

# Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família

*Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy*  
*Clima organizacional y trabajo en equipo en la Estrategia Salud Familiar*

**Hellen Emília Peruzzo<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0786-0447

**Eraldo Schunk Silva<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6253-5962

**Vanessa Carla Batista<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-3267-3969

**Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-7564-8563

**Aida Maris Peres<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0003-2913-2851

**Sonia Silva Marcon<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6607-362X

<sup>I</sup> Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Estatística. Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

<sup>IV</sup> Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

## Como citar este artigo:

Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Organizational climate and teamwork at the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2019;72(3):721-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>

## Autor Correspondente:

Hellen Emília Peruzzo

E-mail: [hellen\\_peruzzo@hotmail.com](mailto:hellen_peruzzo@hotmail.com)



**Submissão:** 11-02-2018 **Aprovação:** 02-03-2019

## RESUMO

**Objetivo:** medir o clima organizacional no trabalho de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** estudo transversal, realizado com 458 profissionais pertencentes a 72 equipes da ESF em um município do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre março e julho de 2016, com autoaplicação da Escala de Clima na Equipe (ECE) e analisados por meio de uma ANOVA não paramétrica. **Resultados:** “Participação na Equipe” foi o domínio melhor avaliado (8,11), enquanto “Orientação para tarefas”, o pior (7,51). Enfermeiros obtiveram a maior média na ECE (8,05), e odontólogos, a menor (7,45). **Conclusão:** a ECE constitui uma ferramenta adequada e inovadora para avaliar o clima do trabalho em equipe na ESF. A identificação de fragilidades, como “orientação para tarefas” e nas relações entre categorias profissionais da equipe sustenta o planejamento de ações para melhorias do clima organizacional e trabalho em equipe na ESF.

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

## ABSTRACT

**Objective:** to measure the organizational climate in the work of professionals from Family Health Strategy (FHS) teams. **Method:** a cross-sectional study carried out with 458 professionals belonging to 72 FHS teams in a municipality in Southern Brazil. Data collection occurred between March and July of 2016 with self-application of the Team Climate Inventory (TCI). Data were analyzed by means of a non-parametric ANOVA. **Results:** “Team Participation” was the best-rated domain (8.11), while “Task orientation” was the worst (7.51). Nurses obtained the highest mean in TCI (8.05), and dentists, the lowest (7.45). **Conclusion:** TCI is an appropriate and innovative tool for assessing the teamwork climate at the FHS. Identifying fragilities such as “task orientation” and relationships among professional categories of the team supports the planning of actions for organizational climate improvements and teamwork at the FHS.

**Descriptors:** Work; Patient Care Team; Health Personnel; Interpersonal Relations; Family Health Strategy.

## RESUMEN

**Objetivo:** medir el clima organizacional en el trabajo de profesionales de los equipos de la Estrategia Salud Familiar (ESF). **Método:** estudio transversal, realizado con 458 profesionales pertenecientes a 72 equipos de la ESF en un municipio del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre marzo y julio de 2016, con el autoaplicación de la Escala de Clima en el Equipo (ECE) y analizados por medio de una ANOVA no paramétrica. **Resultados:** “La participación en el Equipo” fue el dominio mejor evaluado (8,11); “la orientación para tareas” fue el peor (7,51). Los enfermeros se atribuyeron la mayor media en la ECE (8,05) y los odontólogos, la menor (7,45). **Conclusión:** la ECE constituye una herramienta adecuada e innovadora para evaluar el clima del trabajo en equipo en la ESF. La identificación de fragilidades como “la orientación para tareas” y, en las relaciones entre las categorías profesionales del equipo, sostiene la planificación de acciones para mejoras del clima organizacional y trabajo en equipo en la ESF.

**Descriptor:** Estrategia Salud Familiar; Trabajo; Equipos de Salud; Profesional de la Salud; Relaciones Interpersonales.

