvolvimento, abordaremos separadamente as categorias e suas respectivas subcategorias (tabela 2).

Tabela 2 – Número de trechos de citação relacionado aos códigos e subcategorias das possibilidades para o trabalho em equipe em Unidade Básicas de Saúde, Criciúma/SC.

Subcategorias e códigos	n	%
Fundamentos de relação e diálogo (n = 56 - 35%)		
Comunicação entre os membros da equipe	20	35,7
Cooperação entre os membros da equipe	15	26,8
Tempo de trabalho com a mesma equipe	6	10,7
Respeito	4	7,1
Incentivo da própria equipe	4	7,1
Mandar recados em grupo de WhatsApp	3	5,4
Reconhecimento do trabalho dos colegas	3	5,4
Equipe pequena	1	1,8
Estratégias para incentivar diálogo e colaboração (n = 44 - 27,5%)		
Reunião de equipe	30	68,2
Realização de dinâmicas nas reuniões	10	22,7
Reuniões com cada categoria profissional	3	6,8
Gerente por um dia	1	2,3
Aspectos estruturais e suporte institucional (n = 29 - 18,1%)		
Existência de incentivo	10	34,5
Cursos de aperfeiçoamento e capacitações	7	24,2
Núcleo de Educação Permanente (NEPSHU)	6	20,8
Intervenções da Secretária de Saúde	3	10,3
Ter feito residência	1	3,4
Boa infraestrutura da UBS	1	3,4
Horário estendido de atendimento	1	3,4
Atitudes e comportamentos pessoais (n = 27 - 16,9%)		
Predisposição para o trabalho em equipe	10	37,0
Proatividade	6	22,2
Organização do espaço de trabalho	4	14,8
Atividades fora do horário	3	11,2
Comprometimento	2	7,4
Equipe morar no território	2	7,4
Planejamento e divisão de tarefas (n = 13 - 8,1%)		
Gerência como membro facilitador	10	76,9
Melhor divisão de tarefas	2	15,4
Planejamento	1	7,7
Total	160	100

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1.1 Fundamentos de relação e diálogo

Ao explorar os aspectos potenciais para o trabalho em equipe, os "Fundamentos de relação e diálogo" foram a subcategoria mais citada, representando 35% do total. Isso sugere que a construção de relações interpessoais saudáveis e a comunicação efetiva são elementos fundamentais para criar um ambiente propício ao trabalho colaborativo.

5.1.1.1 Comunicação entre os membros da equipe

Essa subcategoria ressalta a centralidade da comunicação eficaz para o sucesso da equipe. Estratégias de promoção da comunicação, como treinamentos e ferramentas de comunicação instantânea, são essenciais para fortalecer esse facilitador.

Nesse sentido, a ênfase na comunicação eficaz entre os profissionais de saúde se alinha com os princípios fundamentais da ação comunicativa (Gonçalves, 1999). A capacidade de expressar ideias de forma clara e de criar um ambiente propício ao diálogo é vital para a construção de relações interpessoais saudáveis, promovendo, assim, uma atuação coesa e colaborativa.

No contexto desta análise reflexiva, pesquisas evidenciam a importância do estabelecimento de programas estruturados para o aprimoramento das habilidades de comunicação dos profissionais diretamente envolvidos, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, além daqueles envolvidos indiretamente, como gestores e agentes administrativos, no contexto do cuidado ao paciente (Johnson e Kimsey, 2012). Esses programas têm se mostrado eficazes na melhoria do desempenho e na promoção da comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar (Lee et al., 2012).

A literatura também aponta ferramentas cruciais para o trabalho em equipe e a comunicação, tais como a autocorreção, considerada fundamental para prevenir erros e aprimorar a qualidade, e as reuniões de equipe, essenciais para evitar lacunas na transmissão formal de informações a todos os membros da equipe e fomentar um espírito colaborativo (Santos et al., 2010).

“É conversado sobre casos, sobre coisas que vão ser aplicadas, sobre tudo, coisas que aconteceram, problemas, e é resolvido ali” (P08 – TÉC.ENF.).

Destaca-se a importância de cultivar uma cultura de apoio mútuo. Iniciativas que incentivem o trabalho colaborativo e a troca de conhecimentos são cruciais para nutrir esse facilitador.

“Pelo tempo que tenho de prática, nesses 28 anos trabalhei em duas equipes, e eu gosto dessa continuidade no trabalho, não gosto de ficar pulando de galho em galho, e principalmente no trabalho que fizemos em saúde, eu acho que a troca de profissional não é solução os problemas são os mesmos, a gente sempre procura contornar os problemas, até pela prática que eu tenho todo mundo se respeita, respeito o espaço do outro, e as trocas aqui são muito importantes, tento passar isso pros alunos também, entrosar eles ao máximo nas equipes. A gente sempre conversa sobre todas as coisas, não só os recados paroquiais, mas sempre discute qualquer coisa” (P28 – MED.).

5.1.2 Estratégias para incentivar diálogo e colaboração

As "Estratégias para incentivar diálogo e colaboração" foram mencionadas em 27,5% dos trechos, destacando a importância de práticas e abordagens específicas para promover a comunicação aberta e a colaboração entre os membros da equipe. Essas estratégias podem envolver desde a implementação de reuniões regulares até o estímulo à participação ativa dos profissionais na tomada de decisões.

Destaca-se que a abordagem participativa é mencionada como estratégia no agir comunicativo, reforça a importância de uma tomada de decisão coletiva e inclusiva. Através do diálogo constante, os membros da equipe têm a oportunidade de contribuir ativamente para o planejamento estratégico e a divisão de tarefas, criando um ambiente que valoriza a diversidade de perspectivas (Pinto, 1995).

O trabalho em equipe resulta em maior produtividade, aprimoramento na comunicação e na tomada de decisões, além de contribuir para a elevação da autoestima, do bem-estar psicológico e do apoio social (Maxfield et al., 2013).

Nesse contexto, nos últimos anos, intervenções têm sido desenvolvidas, implementadas e avaliadas com o objetivo de aprimorar o trabalho em equipe e a comunicação. Muitos gestores têm recorrido a técnicas de treinamento em equipe baseadas em simulações multidisciplinares, destacando temas como liderança, consciência situacional, apoio mútuo e confiança, comunicação, e o papel específico de cada membro na equipe. Essas técnicas são concebidas para minimizar ou detectar erros, aperfeiçoar as habilidades de trabalho em equipe, treinar e ensaiar procedimentos complexos, bem como identificar lacunas de conhecimento dos profissionais em suas respectivas áreas de atuação (Bagnasko et al., 2013).

5.1.2.1 Reunião de equipe

A predominância desta estratégia sugere a eficácia das reuniões regulares para promover o diálogo e a colaboração. Estas não apenas facilitam a comunicação, mas também oferecem oportunidades para discussões construtivas e resolução de problemas.

“A gente aqui seleciona um dia e uma hora por semana pra fazer tipo uma reunião, então nesse dia a gente acaba interagindo, escutando como funciona, então tu acabas vendo mais ou menos como funciona, as vezes é pouco, mas, eu que venho de uma parte mais particular é uma realidade muito diferente” (P03 – DENT.).

A realização de reuniões periódicas desempenha um papel crucial na avaliação do progresso na execução das ações, reafirmação das tarefas e responsabilidades dos profissionais, discussão de abordagens para superar desafios, definição de ajustes necessários e estabelecimento de novas estratégias para lidar com as questões atuais.

“Sim, até durante as reuniões a gente faz o gerente por um dia, quando outras pessoas trazem dinâmicas pra não ficar só centralizados em uma pessoa, os ACS trazem casos de pacientes, funciona bastante aqui” (P54 – ACS.).

Além disso, as reuniões possibilitam a adaptação das ações para atingir os objetivos delineados no planejamento anual do CS, destacando a importância da participação coletiva e contribuição. Um estudo conduzido no Rio de Janeiro revelou que, no contexto do trabalho em equipe na ESF, os profissionais valorizam as contribuições uns dos outros e compartilham metas, favorecendo uma prática mais comunicativa e cooperativa, caracterizando um modelo de rede de conversações (Pereira et al., 2013).

“Mas acho um momento importante pra conversar sobre situações dos pacientes. Por exemplo uma criança que tá com múltiplas cáries, procurar entender com ACS sobre as condições da criança” (P22 – DENT.).

5.1.2.2 *Realização de dinâmicas nas reuniões*

Apesar de ter sido menos mencionada que outras categorias, a realização de dinâmicas nas reuniões traz uma relevância que vai além da simples frequência nos relatos, pois a qualidade dessas atividades pode ter um impacto significativo na eficácia das reuniões e, conseqüentemente, na dinâmica global da equipe.

Introduzir dinâmicas nas reuniões emerge como uma estratégia criativa para estimular a participação ativa e a coesão da equipe. Este método pode ser explorado para aumentar o envolvimento e a eficácia nas interações.

O aprimoramento da comunicação não violenta, conforme preconizado por a Rosenberg (2006), aliado à integração entre os profissionais da equipe, promove um ambiente de trabalho mais ameno. Essa integração não apenas motiva, mas também estimula ações multidisciplinares, contribuindo significativamente para o principal objetivo da equipe, que é oferecer cuidados qualificados ao usuário (Rio Grande do Sul, 2022).

Ao participarem de atividades conjuntas, muitas vezes para além do contexto do trabalho, os membros da equipe desenvolvem um senso de pertencimento e fortalecem o espírito de equipe. Isso pode contribuir para enfrentar desafios de forma mais unida e eficaz.

“Assim, eu acho que as reuniões semanais, porque eu já trabalhei em unidades que não tinham e ali a gente conversa, faz dinâmicas, lanches, são pequenas coisas que faz pra unir, os aniversários, piquenique, pizzaria, eu procuro estimular isso e eles gostam sabe” (P16 – ENF.).

Dinâmicas em grupo oferecem um ambiente seguro para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades sociais dos membros da equipe. Podem incluir atividades que estimulem a empatia, a resolução de conflitos e a cooperação.

“Agora com o novo gerente tá melhor, na última reunião ele trouxe salgadinhos pra gente, depois teve confraternização, mas antes dele chegar as reuniões eram mais complicadas” (P21 – ACS.).

Ao construir um trabalho em equipe, as expectativas em relação ao outro (neste caso, o gerente) não devem se limitar apenas às habilidades técnicas de gestão. Em vez disso, revela-se a importância de considerar as expectativas emocionais, expressas através do afeto. Sendo assim, não basta que o gerente saiba apenas gerenciar tecnicamente, é crucial que ele também leve em conta as relações emocionais e a forma como se relaciona com as pessoas para promover um ambiente de trabalho colaborativo.

Além disso, dinâmicas em grupo direcionadas para objetivos específicos podem ressaltar a importância do trabalho colaborativo na ESF. Podem ser usadas para destacar como a contribuição de cada membro é valiosa para alcançar metas comuns.

A reunião de equipe pode ser um cenário propício para a implementação de dinâmicas que facilitem a integração entre os profissionais, tornando esse momento menos exaustivo e minimizando o estresse associado (Rio Grande do Sul, 2022).

“Acho que sim, eles fazem, o NEPSHU faz algumas capacitações, as meninas já vieram aqui fazer um trabalho em equipe, daí sugeri pra fazer dinâmicas nas reuniões semanais” (P44 – TEC. ENF.).