## INTRODUÇÃO

As abordagens relacionadas ao clima organizacional nas equipes de saúde devem seguir os princípios referentes à organização no trabalho, preconizados pelas políticas públicas que direcionam o Sistema Único Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>. O clima organizacional envolve um conjunto de valores e comportamentos formais e informais. Além disso, é essencial para se alcançar metas gerenciais, pois repercute no processo de trabalho e na motivação dos trabalhadores. No entanto, para que as metas sejam alcançadas, faz-se necessário promover a satisfação e o prazer no ambiente laboral, minimizar a rigidez hierárquica, além de implementar uma gestão participativa<sup>(2)</sup>. O clima na equipe também remete à concepção de trabalho em equipe, pois envolve a integração e a colaboração entre membros de uma mesma equipe<sup>(3)</sup>.

A palavra “equipe” está fortemente associada à realização de tarefas, de atividades compartilhadas entre pessoas diferentes e que, coletivamente, alcançam o resultado idealizado. O conceito de equipe, portanto, refere-se a um conjunto de indivíduos que interagem entre si, em busca de um objetivo comum, agregando ao processo de trabalho conhecimentos específicos de cada um de seus membros, com o intuito de construir um consenso empoderado<sup>(4)</sup>.

O trabalho em equipe ganhou destaque no cenário da Saúde a partir de movimentos na área sanitária (Medicina Comunitária e Preventiva) que visavam, entre outros, substituir práticas em saúde identificadas como hospitalocêntricas e médico-centralizadas, pelo trabalho em equipe multiprofissional e centrado na pessoa. Essa proposta fundamenta-se na crença de que a integração e a complementaridade entre os vários membros de uma mesma equipe de saúde podem interferir de forma positiva na qualidade dos serviços oferecidos<sup>(5-6)</sup>.

Para consolidar o trabalho em equipe na área da Saúde, é necessário estabelecer objetivos, ter metas concretas bem definidas e comuns ao grupo de trabalhadores. Assim, a partir do crescimento individual e do grupo, é possível contribuir para o desenvolvimento de um cuidado que seja centrado no usuário e na sua comunidade<sup>(2)</sup>.

Para consolidar o trabalho em equipe na área da Saúde, evoluiu-se para o estabelecimento de objetivos, com metas concretas bem definidas e comuns ao grupo de trabalhadores. Considera-se que a partir do crescimento individual e do grupo, o trabalho em equipe contribui para o desenvolvimento de um cuidado com maior segurança, devido ao clima mais comunicativo, participativo e colaborativo centrado no usuário e nas características do território/comunidade onde ele vive<sup>(2)</sup>.

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), presentes no modelo estruturante em vigência no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Brasil, são as maiores representantes desse modelo de trabalho, visto que um de seus principais pilares é o trabalho em equipe<sup>(1)</sup>. Elas são compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas, e de 12 ACS por equipe da ESF. Integrantes da saúde bucal também podem ser agregados à equipe: dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal<sup>(2)</sup>.

Na proposta da ESF, o trabalho em equipe deve priorizar a comunicação efetiva entre seus integrantes, de modo que seus membros possam atuar conjunta e continuamente na realização

das tarefas diárias. Outras características importantes dessa proposta é o trabalho multiprofissional, a valorização do diagnóstico das reais necessidades da população, o planejamento conjunto de ações, o compartilhamento nas decisões, a participação sincronizada de todos e o estímulo ao exercício do controle social<sup>(4)</sup>.

Destarte, a existência de perfis profissiográficos diferenciados gera um ambiente complexo e significativo que justifica a realização de investigações abordando as relações interpessoais no ambiente corporativo destas equipes. Isto porque, além de multiprofissionais, as equipes da ESF são interprofissionais, características importantes para a assistência à saúde.

A primeira característica refere-se à presença de diferentes profissionais atuando em um mesmo cenário. Já a segunda, está associada à existência de integração no trabalho de diferentes categorias profissionais, de modo que o trabalho de um profissional complementa o do outro, culminando em melhores resultados para a equipe e para os receptores do que é produzido. Ambos os conceitos são empregados na Atenção Primária, a fim de garantir a qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade dos cuidados<sup>(7)</sup>.