Além disso, dinâmicas em grupo podem criar um ambiente mais descontraído e amigável, contribuindo para a redução do estresse e promovendo o bem-estar emocional dos membros da equipe.

A busca por estratégias inovadoras que promovam o diálogo e a colaboração, como reuniões e dinâmicas, reflete a preocupação em enriquecer o agir comunicativo no ambiente de trabalho. Essas práticas não apenas melhoram a comunicação, mas também fortalecem os laços entre os membros da equipe, criando uma cultura de interação contínua e troca de conhecimentos (Universidade de São Paulo, 2021).

5.1.3 Aspectos estruturais e suporte institucional

A questões “Estruturais e de suporte institucional” (18,1%) indicam a relevância de condições adequadas de trabalho, incluindo recursos materiais e humanos suficientes para atender às demandas do serviço de saúde. Esse facilitador ressalta a importância de investimentos e políticas de apoio para fortalecer a infraestrutura e as condições laborais.

Diversos estudos destacaram a influência das condições reais, caracterizadas pela escassez de recursos humanos e materiais, na qualidade do trabalho dos profissionais, ressaltando a necessidade de aprimoramentos na organização do trabalho e na infraestrutura dos serviços (Rebouças; Legay; Abelha, 2007; Leal; Bandeira; Azevedo, 2012).

Abordando essa perspectiva, Daubermann e Tonete (2012) observaram que a satisfação com as condições de trabalho está intrinsecamente ligada à disponibilidade de recursos humanos, materiais e ambientais. Além disso, destacaram a organização do processo de trabalho, as abordagens de cuidado, os resultados obtidos, o reconhecimento do trabalho e a remuneração como fatores significativos para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

5.1.3.1 Existência de incentivo

A presença de incentivos para o trabalho em equipe é vital para manter a motivação para que o mesmo ocorra. Identificar e implementar incentivos alinhados aos objetivos da equipe pode ser uma estratégia eficaz para fortalecer esse facilitador.

“Quando eu entrei eu senti que não tinha isso, era cada uma fazendo o seu, com o tempo foi mudando sabe, não sei de quem partiu isso, mas a realidade dos postos mudou” (P12 – ENF.).

Para que ações interdisciplinares se concretizem nas ESF, é imprescindível o estímulo tanto dos gestores quanto dos coordenadores e responsáveis. As práticas destinadas ao trabalho interdisciplinar devem ser implementadas de maneira a traduzir a teoria em ações tangíveis, utilizando diversas técnicas de aprendizagem. A gestão municipal tem a responsabilidade de capacitar e orientar a equipe de saúde sob sua supervisão. Contudo, é possível que a própria equipe de saúde busque aprimoramento profissional e desenvolvimento de novas técnicas de trabalho (Neto; Bernanrdi; Novello, 2017).

Conclui-se que a maioria dos profissionais apresentou força motivacional moderada e em queda, por vivenciarem e perceberem um contexto deteriorado com condições de trabalho desfavoráveis (Alves Filho e Borges, 2014).

“Agora sim tem incentivo, antes era mais cada um por si. Agora tem que ter as reuniões, têm as dinâmicas” (P51 – MED.).

5.1.3.2 *Cursos de Aperfeiçoamento e capacitações*

Investir em desenvolvimento profissional através de cursos e capacitações é crucial para equipar a equipe com as habilidades necessárias. Essa estratégia não apenas fortalece a equipe, mas também contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

“Sim, a gente sempre tá fazendo curso de aperfeiçoamento, capacitação, é bem focado, que seria os fundamentos do sus” (P03 - ACS).

As capacitações desempenham um papel crucial no aprimoramento e nas mudanças na prática profissional, enquanto o perfil de formação e qualificação dos profissionais está associado ao aumento do tempo de trabalho na mesma equipe, assim como à percepção de capacitação dos profissionais de saúde (Oliveira et al., 2016).

“Era bem menos, agora nos últimos anos tem educação permanente então a gente tá tendo um pouco mais sobre isso, e também, com o curso, que não são todos os ACS que estão fazendo, esse técnico, que é do ministério da saúde, aí a gente teve uma bagagem muito grande de trabalho em equipe” (P10 - ACS).

Os resultados evidenciam que as capacitações têm impacto significativo no aprimoramento profissional dos entrevistados, refletindo positivamente em sua prática profissional e na qualidade percebida dos serviços. Além de fornecerem conhecimentos técnicos, as capacitações são vistas como ambientes propícios para uma interlocução rica e construtiva. Esses espaços oferecem a oportunidade não apenas de absorver informações, mas também de trocar experiências, compartilhar perspectivas e debater práticas profissionais.

A relação entre o tempo de trabalho na equipe e a percepção das capacitações, associada à qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), ressalta a importância das estratégias de vinculação e do aprimoramento profissional na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), contribuindo para melhores avaliações dos atributos da APS e, conseqüentemente, para resultados positivos na qualidade dos serviços prestados à população (Castro et al., 2012).

5.1.4 Atitudes e Comportamentos pessoais

“Atitudes e Comportamentos pessoais” (16,9%) e “Planejamento e Divisão de tarefas” (8,1%) foram mencionados como possibilidades adicionais, evidenciando a importância das características individuais dos profissionais, bem como a necessidade de uma organização estratégica das atividades para otimizar o desempenho da equipe.

5.1.4.1 Predisposição pessoal para o trabalho em equipe

A ênfase na predisposição individual destaca a importância das características pessoais na dinâmica da equipe. Incentivar e cultivar atitudes pró-colaborativas durante o recrutamento e treinamento pode ser uma estratégia valiosa.

“É que as pessoas gostam de colaborar, se pedir pra mim, se eu não estiver auxiliando, eu vou lá ajudar, e assim, todos eles” (P09 – ASB.).

No âmbito da saúde, a função da educação é crucial, especialmente diante dos desafios para transformar a formação de recursos humanos, que se inserem no contexto da implementação e consolidação do SUS. Este processo visa reorientar ações e serviços, fortalecendo a ESF e seu compromisso com a prestação de assistência que seja universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva para a população. Na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, o SUS e a ESF desempenham papéis centrais como interlocutores, implicando uma renovação pedagógica que se baseia na convergência das atividades educativas com a realidade cotidiana e social, bem como com a situação de saúde do país (Campos et al., 2001).

“Eu acho que a boa vontade e a responsabilidade dos servidores da equipe, para funcionar bem tem que ter quem queira fazer, e todo mundo aqui é muito disposta, não tem que ficar mandando ninguém, cobrando, cada uma faz o seu e o trabalho flui. É diferente quando encontra alguém que está lá, mas o profissional não quer fazer. Aqui cada um sabe a sua função, eu já estou no quarto município, aqui é muito bom, tem um bom vínculo nesse sentido, se conversam, tem essa comunicação” (P27 – MED.).

Os resultados desta pesquisa corroboram a literatura ao destacar que a realização regular de reuniões emerge como uma estratégia vital para a integração e planejamento, especialmente no contexto da saúde, onde equipes multiprofissionais reúnem distintos saberes e habilidades. Esses encontros proporcionam um espaço para reflexão, resolução de problemas, estabelecimento de metas e esclarecimentos, consolidando-se como uma ferramenta que estreita os laços entre os profissionais da equipe (Mattos e Balsanelli, 2020).

“A disponibilidade da pessoa em querer trabalhar em equipe, gostar do que faz e se relacionar bem, ‘daí’ o trabalho flui” (P44 – ENF.).

Evidencia-se uma possível limitação na abordagem coletiva, mesmo reconhecendo a importância da disposição individual, a atenção à construção da equipe como um todo pode estar sendo negligenciada. A eficácia do trabalho em equipe vai além da motivação individual, a dinâmica de equipe é um processo complexo que envolve não apenas a atitude individual, mas também a colaboração, a comunicação efetiva e a sinergia entre os membros.

Conforme apontado pelos participantes desta pesquisa, a adoção de estratégias coletivas voltadas para a sociabilidade, como festas e comemorações, muitas vezes cria um ambiente de trabalho mais informal, fortalecendo os vínculos e as relações interpessoais. Nestes momentos, os laços de amizade e confiança se estabelecem de maneira mais natural. Além disso, essas estratégias contribuem para aliviar as tensões do trabalho, o que pode reduzir os efeitos estressantes inerentes à prática profissional, ao mesmo tempo que promove vínculos afetivos entre os membros da equipe (Martins e Robazzi, 2012).

5.1.4.2 *Proatividade*

A proatividade individual é um facilitador que pode impulsionar a iniciativa e a eficácia da equipe. Reconhecer e recompensar comportamentos proativos pode fortalecer esse aspecto. Os comportamentos proativos envolvem “desafiar o status quo, mais do que se adaptar passivamente às condições atuais” (Crant, 2000, p. 436).

“Que todos possam conhecer o trabalho do outro, boa vontade, não ter preguiça de fazer as coisas pra ajudar o colega, não ficar acomodado mesmo” (P57 – ENF.).

Em consonância com essa perspectiva, estudos recentes destacam a proatividade como uma qualificação essencial para o mercado de trabalho atual, não sendo mais suficiente a simples execução de tarefas. Nos ambientes em que os profissionais demonstram proatividade, os objetivos de melhoria contínua de processos e resultados são claramente delineados (Warshawsky, 2012).

De cada um perceber onde está o colega e ajudar, ter percepção e empatia, espírito de equipe, de não precisar chamar ou alguém

mandar, perceber que eu posso ser útil pro paciente e ir ajudar, ter empatia pro colega e pro paciente (P61 – TÉC. ENF.).

Pesquisadores ressaltam que a chave para o sucesso das organizações reside em uma força de trabalho engajada e comprometida, que atue de maneira proativa (Ferreira et al., 2016).

5.1.5 Planejamento e Divisão de Tarefas

5.1.5.1 *Gerência como membro facilitador*

A identificação da gerência como membro facilitador enfatiza a importância de líderes que atuam como catalisadores para a colaboração. Desenvolver habilidades de liderança que promovam uma gestão facilitadora é uma estratégia relevante para esse facilitador.

“A gente tem uma gerência e uma enfermeira muito boa (a enfermeira não é a gerente da unidade, mas todos respeitam e ouvem muito ela), então assim, quando eles percebem, as vezes não precisa nem a gente falar que tem algo desconfortável, mas eles percebem e chamam e a gente resolve” (P05 – ASB.).

A capacitação para o gerenciamento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi relegada a segundo plano nas últimas décadas. As lacunas mais destacadas, tanto no Brasil quanto na América Latina e Central, evidenciam a necessidade de ampliar a formação dos gestores em áreas como administração, epidemiologia e metodologia operacional (Alves et al., 2004).

“As enfermeiras, nossas enfermeiras que são nossas gerentes, são extremamente receptivas, acolhem muito a equipe, fazem um processo de intermediação, elas são excelentes, sabem muito de gestão mesmo, isso facilita muito, ter um gestor que enxerga e aplica as melhorias” (P19 – TÉC.ENF.).

Considerando o panorama atual do trabalho em saúde, os enfermeiros, em sua prática cotidiana, demonstram maior interesse, vocação e preparo para assumir as funções de gerência.

Com o objetivo de aprimorar os processos de gestão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribuindo para a comunicação entre os membros das equipes, fortalecendo os vínculos com a comunidade, e aprimorando o acolhimento aos usuários, entre outros aspectos, acreditamos que esses encontros se configuram como ferramentas eficazes para a formação dos gestores das UBS. São essas experiências (Prata et al., 2019).