A ocorrência de conflitos interpessoais, inerentes ao contexto corporativo, são os principais precursores da não realização do trabalho em equipe, principalmente por estarem associados ao individualismo e à falta de cooperação, respeito, comprometimento e corresponsabilização. Em contrapartida, o diálogo aberto e transparente, respeito e confiança entre os membros, a existência de espaços para discussão de ideias, o gerenciamento de conflitos e a valorização do trabalho em equipe podem contribuir para a manutenção de relacionamentos interpessoais saudáveis e consequentemente, facilitar o bom desenvolvimento do trabalho em equipe<sup>(8)</sup>.

Entretanto, no contexto do trabalho é comum a existência de pseudo equipes caracterizadas pela baixa integração entre seus membros, comunicação não efetiva e comportamento não colaborativo. Esses problemas também podem ocorrer nas equipes da ESF e influenciar negativamente na qualidade da assistência prestada às pessoas<sup>(9-10)</sup>.

Os fatores que favorecem o surgimento das pseudo equipes são diversos e podem envolver desde conflitos éticos não abordados até o isolamento de atribuições de categorias profissionais distintas, o que inibe a cooperação interprofissional. Implicações bioéticas decorrentes de perdas da dimensão do trabalho de determinada categoria profissional, que compromete o cuidado do usuário, também favorece o surgimento de pseudo equipes. Para reverter esse processo, o gestor deve dedicar atenção para os profissionais que integram a equipe e para as relações entre eles<sup>(5, 11)</sup>.

A importância do trabalho em equipe e seus reflexos nos resultados obtidos no âmbito da ESF pode até integrar as pautas de discussão de gestores e da própria equipe, mas ainda são pouco abordadas em pesquisas científicas. Essas pautas, no entanto, são importantes para compreender questões intimamente envolvidas nas relações interpessoais e multiprofissionais da Atenção Primária, a fim de identificar estratégias de mudanças que possam contribuir para a melhoria do processo de trabalho e, consequentemente, da assistência oferecida aos usuários<sup>(6)</sup>.

## OBJETIVO

Medir o clima organizacional no trabalho de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução nº. 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

### Desenho, local do estudo e período

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

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

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

No total, fizeram parte do estudo 458 dos 587 profissionais atuantes na ESF no município em estudo, entre eles: enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal e ACS. Foram excluídos os profissionais que atuavam nas equipes há menos de 30 dias.

### Protocolo do estudo

O convite para participação na pesquisa foi realizado para todos os profissionais da ESF presentes no momento da reunião previamente agendada com o diretor de cada UBS. Para a coleta dos dados, foi solicitado aos participantes o preenchimento de dois instrumentos, um para levantamento de dados sociodemográfico, e o *Team Climate Inventory* (TCI), traduzido para o português como Escala de Clima na Equipe (ECE), que tem como finalidade avaliar o clima em grupos proximais de trabalho<sup>(3)</sup>.

O TCI foi elaborado pelos ingleses Michel A. West e Neil R. Anderson, no formato de escala do tipo *Likert*, constituída por 38 itens, com objetivo de obter dados referentes a quatro fatores: *Participação na Equipe*, com 12 itens (com escala graduada entre 1 a 5 pontos cada item); *Objetivos da Equipe*, com 8 itens (graduados entre 1 a 5 pontos); *Apoio para ideias novas*, com 11 itens (graduados entre 1 a 7 pontos); e *Orientação para as tarefas*, com 7 itens (graduados entre 1 a 7 pontos). A pontuação mínima do instrumento corresponde a 38 pontos e, a máxima, a 226 pontos<sup>(3)</sup>.