5.1.5.2 *Melhor divisão de tarefas*

Uma distribuição eficiente de tarefas é crucial para otimizar o desempenho da equipe. Estratégias que favoreçam a melhor divisão de responsabilidades podem contribuir para um fluxo de trabalho mais eficaz.

“Então, agora com a mudança de gerentes eu senti uma evolução, tá melhorando, tá cada um cuidando mais, estão dividindo mais as tarefas na unidade” (P14 – ACS.).

Um ponto de amplo consenso entre os pesquisadores reside no entendimento de que o trabalho em equipe envolve o compartilhamento de planejamento, a distribuição de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre diversos atores, conhecimentos, práticas, interesses e necessidades representa a oportunidade de inovação no contexto do trabalho em equipe (Otenio et al., 2008).

5.2 DESAFIOS DO TRABALHO EM EQUIPE PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A categoria “Desafios do trabalho em equipe” traz como subcategorias Liderança e motivação; Relações e comunicação; Falta de recursos humanos e profissionais; Organização do trabalho em saúde; Dificuldades estruturais e de recursos; e Barreiras de execução e desempenho (tabela 3).

Tabela 3 – Número de trechos de citação relacionado aos códigos e subcategorias dos desafios para o trabalho em equipe em Unidades Básica de Saúde, Criciúma/SC.

Subcategorias e códigos	n	%
Liderança e motivação (n = 80 – 42,7%)		
Ausência de incentivos	25	31,3
Falta de tempo para reunião de equipe	20	25
Aproximação da APS	18	22,5
Desmotivação e desvalorização	6	7,5
Existência de incentivos incipiente	5	6,2
Resistência a mudanças	4	5
Alta rotatividade na equipe	2	2,5
Interpessoais e de comunicação (n = 56,1 – 30%)		
Predisposição para o trabalho individual	14	25
Ausência de empatia	12	21,5
Falta de comunicação	12	21,5
Compartimentalização das áreas	5	8,9
Inefetividade das reuniões	3	5,3
Carência de convivência com colegas	3	5,3
Escassez de debates de casos	3	5,3
Desrespeito a hierarquia	1	1,8
Fofoca	1	1,8
Pouco tempo trabalhando junto	1	1,8
Organização do trabalho em saúde (n = 47 – 25,1%)		
Falta de profissionais	17	36,3
Sobrecarga de trabalho	12	25,5
Restrição da área odontológica	9	19,2
Sobrecarga de trabalho do cargo de gerência	3	6,4
Equipe muito grande	2	4,2
Quebra do paradigma assistencial	1	2,1
Verticalização das especialidades	1	2,1
Mudanças frequentes de fluxos	1	2,1
Não fazer bem o seu trabalho	1	2,1
Dificuldades estruturais e de recursos (n = 4 – 2,1%)		
Ausência de estrutura adequada	3	75
Falta de recursos	1	25
Total	187	100

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2.1 Liderança e motivação

A categoria "Liderança e motivação" emergiu como a mais citada, representando 42,7% do total. Esse dado sugere que a gestão de equipes e a motivação dos membros são elementos cruciais que demandam atenção especial.

Questões relacionadas à liderança eficaz, tomada de decisões e engajamento dos membros evidenciam a complexidade das dinâmicas internas.

5.2.1.1 *Ausência de incentivos*

Diversos elementos elencados na literatura surgem como desencorajadores para a perpetuação da atuação dos profissionais na ESF. Essencialmente, esses desafios derivam da subvalorização e da ausência de respaldo provenientes, sobretudo, dos demais níveis de atenção e, de maneira preponderante, dos gestores da Secretaria de Saúde.

Corroborando com a literatura, a subcategoria que mais obteve trechos foi a Ausência de incentivos (31,3%), essa identificação significativa destaca a necessidade urgente de estratégias motivacionais e reconhecimento por parte da gestão. Incentivos financeiros, de desenvolvimento profissional e reconhecimento público emergem como áreas-chave de intervenção.

“Não, aqui dentro, a nossa gerência é muito boa, então tá sempre valorizando. Mas em termos gerais, digo de prefeitura, gestão (municipal, se referindo a órgão maior), não tem incentivo nenhum. Às vezes a gente se pergunta o que a gente tá fazendo aqui. Às vezes eu me pergunto isso” (P05 – TÉC.ENF.).

Vale ressaltar que, ao discutirmos valorização, não nos referimos apenas às palavras proferidas em discursos, mas sim à materialização efetiva desse reconhecimento por meio de ações concretas que promovam a expansão e fortalecimento contínuo da ESF (Rocha et al., 2023).

Os cenários de saúde e de trabalho que envolvem a equipe de saúde frequentemente se caracterizam por jornadas laborais prolongadas, desvalorização profissional, sensação de insegurança abrangendo aspectos pessoais, profissionais e ambientais. Ambientes de trabalho podem se tornar tumultuados e estressantes, sujeitos a episódios de violência verbal, psicológica e física.

A remuneração muitas vezes é insuficiente, e a escassez de oportunidades de treinamento e capacitação é uma realidade. Adicionalmente, a exposição a acidentes de trabalho e a predisposição a infecções, bem como o risco de adoecimentos físicos

e psicológicos, contribuem para a complexidade desse contexto laboral. Essas nuances revelam a urgência de abordagens abrangentes para a promoção da saúde e do bem-estar dessa equipe essencial (Machado et al., 2015; Miranda et al., 2020).

“Nenhum, essa administração está complicada, até desanima muito sabe os funcionários, não tem incentivo, principalmente em questão de salário, de reconhecimento” (P35 – MÉD.).

5.2.1.2 *Falta de tempo para reunião de equipe*

Para a efetiva realização das atividades das equipes da ESF, torna-se imperativo promover a articulação e integração de profissionais de saúde diversos. As equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar, se configuram como pilares essenciais para a concretização de ações colaborativas, nas quais cada profissional, respeitando sua expertise, contribui para enfrentar as complexidades e desafios de saúde individuais e comunitários. Embora as práticas multiprofissionais estejam intrinsecamente entrelaçadas à rotina laboral das equipes, é nas reuniões de trabalho que essas dinâmicas se revelam efetivamente palpáveis. Estas se tornam o palco crucial onde a sinergia entre os diversos saberes se manifesta de maneira mais evidente e atuante. (Costa et al., 2014; Backes et al., 2014).

“Elas (as reuniões) poderiam ser mais eficazes se a gente tivesse mais tempo, a gente só tem 1 hora, nós somos aqui em 12, antigamente era duas horas, era tranquilo. Porque todo mundo tem suas opiniões, troca de ideias e tal, e uma hora mal da pro gerente passar as informações, não dá tempo pra discutir” (P07 – ASB.).

O desafio temporal revela a pressão constante sobre os gestores de equipe. Estratégias para otimizar o tempo em reuniões e torná-las mais eficazes devem ser implementadas para abordar essa questão, entretanto, deve-se levar em consideração que o trabalho de cuidados requer e tem um tempo do outro, da vida e das suas demandas singulares e coletivas.

“Não digo que 100%, é pouco tempo de reunião, as vezes a gente não consegue trazer nossas demandas, mas é muito necessária, sempre

tem algo que sai da li que funciona sabe, tem profissional que não gosta muito de participar, eu participo bastante, mas todo mundo tem voz e vez” (P12 – ENF.).

As reuniões se configuram como dispositivos fundamentais para a elaboração do planejamento, servindo como mecanismos direcionados à consecução de objetivos específicos. Nesses encontros, os profissionais compartilham informações para embasar processos decisórios, estabelecendo conexões entre si, mesmo diante de características e especificidades singulares, enquanto atores provenientes de diversos contextos. Dessa maneira, as reuniões surgem como espaços essenciais para a construção efetiva do trabalho, propiciando a discussão de casos, a manifestação de opiniões e fomentando o diálogo interdisciplinar. Essa interação colaborativa destaca a importância desses momentos na potencialização da sinergia entre os membros da equipe (Grando e Dall’agnol, 2010).

“Não, na verdade só tem 1h de reunião, é pouco tempo pra resolver casos de pacientes, a gente acaba resolvendo mais atribuições do dia a dia da unidade e repassar informações importantes, não dá tempo de sentar e conversar sobre pacientes” (P15 – ASB.).

5.2.1.3 *Aproximação com a Atenção primária*

A lacuna percebida entre a administração e a base destaca a necessidade de uma abordagem mais integrada, com a administração compreendendo e respondendo às demandas dos profissionais que estão na linha de frente, para cumprir com responsabilidades como: provisão de recursos e equipamentos adequados, educação permanente, suporte psicossocial, estabelecer canais de comunicação efetivos, participação dos profissionais em decisões estratégicas, monitoramento da saúde dos profissionais, e prover a comunicação .

“Cara, eu penso que sim, eles pedem muito, às vezes os pacientes fazem alguma ouvidoria, e eles frisam muito que é pra fazer um trabalho melhor, mais qualificado, com mais comunicação, às vezes, eles não falam muito a nossa língua, porque a realidade é diferente, mas eles buscam melhorias sim’ (P02 – ACS.).

Apesar de reconhecermos que as relações de poder são inerentes às interações humanas, a participação ativa dos gestores junto aos profissionais de base e usuários durante o processo de planejamento é crucial. Essa abordagem é essencial para preservar a horizontalidade nas ações, assegurando uma distribuição equitativa de responsabilidades em todos os níveis de atuação na promoção da saúde (Andrade et al., 2012).

“Eu acho que falta ouvir um pouco mais os funcionários sabem, entrar dentro das unidades pra conhecer as rotinas, as vezes eles cobram da gente, mas não entendem a dificuldade de fazer determinada função” (P11 – ACS.).

“Na verdade, existe uma distância grande entre a teoria e a prática, tem muitas coisas que são mítica e não acontecem na realidade, acho que tinha que ser mais realidade. Entender e valorizar o trabalho da ponta, a diferença é muito grande quando se fica atrás de uma mesa ditando ordens, acho que tem q ser na base da negociação, nada deve ser imposto, e atualmente a gente vive de imposições e isso não funciona” (P07 – MÉD.).

A proximidade entre a administração municipal de saúde e os profissionais da ESF, é reconhecida como uma estratégia crucial para viabilizar o trabalho em equipe na ESF. É essencial realizar um levantamento da realidade local, monitorar regularmente as equipes da ESF e aprimorar a comunicação entre ambas as partes. Essas ações proporcionam uma compreensão mais abrangente das necessidades locais, permitindo que a gestão municipal responda de maneira mais efetiva às demandas dos profissionais da ESF, promovendo assim um ambiente propício para o trabalho em equipe (Melo et al. 2022).

5.2.1.4 *Desmotivação e desvalorização*

A valorização do profissional transcende a mera inserção em parâmetros quantitativos, abraçando a qualidade e a profundidade de suas ações. Reconhecer o valor implica enxergar o profissional como um ser singular, dotado de habilidades e

contribuições únicas nas atividades que desempenha, mas também se manifesta no reconhecimento coletivo seja para uma equipe, seja para um determinado ofício, promovendo um sentido de pertencimento e respeito pelo trabalho em si (Liu et al., 2012). Esse reconhecimento vai além do simples ato de avaliar a pessoa que trabalha; trata-se de apreciar o fazer, conferindo um acréscimo àqueles que se beneficiam desse labor.

“Olha, não está no primeiro plano deles, não é falado muito, como trabalhar em equipe, acho que o foco maior está na assistência” (P19 – DENT.).

É primordial que a administração pública da saúde, especialmente no âmbito do SUS, promova uma reflexão sobre os profissionais de saúde como uma "estratégia institucional" para a valorização e reconhecimento coletivo. Essa abordagem visa não apenas reconhecer individualmente cada profissional, mas também buscar a inclusão social e o reconhecimento mais amplo do trabalho essencial desempenhado por todos. Dessa forma, estabelece-se um ambiente propício não apenas para a valorização individual, mas para o fortalecimento da coletividade e o apreço pela importância do trabalho realizado por esses profissionais (Machado et al., 2023). Tal processo, todavia, é complexo e difícil de ser efetivado, sobretudo, por movimentos individualizantes e de difícil compreensão que se constituem no fazer cotidiano de cada equipe.

5.2.2 Interpessoais e de comunicação

A comunicação efetiva e a construção de relações interpessoais são áreas sensíveis que impactam diretamente no desempenho da equipe, os "Desafios Interpessoais e de Comunicação" foram mencionados em 30% dos trechos.

Pesquisas indicam que deficiências no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde estão entre os principais fatores que contribuem para erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, para a redução da qualidade dos cuidados (Bagnasco et al., 2013). Nesse contexto, a forma como a comunicação ocorre entre os profissionais tem sido destacada por pesquisadores como um

elemento fundamental para garantir a segurança no cuidado à saúde (Lee et al., 2012).

Alguns elementos têm sido apontados como cruciais para facilitar a comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, incluindo o contato visual, a prática da escuta ativa, a confirmação da compreensão da mensagem, a liderança clara, a participação de todos os membros da equipe, discussões construtivas de informações relevantes e a consciência situacional – esta última refere-se à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (Johnson e Kimsey, 2012). Todos elementos que se constroem e se sustentam na experiência do fazer diário de cada sujeito em cada equipe.

Fica clara a necessidade de aprimorar habilidades comunicativas e resolver conflitos interpessoais foi destacada como fator crítico para a eficiência do trabalho em equipe.

5.2.2.1 Predisposição pessoal para a realização individual do trabalho

A importância de cultivar uma mentalidade colaborativa é evidente. Estratégias de desenvolvimento de equipe podem focar na promoção da colaboração e compartilhamento de responsabilidades.

A capacitação dos profissionais de saúde tem sido enfatizada em virtude da implementação de diversas políticas de educação e saúde elaboradas nas últimas décadas. Essas iniciativas impulsionam ações essenciais no processo de ensino-aprendizagem, destacando-se a colaboração entre instituições de ensino superior e a comunidade. Essa abordagem contempla princípios fundamentais da área de APS, tais como a reflexão crítica da realidade social, a integração entre teoria e prática e o enfoque na integralidade do cuidado. Essa parceria entre instituições educacionais e a comunidade surge como uma estratégia promissora para a formação de profissionais mais alinhados com as demandas e complexidades da atenção primária. (Barreto et al., 2019; Vendrusculo et al., 2019). Entre outros aspectos, revela-se a centralidade da formação permanente, que possibilite o compartilhamento de saberes fazeres exigidos pelo trabalho e, também, a construção de relações intersubjetivas potentes no sentido de reconhecer a alteridade como fundante de todo o trabalho.

“Existem barreiras de alguns profissionais que não aceitam alguma ordem, ou ter que impor algo, ou questionar e eles não gostam” (P43 – ENF.).

Sob a ótica de Freire (1996), as atividades foram conduzidas com o intuito de envolver todos os participantes. No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Educação Interprofissional (EIP) pode oferecer oportunidades para explorar as diversas dimensões do trabalho em saúde, promovendo iniciativas que buscam intensificar a comunicação entre as distintas áreas. Isso se deve ao reconhecimento de que um profissional isolado enfrenta dificuldades para abranger todas as dimensões do cuidado, tornando essencial a valorização das práticas colaborativas (Reeves et al., 2017; D'amour et al., 2008).

“Às vezes quando tem uma pessoa arrogante, que tá se achando superior as outras, ela cria conflitos, por isso que aqui todo mundo é igual, já aconteceu de uma pessoa não querer que o ACS entrasse na sala pra passar os casos, mas o ACS são nossos olhos nas ruas, isso é essencial, arrogância dificulta muito” (P55 – MÉD.).

É de suma importância definir metas e objetivos comuns para a equipe, alinhados com os resultados desejados para o paciente e estabelecer metas mensuráveis que incentivem a colaboração e a realização conjunta.

“Aqui não digo que tenha dificuldade, mas, às vezes tem pessoas que não são amigáveis e isso dificulta muito” (P69 – TÉC.ENF.).

5.2.2.2 *Ausência de empatia*

A necessidade de desenvolver empatia entre os membros da equipe destaca a importância de programas de treinamento e sensibilização que promovam uma compreensão mais profunda das perspectivas individuais.

A inclusão da empatia como elemento curricular na área da saúde tem sido frequentemente explorada em pesquisas científicas. Esse enfoque evidencia um reconhecimento da relevância dessa habilidade para os profissionais da saúde, alinhando-se com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Silva et al., 2022).

“Na verdade, eu acho que é um pouco de entendimento de ambas as partes (a falta dele) porque se tu me disseres que aquela parede é vermelha e eu falar que é amarela, né, cada um tem um ponto de vista. E às vezes tu não entende o ponto de vista do teu colega. E querendo ou não vai pra esse embate, que a gente acaba expondo cada um o seu lado e ali a gente vê que: “tu tá certo e eu tô errado” (P05).

Observa-se que, ao adotar a teoria da ação comunicativa como sustentação teórica para esta pesquisa, buscamos compreender e analisar as dinâmicas comunicativas que permeiam o contexto das equipes de saúde, especialmente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (eSF). Habermas (1989), precursor dessa teoria, destaca a importância da linguagem na construção do entendimento mútuo e na busca por consenso. Ao ser aplicada nas equipes de trabalho, implica em investir em treinamento em comunicação, criar espaços regulares para diálogo aberto, estimular participação igualitária e diversidade de opiniões. Além disso, é essencial empregar práticas de mediação de conflitos e promover uma liderança facilitadora.

Schweller et al. (2018) e sua equipe conduziram consultas médicas simuladas, envolvendo atores que personificavam casos clínicos construídos por preceptores docentes. O objetivo era proporcionar aos alunos uma experiência próxima a um atendimento real. Posteriormente, os estudantes compartilhavam seus sentimentos e impressões, refletindo sobre a dinâmica da relação médico-paciente. Os participantes ressaltaram a relevância de perceber a vulnerabilidade do paciente diante de sua condição de saúde.

“E também eu notei que no começo eu senti falta da empatia em ajudar o colega mesmo que aquilo não fosse a função, na pandemia eu fazia muito teste de covid, eu nem recebi um treinamento específico, e fui fazer e nisso uma enfermeira pegou licença, e certa vez eu fui fazer um teste e fiquei em dúvida, fui até a recepção perguntar e ninguém me ajudou, simplesmente tive que me virar, teve uma téc. que se sensibilizou, mas no início foi difícil até criar um vínculo, eles estavam acostumados com outro profissional” (P21 – DENT.)

Enderle et al. (2018) e sua equipe buscaram identificar as estratégias empregadas pelos docentes de enfermagem no aprimoramento de competências morais, incluindo a empatia. Na pesquisa, 20 docentes destacaram metodologias ativas, como simulações de casos, casos de papel, rounds, oficinas com dilemas éticos e simulações realistas, como as principais ferramentas pedagógicas utilizadas.

“As pessoas são bem diferentes né, acho que às vezes tem uma intolerância de respeitar as diferenças do outro. É de cada um” (P37 – TÉC.ENF.).

5.2.2.3 *Falta de comunicação*

Estratégias para melhorar a comunicação, como treinamentos específicos e a implementação de canais eficazes, tornam-se imperativas para superar esse desafio.

“Aqui falta muita comunicação, é a parte mais falha, porque os profissionais são ótimos (são ótimos nos encaminhamentos técnicos da profissão quando não requer interlocução com outros profissionais)” (P14 – ACS.).

Observou-se uma escassa propensão ao diálogo e à intenção de estabelecer ou reconhecer a necessidade dessa prática, especialmente na perspectiva dos especialistas, prevalecendo uma sensação de inferioridade entre os profissionais da APS, evidenciada no compartilhamento de pacientes. A fundamentação para o agir comunicativo está relacionada às pretensões de validade, não de poder, que é externo à linguagem, impedindo a discussão de razões e argumentos (Habermas et al., 1989). As condições para o diálogo derivam dos papéis atribuídos aos participantes, resultantes da interseção entre poder e linguagem. O diálogo ocorre quando há uma troca mútua de perguntas e respostas. Para a existência de uma situação comunicativa, é crucial a simetria de participação, com direitos iguais e ausência de coação, elementos que não podem ser alcançados sem o reconhecimento recíproco entre os participantes (Habermas et al., 1989; Gadamer et al., 2008).

Para a realização do trabalho em equipe e uma dimensão compartilhada, é crucial a diluição de hierarquias e a construção de relações mais verticalizadas.

“Falar, expor, conversar, acho que as pessoas tem que se entenderem, nós somos pessoas diferentes, até classes sociais diferentes e tem que entender isso” (P33 – MÉD.).

Estudos destacam que a comunicação, o conhecimento e as interações entre os profissionais são fatores cruciais para a coordenação, exercendo influência direta na continuidade do cuidado e na qualidade da assistência (Souza, 2019; Jesus et al., 2018).

“Às vezes alguma falta de comunicação, que tem bastante aqui. Às vezes acontece alguma coisa aí ninguém passa pra equipe o paciente chega e ninguém sabe de nada” (P33 – MÉD.).

5.2.3 Organização do trabalho em saúde

5.2.3.1 *Falta de profissionais*

A categoria “Falta de profissionais” demonstrou uma preocupação recorrente dos profissionais da saúde em relação à sobrecarga de trabalho e à insuficiência de recursos humanos. Esse desafio pode afetar diretamente a qualidade do atendimento e a satisfação profissional, destacando a necessidade de estratégias para a gestão adequada da força de trabalho.

A carência de profissionais é um desafio significativo, sugerindo a necessidade de investimentos em recrutamento, formação e retenção de talentos. A implementação de políticas para enfrentar essa escassez é crucial para garantir a qualidade do atendimento.

“Falta de profissional, a gente é uma equipe grande, mas está incompleta, então alguém sempre tá sobrecarregado, a gente tá com a equipe de enf completa agora, mas teve época que ficou só uma, então aí não dá de desenvolver trabalho com excelência, algum ou outro sempre acaba assumindo uma demanda maior” (P01 – ENF.).

A escassez de profissionais impõe desafios aos integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF), considerando que o trabalho requer uma abordagem multidisciplinar, e a ausência de um componente essencial prejudica o fluxo do processo de trabalho. Esta desvantagem revela-se particularmente crítica em momentos decisivos, gerando frustrações e insatisfações tanto para os profissionais quanto para os usuários, conforme discutido por Dejours (2012).

A efetividade de propostas inovadoras, como a da ESF, está intrinsecamente ligada às condições de trabalho, incluindo a presença de equipes em quantidade e qualidade, como indicado por Lima et al. (2014).