O fator, *Participação na Equipe*, aborda questões, como o compartilhamento de informações, as influências sobre os demais, o sentimento de se sentir ouvido/aceito pelo grupo e a manutenção do contato constante. *Apoio para ideias novas* engloba questões relacionadas às expectativas e aprovação que os membros recebem

da equipe para a introdução de novas ferramentas no processo de trabalho. Já o fator, *Objetivos da Equipe*, explora o quanto os objetivos/metabolos estão claros para todos os seus membros. Por fim, o último fator, *Orientação para as tarefas*, aborda temas como monitoramento para obtenção de altos padrões de desempenho, critérios claros para alcançar a excelência como equipe e se existem avaliações e sugestões em prol de melhorias<sup>(3)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

As variáveis quantitativas foram resumidas por meio da média ponderada e escore médio. Os grupos foram comparados pelo Teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* de comparações múltiplas de Dunn (diferenciados por letras sobrescritas "a" e "b") e foi considerado um nível de confiança de 95%. As análises foram realizadas pelo programa *Statistical Analysis Software* (SAS, version 9.0)<sup>(12)</sup>, a partir de uma base de dados construída por meio do programa *Excel*.

Ressalta-se que na tradução da ECE para o português, não foram contemplados parâmetros para classificação dos dados. Sendo assim, para comparar os dados e melhor exploração dos resultados, neste estudo, as pontuações finais dos itens foram transformadas em uma escala de zero a 10.

## RESULTADOS

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

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

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

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

Em relação ao escore geral da ECE pode-se observar que os dentistas apresentaram diferença significativa em relação aos demais profissionais (0,0001\*), com a menor média geral no instrumento (7,45). Em seguida vieram os auxiliares/técnicos de saúde bucal (7,60), ACS (7,85) e médicos (7,90). Já as maiores médias foram dos enfermeiros (8,05) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem (8,02) (Tabela 2).

**Tabela 1** - Pontuação atribuída pelas equipes da Estratégia Saúde da Família a cada um dos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, município do Sul do Brasil, 2016.

Fator	N	Nota Média	Score médio	X <sup>2</sup>	p-valor
Participação em Equipe	72	8,1155276	150,541667 <sup>b</sup>	37,47	0,0001*
Apoio para ideias novas	48	7,7801182	111,520833 <sup>a</sup>		
Objetivos da Equipe	66	7,6982092	100,674242 <sup>a</sup>		
Orientação para tarefas	42	7,5170016	77,845238 <sup>a</sup>		

Nota: \*Significativo ao nível de confiança de 95% (α=0,05). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo Teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo Teste de Dunn.

**Tabela 2** - Pontuação geral atribuída pelas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família à Escala de Clima na Equipe, município do Sul do Brasil, 2016.

Função	Nota Média	Score médio	X <sup>2</sup>	p-valor
Enfermeiro	8,05	141,947368 <sup>a</sup>	36,90	0,0001*
Técnico de Enfermagem	8,02	142,118421 <sup>a</sup>		
Médico	7,90	124,039474 <sup>a</sup>		
Agente Comunitário de Saúde	7,85	119,421053 <sup>a</sup>		
Auxiliar de Saúde Bucal	7,60	89,131579 <sup>a</sup>		
Dentista	7,45	70,342105 <sup>b</sup>		

Nota: \*Significativo ao nível de confiança de 95% (α=0,05). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo Teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo Teste de Dunn.

**Tabela 3** - Pontuação geral atribuída pelas categorias profissionais da estratégia Saúde da Família aos fatores avaliados pela Escala de Clima na Equipe, município do Sul do Brasil, 2016.