“Tem coisas que fazem parte da rotina, imprevistos, mas tem coisas que não são de hoje que são problemas, por exemplo, a gente não tem administrativo na recepção pra encaminhar pros setores, fazer agendamento, é algo que desgasta porque a gente tem que parar e ir pra recepção” (P24 – ENF.).

5.2.3.2 *Sobrecarga de trabalho*

Conforme Campos et al. (2009) o dimensionamento é uma etapa importante no processo de provimento de recursos humanos, tanto na fase inicial, como na manutenção contínua do número adequado destes. Tendo por finalidade a previsão quantitativa de funcionários por categorias para atender as necessidades de assistência de enfermagem à clientela.

“Eu acho que, por exemplo, dispensação, devia ser o farmacêutico, para dar maiores informações sobre interações, tudo mais, aí eu preciso ir no google e pesquisar sobre isso. Recepcionar também, e inserção no sisreg, muitos reguladores devolvem, porque eu não sei direito como funciona, tem especialidades que eu coloco que falta diagnóstico, daí eu tenho que ir lá e falar com o médico sobre isso. Telefone também, tinha que ter recepcionista, porque muitas vezes eu tenho que deixar o telefone tocando porque eu ‘tô’ atendendo, a secretaria cobra em relação ao telefone, mas não tem como” (P54 – ENF.).

Através dos relatos percebemos que a falta de recursos humanos causa uma sobrecarga de trabalho, isto destaca a urgência de distribuição equitativa de responsabilidades e estratégias de gestão de carga de trabalho.

“Eu acho que o pessoal tá muito cansado, estressado, sobrecarregado, tava cada um fazendo o seu e não estava disponível pra ajudar, ali por janeiro e fevereiro, agora está melhorando, mas a gente tava sendo muito cobrado, daí a gente ia pedir uma ajuda só que todos já tinham trabalho, já estavam sobrecarregados” (P21 – DENT.).

A jornada semanal de 40 horas, considerada excessiva, foi apontada como um elemento insatisfatório para os profissionais da ESF, contribuindo para a crescente sobrecarga de trabalho.

“É muita pressão no trabalho, nada com a equipe assim, é a pressão de suprir a demanda, é muito numerosa” (P31 – MÉD.).

É importante salientar que, para alguns, a jornada é ainda mais prolongada devido aos múltiplos vínculos empregatícios, ocupando uma parte significativa de suas vidas (Soratto et al., 2017). A conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e à vida pessoal ou familiar está intrinsecamente relacionada à possibilidade de um trabalho satisfatório, sabendo que a noção de qualidade de vida deve ser considerada em sua singularidade, o que influencia diretamente na qualidade de vida do profissional e nas relações pessoais (Dejours, 2012).

Nesse contexto, outros estudos também ressaltam a relação entre jornadas excessivas, sobrecarga e os impactos na assistência e na vida pessoal dos trabalhadores (Pires et al., 2012).

5.2.3.3 Restrição da área de Odontologia

As restrições específicas na área de odontologia indicam a necessidade de revisão nas políticas organizacionais para garantir uma abordagem mais inclusiva e eficaz.

“Não, é que na verdade assim, a odontologia é uma coisa mais restrita assim, a gente acaba ficando um pouco de lado, mas a gente percebe que qualquer dúvida eles vão te ajudar, tem esse fluxo, mas a gente vê que a gente assim, porque é uma área mais específica, fica mais restrita a cadeira, a sala, às vezes tu acaba não vendo como funciona toda o fluxo da unidade” (P03 – DENT.).

A integração entre a eSB e a eSF é incipiente e encontra limitações devido a conflitos normativos e à organização do trabalho na eSF no contexto analisado, resultando em uma integração desafiadora (Scherer et al., 2018). O isolamento físico da eSB dentro da estrutura da unidade de saúde foi identificado como uma fragilidade que reflete e é reflexo do distanciamento no planejamento e na organização do trabalho, levando a abordagens distintas na oferta de serviços e no acesso da população (Peduzzi et al., 2020). O estudo destacou tanto aspectos positivos quanto fragilidades no cotidiano das equipes, alternando entre momentos de integração e fragmentação, alinhando-se à tipologia proposta por Peduzzi (2001) para equipes multiprofissionais.

“A segregação da odonto sabe, o odonto fica no canto e parece que não faz parte da equipe, não sabem os procedimentos que a gente faz, não sabem os encaminhamentos que a gente pode fazer” (P58 – DENT.).

Em algumas situações, as equipes atuam como ‘equipe agrupamento’, caracterizada pela justaposição das ações e agrupamento dos agentes, enquanto em outras, atuam como ‘equipe integração’, com a articulação das ações e interação dos agentes. Contudo, a ênfase em ações curativas individuais coexiste com características do trabalho preconizadas pelas políticas, indicando uma transição do modelo de atenção por meio da integração.

5.2.4 Dificuldades estruturais e de recursos

5.2.4.1 *Ausência de estrutura adequada e com essa proposta*

A carência de infraestrutura destaca a importância de investir em instalações físicas que atendam às necessidades dos profissionais e pacientes.

Estudos direcionados à saúde de adultos nas áreas abrangidas pela ESF, com ênfase na avaliação do monitoramento e controle de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, indicam um maior acesso da população, especialmente mulheres, a consultas médicas e medicamentos. Contudo, persistem deficiências significativas na infraestrutura, nos insumos, na qualificação profissional e na utilização das informações para o planejamento (Macinko e Mendonça, 2018).

Destaca-se a carência de estruturas que favoreçam o desenvolvimento de intervenções coletivas, fundamentais para a transformação do modelo assistencial na perspectiva da vigilância da saúde (Moura et al., 2010).

“o ambiente em si também, não tem sala, não comporta a equipe às vezes” (P51 – TÉC.ENF.).

Espaços designados para interação facilitam a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros membros da equipe. Espaços para interação contribuem para o fortalecimento do vínculo entre os membros da equipe. Além da interação entre os profissionais, esses espaços também podem ser utilizados para atividades de integração com a comunidade, promovendo a participação ativa dos moradores na promoção da saúde. Um ambiente que valoriza a interação e o diálogo pode ajudar a prevenir o burnout e o estresse profissional, proporcionando um apoio emocional entre os membros da equipe.

“Existe, porém, precisa ser mais aprimorada, um exemplo é as reuniões, que poderiam ter mais tempo e não focar tanto nas questões burocráticas e com uma estrutura melhor” (P59 – ENF.).

O conceito de ambiência adotado pelo Ministério da Saúde como uma prescrição para a construção das ESF, e que significa na prática a construção de um espaço físico acolhedor e humano para atenção à saúde, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (Brasil, 2012).

6 CONCLUSÃO

Ao encerrar esta investigação sobre os desafios e possibilidades no âmbito da atuação multiprofissional das UBS, emerge uma complexa rede de fatores que se interrelacionam para que o trabalho em equipe ocorra. Buscou-se sintetizar os achados da pesquisa, fornecendo compreensões que transcendem os números e categorias, alcançando implicações práticas e recomendações para aprimorar as práticas de trabalho em equipe na saúde coletiva.

Na perspectiva dos profissionais que integram as UBS do município de Criciúma/SC, destacam-se diversas **possibilidades para o trabalho em equipe**.

É considerada essencial a existência de relações e diálogo entre os membros das equipes, assim como a colaboração em atividades no ambiente de trabalho. Uma estratégia para fomentar o diálogo e a colaboração é a realização de reuniões de equipe, indicando que comunicação programada é valorizada pelos membros das equipes, proporcionando momentos de troca de experiências e espaço para discussão do trabalho realizado.

A aplicação de dinâmicas sociointegrativas nas reuniões foi considerada positiva, proporcionando um ambiente seguro para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades sociais dos membros da equipe. Além disso, reuniões específicas com cada categoria profissional, embora não realizadas em todas as UBS, demonstraram resultados positivos, indicando uma estratégia promissora.

A existência de incentivo para o trabalho em equipe foi mencionada pelos participantes como um aspecto positivo, sendo percebida por meio de cursos de aperfeiçoamento e capacitações, assim como através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização.

Os profissionais especializados, como residentes, mostraram-se incentivadores do trabalho interdisciplinar, atuando como potencializadores.

Atitudes e comportamentos singulares, como a predisposição para atuar em conjunto e a proatividade na realização do trabalho, foram reconhecidas como essenciais para o trabalho em equipe.

Reconhece-se a importância do planejamento e de uma melhor divisão de tarefas como fundamentais, com a gerência atuando como facilitador nesse processo, apoiando o trabalho colaborativo diariamente e promovendo uma divisão de tarefas adequada para atenuar a sobrecarga de trabalho dos membros das equipes.

Por outro lado, em relação **aos desafios para o trabalho em equipe**, problemas relacionados a dificuldades na liderança e motivação das equipes são pontos críticos.

Ressalta-se a necessidade de fortalecimento de capacitações e verdadeiro reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar, valorizando momentos de diálogo, desenvolvimento profissional, feedback construtivo, apoio a saúde mental das equipes e participação nas decisões.

A falta de tempo para as reuniões de equipe tornou-se evidente, indicando que reuniões semanais de uma hora não são suficientes. Sugere-se uma padronização das reuniões visando otimização do tempo, com a divisão de momentos específicos, como dinâmicas, discussão de casos e ouvidorias, por exemplo.

Aspectos interpessoais como barreiras para o trabalho em equipe surgiram como desafios, com a predisposição para o trabalho individual e a ausência de empatia nas atividades laborais sendo trazidas à tona. Destaca-se a necessidade de valorização e reconhecimento dessas características no processo de contratação dos profissionais, e treinamentos e dinâmicas para o desenvolvimento da empatia podem ser estratégias para melhorar as relações interpessoais.

De mesmo modo, a falta de comunicação entre os membros da equipe dificulta o trabalho em conjunto, evidenciando que a comunicação nas equipes das UBS precisa ser aprimorada. Fortalecer os fundamentos de relação e diálogo pode ter um impacto positivo no trabalho em saúde.

Mostrou-se como primordial a aproximação e estreitamento da relação entre gestão e profissionais da APS, a fim de responder com soluções alinhadas as realidades das equipes, ouvidoria específica para questões internas, sessões regulares de feedback, mentoria reversa são possíveis estratégias e caminhos a serem explorados.

A forma como o trabalho em saúde está organizado mostrou-se como um obstáculo, com a falta de profissionais de saúde para atuar na APS sendo um problema que afeta diretamente o trabalho em equipe, uma vez que a sobrecarga de trabalho reduz os momentos de diálogo e trocas entre a equipe, por sua vez, é importante implementar estratégias de gerenciamento de carga de trabalho e considerar ajustes nas expectativas podem ser necessários.

As equipes de saúde bucal enfrentaram mais dificuldades na realização do trabalho em equipe, devido ao isolamento físico nos consultórios destinados a

atividades curativas individuais. Torna-se imperativo a coexistência com atividades de prevenção e promoção de saúde, especialmente a realização de visitas domiciliares e participação em grupos de saúde, além disso, a integração curricular com outros cursos pode contribuir para superar esta barreira.

Por fim, a ausência de uma estrutura adequada para o trabalho em equipe é um limitante incipiente, caracterizada por salas em número menor do que o necessário para comportar toda a equipe. Este estudo apresenta uma **inovação** significativa ao ser o primeiro do município a abordar de maneira abrangente e profunda a temática em questão.