Fator avaliado	Nota Média	Score médio	X <sup>2</sup>	p-valor
Participação em Equipe			17,93	0,0030*
Agente Com. de Saúde	8,03	32,458333 <sup>a</sup>		
Auxiliar de Saúde Bucal	7,91	27,750000 <sup>a</sup>		
Dentista	7,70	21,125000 <sup>b</sup>		
Enfermeiro	8,42	47,875000 <sup>a</sup>		
Médico	8,45	50,125000 <sup>a</sup>		
Técnico de Enfermagem	8,19	39,666667 <sup>a</sup>	22,26	0,0005*
Apoio para ideias novas				
Agente Com. de Saúde	7,92	28,31250 <sup>a</sup>		
Auxiliar de Saúde Bucal	7,76	21,81250 <sup>a</sup>		
Dentista	7,20	6,87500 <sup>b</sup>		
Enfermeiro	8,01	32,81250 <sup>a</sup>		
Médico	7,68	21,18750 <sup>a</sup>	7,61	0,1789
Técnico de Enfermagem	8,11	36,00000 <sup>a</sup>		
Objetivos da Equipe				
Agente Com. de Saúde	7,76	35,545455 <sup>a</sup>		
Auxiliar de Saúde Bucal	7,40	22,409091 <sup>a</sup>		
Dentista	7,54	27,363636 <sup>a</sup>		
Enfermeiro	7,85	38,727273 <sup>a</sup>	15,5538	0,0082*
Médico	7,76	35,909091 <sup>a</sup>		
Técnico de Enfermagem	7,89	41,045455 <sup>a</sup>		
Orientação para as tarefas				
Agente Com. de Saúde	7,61	23,928571 <sup>a</sup>		
Auxiliar de Saúde Bucal	7,20	13,500000 <sup>b</sup>		
Dentista	7,19	12,285714 <sup>b</sup>	15,5538	0,0082*
Enfermeiro	7,80	30,714286 <sup>a</sup>		
Médico	7,44	18,000000 <sup>a</sup>		
Técnico de Enfermagem	7,86	30,571429 <sup>a</sup>		

Nota: \*Significativo ao nível de confiança de 95% (α=0,05). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo Teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo Teste de Dunn.

Por fim, na Tabela 3, estão apresentadas as notas gerais atribuídas pelas diferentes categorias profissionais aos quatro fatores da ECE. Observou-se diferença significativa em três dos quatro fatores: *Participação em Equipe* (p=0,0030\*), *Apoio para ideias novas* (p=0,0005\*) e *Orientação para tarefas* (p=0,0082\*).

## DISCUSSÃO

O fato de o fator, *Participação em Equipe*, ter sido melhor avaliado pelos profissionais, sugere que aspectos, como compartilhamento de informações, o sentimento de se sentir ouvido/aceito pelo grupo e a manutenção de contatos constantes estão sendo bem desenvolvidos pelas equipes. Diferente do que foi observado no fator, *Orientação para tarefas*, que obteve a média mais baixa. Embora não exista diferença significativa em relação às médias atribuídas aos outros dois fatores, o fato de o fator, *Orientação para tarefas*, ter obtido a menor média é preocupante, pois ele valoriza a percepção sobre a responsabilidade do grupo e de cada um de seus membros em realizar as tarefas com qualidade<sup>(3)</sup>.

Os fatores, *Apoio para ideias novas* e *Objetivos da Equipe*, apresentaram médias próximas e intermediárias, o que mostra que, de forma geral, os objetivos das equipes são razoavelmente percebidos como claros para todos os seus membros e que ideias novas são consideradas pelo grupo. Esses aspectos são importantes, pois quanto mais claros os objetivos da equipe estiverem, mais habilitados os seus membros estarão para desenvolver as propostas; e quanto mais os membros percebem que suas ideias são consideradas pelo grupo, mais motivados ficam para apresentar novas ideias e isso tende a qualificar a assistência que é prestada<sup>(3)</sup>.

As médias atribuídas pelas diferentes categorias profissionais mostram que existe diferença significativa na percepção sobre o clima em equipe apenas por parte dos dentistas, sendo as médias atribuídas por médicos e enfermeiros muito semelhantes, o que se justifica pela forte integração entre esses dois profissionais no ambiente de trabalho<sup>(5)</sup>. Ressalta-se que os enfermeiros foram os profissionais que atribuíram a maior média na ECE.