A pesquisa está alinhada com a **linha de pesquisa** Educação e gestão do trabalho na saúde, uma vez que as dinâmicas de trabalho das UBS envolvem profissionais de diversas áreas da saúde, aspectos relacionados a processos de trabalho, gestão e planejamento em saúde, contribuindo para a compreensão das práticas colaborativas nas equipes de saúde.

Ao abordar questões relacionadas ao trabalho em equipe, gestão e inovação, o estudo não apenas contribui para o avanço acadêmico, mas tem forte **impacto na saúde coletiva**, oferecendo ações que podem ser implementadas para melhorar efetivamente a prestação do cuidado em saúde.

É importante mencionar que este estudo não está imune a limitações. A representatividade restrita a Criciúma/SC pode influenciar a generalização dos resultados. Para ampliar a compreensão sobre o tema, sugere-se investigações futuras que abordem a diversidade regional, promovendo estudos comparativos. Além disso, a análise longitudinal poderia capturar mudanças dinâmicas ao longo do tempo, aprimorando a validade e a aplicabilidade das conclusões.

REFERÊNCIAS

AAKER, David A. Pesquisa De Marketing. [s.l.]: Atlas, 2004.

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 5, p. 981–987, 2017. Acesso em: 17 nov. 2023.

AGRELI, Heloise F.; PEDUZZI, Marina; BAILEY, Christopher. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *Journal of Interprofessional Care*, v. 31, n. 6, p. 679–684, 2017.

ALVARENGA, José da Paz Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 135, p. 1077–1092, 2022.

ALVES FILHO, Antônio; BORGES, Livia de Oliveira. A Motivação dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 34, n. 4, p. 984–1001, 2014.

ALVES, Marilia; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 4, p. 441–446, 2004.

ALVES, Railda; BRASILEIRO, Maria do Carmo; BRITO, Suerde de O. Interdisciplinaridade: Um Conceito Em Construção. *Episteme*, v. 19, 2004.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de et al. . Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis , v. 3, n. 1, p. 18-31, jan. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 nov. 2023.

ANDRADE, Cristiane Batista. O trabalho de cuidar e educar: gênero, saber e poder. [s.l.]: Appris Editora e Livraria Eireli - ME, 2015.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455–464, 2007.

AZEVEDO, Kennya Rodrigues Nézio. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho

dos profissionais. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 15-25, abr. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2023.

BACKES, Dirce Stein; CARPES, Adriana Dornelles; PIOVESAN, Chaiana. TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE: DA CONCEPÇÃO AO DESAFIO DO FAZER NA PRÁTICA. *Disciplinarum Scientia*, v. 15, n. 2, p. 277–289, 2014.

BAGNASCO, Annamaria; TUBINO, Barbara; PICCOTTI, Emanuela; et al. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, v. 21, n. 3, p. 168–172, 2013.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso; LIMA, Rita de Cássia Duarte; TOMASI, Elaine; et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en&tling=en>. Acesso em: 29 jun. 2022.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARRETO, Liliádia da Silva Oliveira; GUIMARÃES CAMPOS, Vanessa D.; DAL POZ, Mario Roberto. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. *Journal of Interprofessional Care*, v. 33, n. 4, p. 369–381, 2019.

BARROS-DUARTE, Carla; CUNHA, Liliana; LACOMBLEZ, Marianne. INSAT : uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/laboreal/12554>>. Acesso em: 10 set. 2022.

BERTOLLI, Claudio. *História Da Saúde Pública No Brasil* (aluno). [s.l.]: Editora Ática, 1999.

BORTOLETTO, Adriana; DE CARVALHO, Washington Luiz Pacheco. Uma proposta de formação continuada de professores de ciências e matemática na interface do agir comunicativo e das questões sociocientíficas. *Amazônia: Revista de Educação em Ciências e Matemáticas*, v. 9, n. 17, p. 141, 2012.

BRASIL (Org.). *Política nacional de atenção básica*. 1a edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Constituição* (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006. Estabelece ações para o controle da tuberculose no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 41.

BRITO, Jussara Cruz de. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 5, p. 1612–1614, 2005.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura; et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidade da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 25, n. 2, p. 53–59, 2001.

CAMPOS, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.(1997). Agir em saúde—um diálogo para o público. São Paulo, Hucitec, p. 229–266, .

CAMPOS, Luciana de Freitas; COSTA, Marcia Regina Antonietto da; (2009). Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. Cogitare Enfermagem, 14(2), 237-246. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648975004>. Acesso em: 19 nov. 2023. ISSN 1414-8536.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. [s.l.]: Editora Forense, 2011.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei orgânica da saúde (Leis no. 8,080/90 e no. 8,142/90). 4ª. ed. ver. e atualizada. Campinas, SP, Brasil: Editora da UNICAMP, 2006.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; KNAUTH, Daniela Riva; HARZHEIM, Erno; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.

CRANT, J. Michael. Proactive Behavior in Organizations. Journal of Management, v. 26, n. 3, p. 435–462, 2000.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; DAVIS, Roberta. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 2, p. 256–261, 2008.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias:

COSTA, Juliana Pessoa; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardenia Gomes Ferreira; et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde em Debate, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140067>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

CRICIÚMA, Prefeitura de. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIUMA 2018-2021 (com ajustes). 2022. Disponível em: <https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/60be69f32234b-plano-municipal-de->

CRICIÚMA, Prefeitura de. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022 – 2025. 2022.

D'AMOUR, Danielle; GOULET, Lise; LABADIE, Jean-François; et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 1, p. 188, 2008.

D'AMBROSIO, Ubiratan. *Transdisciplinaridade*. São Paulo: Palas Athena, 1997.

DAUBERMANN, Daiane Corrêa; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 277–283, 2012.

DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, v. 17, p. 363–371, 2012.

DIAS, Henrique Sant'Anna; ALVES, Fernanda Nunes Marques; CONTARATO, Priscilla Caran. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 210–211, 2010.

discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. suppl, p. S191–S202, 2002.

Disponível em: <https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/62bc7a4e20295->

ENDERLE, Cleci de Fátima; SILVEIRA, Rosemary Silva da; DALMOLIN, Grazielle de Lima; et al. Teaching strategies: promoting the development of moral competence in undergraduate students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 4, p. 1650–1656, 2018.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, n. 2–3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 jun. 2022.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; et al. INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 141–162, 2017.

FENERICH, Claudia. Razão, sentido e formação a partir de um diálogo entre Benjamin e Habermas. *Educação e Pesquisa*, v. 39, n. 3, p. 645–658, 2013.

FERNANDES, Helen Nicoletti; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz; et al. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 1915–1926, 2015.

FERREIRA, Gímerson Erick; DALL'AGNOL, Clarice Maria; PORTO, Adrize Rutz. Repercussions of proactivity in the management of care: perceptions of nurses. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160057>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. suppl 1, p. 1421–1428, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 5, p. 812–820, 2006.

FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; MATUMOTO, Silvia; et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262–268, 2005.

FOUCAULT, Michel. Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard, 1989. (Bibliothèque des sciences humaines).

FOX, Ann; REEVES, Scott. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. Journal of Interprofessional Care, v. 29, n. 2, p. 113–118, 2015.

FREIRE, Paulo. Pedagogia Da Autonomia. [s.l.]: Paz E Terra, 1970.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. [s.l.]: Fiocruz, 2014. (Saúde no Brasil).

Future. In: CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE, 2., 2005, Vila Velha/Vitória. Disponível em: <http://www.cetrans.com.br/artigos/Basarab_

GADAMER, Hans-Georg; MEURER, Flávio P.; GADAMER, Hans-Georg. Verdade e

GARCIA, Leila Posenato. Gratidão ao Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 5, p. e2020333, 2020.

GASPARIN, João Luiz. "Motivar para aprendizagem significativa." Jornal Mundo Jovem. Porto Alegre 314 (2001): 8.

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

GERSCHMAN, Silvia Victoria. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.

GILGUN, J. F. Evidence-Based Practice, Descriptive Research and the Resilience-Schema-Gender-Brain Functioning (RSGB) Assessment. *British Journal of Social Work*, v. 35, n. 6, p. 843–862, 2005.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALMEIDA, Patty Fidelis de; et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues; et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, 2016.

GIRARDI, Sabato; CARVALHO, Cristiana Leite; MAAS, Lucas Wan Der; et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. v. 45, p. 11–23, 2010.

GOERGEN, Pedro. Educação e valores no mundo contemporâneo. *Educação & Sociedade*, v. 26, n. 92, p. 983–1011, 2005.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. suppl 1, p. 881–892, 2011.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GONÇALVES, Maria Augusta Salin. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. *Educação & Sociedade*, v. 20, n. 66, p. 125–140, 1999.

GONCALVES, R B M. Tecnologia e 90aulo90ógica social das praticas de 90aulo: 90aulo90ógicas90as 90aulo90ógicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de 90aulo de s90auloulo. . São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO. . Acesso em: 19 nov. 2023. , 1994

GRANDO, Maristel Kasper; DALL’AGNOL, Clarice Maria. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 504–510, 2010.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra; TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p. 868–876, 2009.

GUTIERREZ, Gustavo Luis; DE ALMEIDA, Marco Antonio Bettine. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. *Veritas* (Porto Alegre), v. 58, n. 1, p. 151–173, 2013.

HABERMAS, Jürgen; ALMEIDA, Guido Antônio de; HABERMAS, Jürgen. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. (Biblioteca Tempo Universitário Estudos Alemães, 84).

HABERMAS, Jürgen; VALLS, Álvaro L. M. Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HABERMAS, Jürgen. Sobre a constituição da europa: um ensaio. [s.l.]: Editora Unesp, 2012.

HOLLENBECK, John R., et al. "BEYOND TEAM TYPES AND TAXONOMIES: A DIMENSIONAL SCALING CONCEPTUALIZATION FOR TEAM DESCRIPTION." *The Academy of Management Review*, vol. 37, no. 1, 2012, pp. 82–106. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/23218853>. Accessed 19 Nov. 2023.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro; FRANCO, Francisco Manoel de Mello; et al (Orgs.). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. 1a ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HIRATA, Helena. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado*. *Cadernos Pagu*, [S.L.], n. 46, p. 151-163, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600460151>.

IBGE. Panorama de Criciúma, SC. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/91riciúma/panorama>. Acesso em: 05, mai, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.) (Org.). *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington, D.C: the National Academies Press, 2015.

IRIBARRY, Isac Nikos. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300007&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 6 jul. 2022. Janeiro: HUCITEC ; ABRASCO, 2010. (Saúde em debate, 46).

JESUS, Renata Patrícia Freitas Soares de; SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; et al. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios

pernambucanos de grande porte. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 423–434, 2018.

JOHNSON, Hope L.; KIMSEY, Diane. Patient Safety: Break the Silence. *AORN Journal*, v. 95, n. 5, p. 591–601, 2012.

JÜRGEN HABERMAS: CONCEITOS BÁSICOS E POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO À ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/xJGQv8nhmfczWSDkPvPxkxq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

JUSTUS NETO, Altair; BERNARDI, Luana; NOVELLO, Daiana. Trabalho interdisciplinar entre profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família das 4ª e 5ª Regionais de Saúde do Paraná, Brasil: uma investigação qualitativa. *Espacios*, Guarapuava, v. 38, n. 42, p. 26-30, maio 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n42/a17v38n42p26.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.

LEAL, Rosângela Maria de Almeida Camarano; BANDEIRA, Marina Bittencout;

LEE, Peter; ALLEN, Kellie; DALY, Michael. A ‘Communication and Patient Safety’ training programme for all healthcare staff: can it make a difference? *BMJ Quality &*

LIMA, Cássio de Almeida; OLIVEIRA, Ana Paula Soares; MACEDO, Beatriz Ferreira; et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p. 152–160, 2014.

LIU, Cui; ZHANG, Lingjuan; YE, Wenqin; et al. Job satisfaction and intention to leave: a questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, n. 1–2, p. 255–263, 2012.

LOCH-NECKEL, Gecioni; SEEMANN, Giane; EIDT, Helena Berton; et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. suppl 1, p. 1463–1472, 2009.

LOURENÇO, Marceane Barros; SILVA, Kairlane Soares da; BARBOSA, Flávia Lorene Sampaio. O Turnover dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família do Município de Rio Grande do Piauí-PI. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. e30310514744, 2021.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 304–311, 2009.

MACHADO, Maria Helena; CAMPOS, Francisco; HADDAD, Ana Estela; et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 10, p. 2773–2784, 2023.

MACHADO, Maria Helena; DOS SANTOS, Maria Ruth; DE OLIVEIRA, Eliane; et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM. *Enfermagem em Foco*, v. 7, n. ESP, p. 63, 2016.

MACINKO, James; DOURADO, Inês; AQUINO, Rosana; et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Affairs*, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 2010.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MALHOTRA, Naresh. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada; tradução Laura Bocco. - 4. ed. - Porto Alegre : Bookman, 2006. 720p.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: reflexão na ótica dejouriana. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 5, p. 039–046, 2012.

MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MATTOS, Julio Cesar De Oliveira; BALSANELLI, Alexandre Pazetto. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

MAXFIELD, David G.; LYNDON, Audrey; KENNEDY, Holly Powell; et al. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 209, n. 5, p. 402-408.e3, 2013.

MEDEIROS, Cristina da Silva. O Processo de (Des)Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios a Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 3, p. 319–328, 2011.

MEIRELLES, Bhs. Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 131–131, 2005.

MELO, Larissa Cândida; LIMA, Fabiana Rodrigues; BRACARENSE, Carolina Feliciano; et al. Inter-professional relationships in the Family Health Strategy: perception of health management. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 3, p. e20210636, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. 1a edição. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, 2019.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 447–448, 2004.

método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção pensamento humano, 16).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. São Paulo : Rio de

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 25 set. 2006.

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida; SANTANA, Leni De Lima; PIZZOLATO, Aline Cecília; et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO E O IMPACTO NA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE A COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>>.

MORAIS, Hannah Gil de Farias; BARROS, Joyce Magalhães de; SILVA, Wesley Rodrigues da; et al. SAÚDE BUCAL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO DE 1950 A 2019. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 181–196, 2020.

MOURA, Bárbara Laisa Alves; CUNHA, Renata Castro da; FONSECA, Ana Carla Freitas; et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. suppl 1, p. s69–s81, 2010.

NICOLESCU, B. Transdisciplinarity: past, present and future. Disponível em: <[Nicolescu.pdf](#)>. Acesso em: 30 ago. 2005.

NUNES, Juliana Teixeira; GOMES, Keila Rejane Oliveira; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de; MENEZES, Ida Helena Carvalho Francescantonio; SOUSA, Lucilene Maria de; et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016.

OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros; NAKAMA, Luiza; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; et al. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 4, p. 135–150, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. suppl 2, p. 1525–1534, 2018.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; et al. TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. suppl 1, p. e0024678, 2020.

PEDUZZI, Marina; NORMAN, Ian James; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves; et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977–983, 2013.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013.

PERUZZO, Hellen Emília; BEGA, Aline Gabriela; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato; et al. The challenges of teamwork in the 95family health strategy. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 6 jul. 2022.

PINENT, Carlos Eduardo da Cunha. Situando Habermas. *Educação*, Porto Alegre, ano XVIII, n. 29, p. 31-40, 1995.

PINTO, José Marcelino de Rezende. A TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA DE

PINTO, José Marcelino de Rezende. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. *Paidéia* (Ribeirão Preto), n. 8–9, p. 77–96, 1995.

PIRES, D. E. P. DE; TRINDADE, L. DE L.; MATOS, E. M.; AZAMBUJA, E. P. DE; BORGES, A. M. F.; FORTE, E. C. N. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. Pág. 45-59, 30 abr. 2012.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 5, p. 739–744, 2009.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, n. 2, p. 251–263, 2000.

plano-municipal-2022-2025.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; et al. História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). [s.l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/7f83x>>. Acesso em: 26 set. 2022.

PRATA, Luzia Maria da Guia Malta; SANTOS, Elzimar Palhano dos; POLIDO, Rosiane de Araújo Ferreira; et al. Furando ondas para a qualificação dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe6, p. 154–160, 2019.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. *Serviço Social & Sociedade*, n. 104, p. 750–772, 2010.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes; ABELHA, Lúcia. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 244–250, 2007.

REEVES, Scott (Org.). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

REEVES, Scott; PELONE, Ferruccio; HARRISON, Reema; et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2018, n. 8, 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

REIS, Mary Lopes; MEDEIROS, Marcelo; PACHECO, Leonora Rezende; et al. EVALUATION OF THE MULTIPROFESSIONAL WORK OF THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER (NASF). *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100321&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RICHARDSON, R. (coord.) et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Divisão de Atenção Primária À Saúde. Secretaria Estadual de Saúde (org.). REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 2022. Disponível em: <https://admin.atencaobasica.rs.gov.br/upload/arquivos/202207/05102514-reuniao-de-equipe.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.

ROCHA, A. A.; PEREIRA, A. P. de S.; DE OLIVEIRA, C. L.; SIQUEIRA, G. de S.; DE SOUSA, M. D.; PAULINO, V. V.; MARQUES, L. F. S.; OLIVEIRA, M. da G.; COSTA, M. P. MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O INGRESSO E PERMANÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revista de APS*, [S. l.], v. 16, n. 3, 2014. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/15209>. Acesso em: 17 nov. 2023.

RODRIGUES, Márcio Urel. Análise de conteúdo em pesquisas qualitativas na Área da educação matemática. 1. ed. [s.l.]: Editora CRV, 2019. Disponível em: <<https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/33966-crv>>. Acesso em: 25 out. 2022.

ROMERO, Luiz Carlos. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UM CAPÍTULO A PARTE. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/97publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. Acesso em: 15 out. 2023.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005.
Safety, v. 21, n. 1, p. 84–88, 2012.

SAITO, André Taue. Uma contribuição ao desenvolvimento da educação em finanças pessoais no Brasil. Mestrado em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-28012008-141149/>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

ROSENBERG, Marshall B. Comunicação Não - Violenta: Técnicas Para Aprimorar Relacionamentos Pessoais e Profissionais. Tradução Mário Vilela. 4. ed. São Paulo: Agora, 2006.

SALTMAN, Richard B.; RICO, Ana; BOERMA, W. G. W. (Orgs.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead, England ; New York: Open University Press, 2006. (European Observatory on Health Systems and Policies series).

SANTOS, Margarida Custódio; GRILO, Ana; ANDRADE, Graça; et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 10, p. 47–57, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, 2018.
saude_2018_2021.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CHAVES, Sônia Cristina Lima; et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? Saúde em Debate, v. 42, n. spe2, p. 233–246, 2018.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 53–66, 2005.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; E SILVA, Gulnar Azevedo; et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SCHRAIBER, Lília Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221–242, 1999.

SCHWELLER, Marcelo; RIBEIRO, Diego L.; PASSERI, Sílvia R.; et al. Simulated medical consultations with standardized patients: In-depth debriefing based on dealing with emotions. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 1, p. 84–93, 2018.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 25–38, 2005

SILVA, José Antonio Cordero da; MASSIH, Cristiane Guerreiro Pereira Abdul; VALENTE, Daniele Azevedo; et al. Ensino da empatia em saúde: revisão integrativa. *Revista Bioética*, v. 30, n. 4, p. 715–724, 2022.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; AKERMAN, Marco; et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4361–4370, 2014.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; OLIVEIRA, Luzia Aparecida; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4 suppl, p. 108–116, 2002.

SILVA, Lucimara Alves; SANTOS, Jair Nascimento. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. *Revista de Ciências da Administração*, [S.L.], p. 155-168, 16 out. 2012. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2012v14n34p155>.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; DORNELLES, Soraia; et al. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 584–592, 2015.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; FRIESE, Susanne. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, p. e20190250, 2020.

SORATTO, Jacks; PIRES, Denise Elvira Pires de; TRINDADE, Letícia Lima; et al. INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 nov. 2023.

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. suppl 2, p. e00046818, 2019.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2727–2739, 2007

STARFIELD, Barbara Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield. Rio de Janeiro : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [s.l.: s.n., s.d.].

THEODORSON, George A.; THEODORSON, Achilles G. A modern dictionary of sociology. Place of publication not identified: Methuen, 1970.

TONETTO, Leandro Miletto; BRUST-RENCK, Priscila Goergen; STEIN, Lilian Milnitsky. Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 34, n. 1, p. 180–195, 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes; WEBER, Aldair; BASTOS, Rodrigo Almeida. Método Clínico-Qualitativo: Pesquisa Qualitativa em Settings de Saúde. 2000. Disponível em: https://ciaiq.org/wp-content/uploads/2019/03/PainelDiscussao13_CIAIQ2019_MetodoClinicoQualitativo_PT_UNICAMP.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

UCHÔA, Alice da Costa; VIEIRA, Renata Magalhães Vieira; ROCHA, Paulo de Medeiros; et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 385–400, 2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES; BETTINE, Marco. A Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas: bases conceituais. [s.l.]: Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2021. Disponível em: <<http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/587>>. Acesso em: 28 nov. 2023.

VENDRUSCOLO, Carine; TRINDADE, Letícia De Lima; PRADO, Marta Lenise do; et al. Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 4, p. 1580–1588, 2018.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11–48, 1998.

VIEIRA, Juliana de Souza Ferreira; FERREIRA, Karla Patrícia Martins; CASTRO, Mariana Ribeiro de. Afetos, significados e sentidos relacionados com o ambiente escolar para estudantes do Ensino Médio. *Educação: Teoria e Prática*, v. 32, n. 65, 2022. Disponível em: <<https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/16039>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

WARSHAWSKY, Nora E.; HAVENS, Donna S.; KNAFL, George. The Influence of Interpersonal Relationships on Nurse Managers' Work Engagement and Proactive

Work Behavior. JONA: The Journal of Nursing Administration, v. 42, n. 9, p. 418–425, 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Desafios e possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais das unidades básicas de saúde do município de Criciúma/SC.

Objetivo: Analisar as compreensões sobre trabalho em equipe na perspectiva dos diferentes profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, no município de Criciúma/SC.

Período da coleta de dados: 12/01/2023 a 30/06/2023.

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos.

Local da coleta: Unidades de Saúde do município de Criciúma

Pesquisador/Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

Telefone: (48) 9
99347881

Pesquisador/Acadêmico: Natan Gonçalves de Lima
João

Telefone: (51) 9
82390109

Mestrando do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
As entrevistas serão realizadas individualmente de modo presencial com os membros selecionados das equipes em horário previamente estabelecido por contato telefônico. No momento da entrevista será utilizado um gravador, para posteriormente ser realizada a transcrição do áudio em documento de texto. Estimasse que cada entrevista leve no máximo 30 minutos para sua concretização. Cada entrevista terá duração máxima de 30 minutos.
RISCOS
Os riscos dessa pesquisa são mínimos, mas pela possibilidade de interação com os participantes a possibilidade de desconforto emocional, esse risco será minimizado pela sinalização por parte do pesquisador da desistência qualquer momento da pesquisa, bem como se necessário encaminhamento às Clínicas de Psicologia da UNESC.
BENEFÍCIOS
Os benefícios dessa pesquisa estão diretamente ligados a possibilidade de prover maior entendimento referentes a interdisciplinaridade no cotidiano dos trabalhadores da saúde das Equipes Saúde da família do município de Criciúma, trazendo a tona reflexões e possibilidade para superar barreiras, propor sugestões e traçar novos caminhos para o fortalecimento do trabalho em equipe.

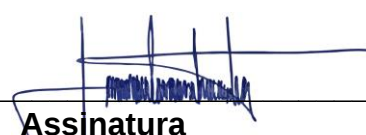
Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Jacks Soratto pelo telefone 48 999347881 e/ou pelo e-mail jacks@unesc.net

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura	 Assinatura
Nome: _____	Nome: Jacks Soratto
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: 00767472985

Criciúma (SC), __ de _____ de 2023.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº de identificação da entrevista ____

Data da aplicação: ____/____/____

Horário entrevista - Início: _____ Fim: _____

Local de realização da entrevista: _____

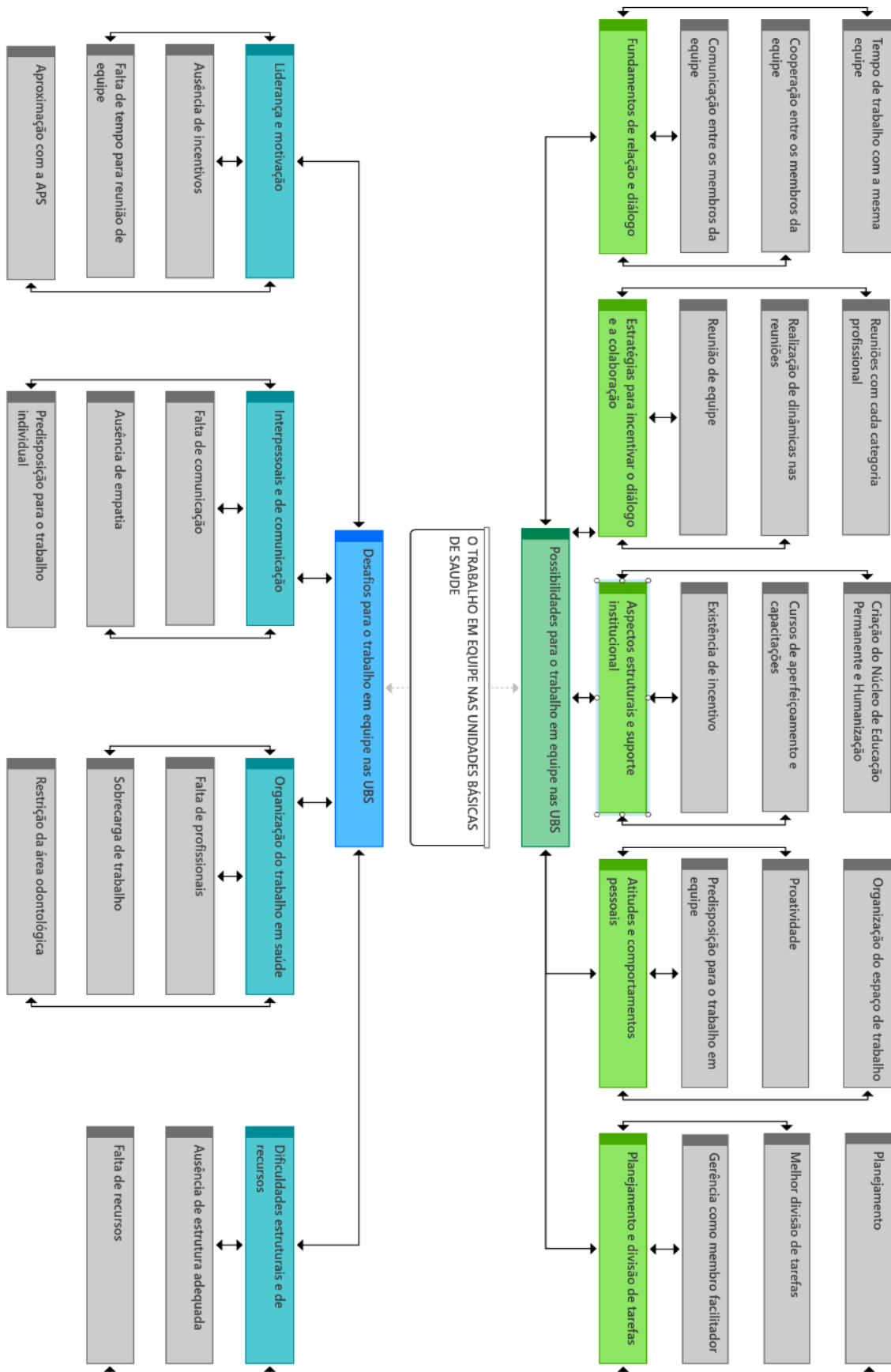
PERFIL

BLOCO A – PERFIL	Codificação
A1. Qual o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	A1 ____
A2. Qual a sua idade? ____ anos	A2 ____
A3. Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	A3 ____
A4. Qual o seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/união estável (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Viúvo(a)	A4 ____
A5. Qual a sua escolaridade? (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo	A5 ____
A6. Qual a sua profissão? (1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Auxiliar ou Téc. De enfermagem (4) Dentista (5) Aux. Ou Téc. Em saúde bucal (6) Agente Comunitário de Saúde	A6 ____
A7. Qual seu tempo de experiência profissional? ____ anos	A7 ____
A8. Qual seu tempo de atuação na eSF? ____ anos	A8 ____
A9. Qual sua carga horária de trabalho? ____ horas	A9 ____
A10. Você se enquadra em qual regime de trabalho?	A10

ENTREVISTA

- 1) Me fale como é a sua **rotina de trabalho** aqui na UBS? O que você faz ou desenvolve?
- 2) Como é a sua **relação de trabalho com os outros** profissionais?
- 3) Você desenvolve alguma **atividade em conjunto** com outros profissionais? Me fale como são essas atividades?
- 4) Em algum momento você já **realizou trabalho** de outro(s) profissional(is)? O que você acha disso [realizar atividades que não são sua função]?
- 5) Pense no trabalho como é desenvolvido aqui na UBS (Unidade de Saúde ou posto de Saúde), você acha que **existe trabalho em equipe**? Porque?
- 6) Na sua opinião, quais fatores **dificultam** a efetivação/realização do trabalho em equipe?
- 7) Quais os fatores que **facilitariam** a efetivação/realização do trabalho em equipe?
- 8) Pensa na sua rotina, existe algum incentivo para que o trabalho seja realizado em equipe?
- 9) Defina em algumas palavras ou frase a sua **compreensão** sobre trabalho em equipe. Trabalho em equipe é

APÊNDICE C – FIGURA 5: Síntese dos resultados dos desafios e possibilidades para o trabalho em equipe no âmbito das Unidades Básicas de Saúde de Criciúma/SC.



ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA**Prefeitura de Criciúma****Poder Executivo****Secretaria Municipal de Saúde****Educação Permanente em Saúde e Humanização – EPSHU-SUS****De:** Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de EPSHU**Requerente:** Natan Gonçalves de Lima João**Assunto:** Solicitação de Pesquisa na Saúde**Processo nº:** 655035

Criciúma, 05 de Dezembro de 2022.

CARTA DE ACEITE

Prezado (a),

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste **DEFERIR** a solicitação para realização da pesquisa intitulada: “Desafios e possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma/SC”, estudo a ser realizado pelo (a) acadêmico (a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPCSCol) [Mestrado Profissional], **Natan Gonçalves de Lima João**, sob a responsabilidade do orientador **Profª. Dr. Jacks Soratto**, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos.

Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente com a Unidade de Saúde/Local na qual a pesquisa será aplicada bem como a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail “educacaoopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br”.

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, deverão apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais para o momento, renovo votos de elevada estima e distinta consideração, e coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Atenciosamente,


MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
Secretaria Municipal de Saúde
Dalane de Assis Reus
Gerente de Educação Permanente em Saúde e Humanização
Criciúma/SC 89400-000

Secretaria Municipal de Saúde
Criciúma/SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
Relatório de pareceres por processos

Página: 1 / 1
Página 1
Data: 05/12/2022

Filtros aplicados ao relatório

Parecer: 1
Número do processo: 0655035

Número do processo: 655035	Situação: Em análise	Em trâmite: Não
Requerente: 772917624 - NATAN GONÇALVES LIMA JOAO		
Beneficiário:		
Solicitação: 82 - AUTORIZAÇÃO		

Código do parecer: 1 Número do processo: 655035
Local do parecer: 002.001.008 - SAÚDE -PROTOCOLO CENTRAL

Conclusivo: Não

Data e hora: 05/12/2022 07:24:52

Parecer: Prezado (a),

Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada: "Desafios e possibilidades do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do Município de Criciúma/SC", estudo a ser realizado pelo (a) acadêmico (a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) [Mestrado Profissional], Natan Gonçalves de Lima João, sob a responsabilidade do orientador Prof. Dr. Jacks Soratto, da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos.

Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente com a Unidade de Saúde/Local na qual a pesquisa será aplicada bem como a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br.

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, deverão apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais para o momento, renovo votos de elevada estima e distinta consideração, e coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Atenciosamente,

Criciúma - SC, 05 de Dezembro de 2022.


MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
Secretaria Municipal de Saúde
Daiane de Assis Réus
Gerente de Educação Permanente em Saúde e Humanização
Enfª COREN-SC 314.623

DAIANE MENDES DE ASSIS RÉUS

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC

Pesquisador: Jacks Soratto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65825922.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.821.159

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa pretende de analisar o entendimento sobre o trabalho em equipe pelos membros das equipes da Saúde da Família em um município do sul de Santa Catarina.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com base na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas.

A coleta dos dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada mediada pelo pesquisador. O tamanho da amostra será de 72 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as compreensões sobre trabalho em equipe na perspectiva dos diferentes profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, no município de Criciúma/SC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Resguardado o sigilo dos dados pessoais dos participantes e que a entrevista seja realizada em local reservado e confortável a presente pesquisa não apresenta maiores riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa apresenta as condições para ser realizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.821.159

Recomendações:

Recomendamos que seja postado na plataforma Brasil o relatório final da pesquisa conforme o cronograma apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa não apresenta pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2061223.pdf	06/12/2022 14:53:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonatan.docx	06/12/2022 14:52:41	Jacks Soratto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/12/2022 14:08:28	Jacks Soratto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceite.pdf	06/12/2022 14:07:58	Jacks Soratto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/12/2022 13:55:05	Jacks Soratto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 16 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Patricia duarte Simões Pires
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

CEP: 88.806-000

E-mail: cetica@unesc.net