Destaca-se que no âmbito da Atenção Primária, compete a esta categoria, além de prestar assistência direta à população, fornecer suporte clínico na organização do cuidado, supervisionar, mas também planejar, gerenciar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os demais membros da equipe da ESF. E, ainda, participar no gerenciamento dos insumos necessários para a manutenção do funcionamento da UBS. Ademais, é por meio do enfermeiro que orientações gerais para o desenvolvimento dos serviços, informações

necessárias para o gerenciamento de conflitos e interlocução ativa entre os usuários, dão seguimento, sendo o enfermeiro o mediador da comunicação<sup>(13)</sup>.

Neste sentido, o enfermeiro atua responsabilizando-se e visando à corresponsabilização de toda a equipe, estimulando a participação ativa nas reuniões, articulando as diferentes opiniões, elaborando as estratégias de intervenção, impulsionando a equipe na implementação e direcionamento das ações, sempre priorizando uma constante integração entre seus membros<sup>(13)</sup>.

Contudo, apesar de o enfermeiro não possuir a função formal de liderança de todos os membros da ESF, na prática, ele é o profissional que desempenha a coordenação nas equipes da atenção básica. Por certo, ele é o profissional melhor preparado para esta atribuição; porém, deve-se atentar para o acúmulo de atividades, exercido por esta categoria, uma vez que eles já desenvolvem múltiplas tarefas, e essa condição, além de trazer sobrecarga, também pode contribuir para impactos negativos no compartilhamento da produção do trabalho em equipe<sup>(14)</sup>.

O fato de atribuírem maior média na ECE, mostra que os enfermeiros em estudo possuem uma percepção favorável em relação aos demais profissionais e acreditam que os elementos essenciais para o bom desempenho da equipe estão sendo bem executados. Em contrapartida, é preciso considerar que, como o enfermeiro, por vezes, possui papel de liderança na equipe o mesmo que tende a avaliá-la de maneira positiva, visto ser o profissional responsável por manter os membros motivados, bem esclarecidos sobre os objetivos da equipe e orientados quanto às tarefas a serem executadas, além de oferecer apoio a ideias novas e incentivar a participação de todos<sup>(15)</sup>.

Por outro lado, estão os membros da saúde bucal, que atribuíram as menores pontuações na ECE. A inclusão desses profissionais na ESF teve início a partir de 2001, com o propósito de oferecer atendimento de saúde bucal em todas as regiões do país, tendo como eixo central a família. Buscou-se desconstruir o modelo curativo-mutilador para consolidar um novo formato de atenção, com vistas à promoção da saúde bucal da população infantil escolar, que pudesse ampliar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos<sup>(1)</sup>. Em virtude desses aspectos, as dificuldades de trabalhar em equipe, experienciadas por dentistas e auxiliares/técnicos de saúde bucal e evidenciadas a partir deste estudo, podem ser decorrentes de um processo de implementação frágil, no que tange às relações interpessoais. Haja visto que novos profissionais foram incorporados à uma equipe já organizada e a um processo de trabalho em andamento.

Quando se avalia a pontuação atribuída a cada um dos quatro fatores por categoria profissional, observa-se, na Tabela 3, que apenas o fator, *Objetivos da Equipe*, não apresentou diferença significativa. Considerando que a média geral atribuída a este fator não é muito alta, este resultado demonstra que, minimamente, todos os integrantes da equipe conhecem os objetivos da equipe. Esse aspecto se deve ao fato de as pactuações e estratégias existentes neste âmbito assistencial serem arquitetadas nas diferentes esferas governamentais, cabendo aos profissionais que se encontram na ponta da assistência seguir metas previamente estabelecidas e, ainda, o fato de muitas delas já estarem sedimentadas no contexto da ESF, ou seja, já fazem parte das atividades desempenhadas por estes profissionais há algum tempo<sup>(1)</sup>.

Quanto à avaliação por fatores, apenas os dentistas diferiram significativamente nas médias atribuídas ao fator, *Participação em Equipe*, sendo que médicos e enfermeiros obtiveram médias muito semelhantes, o que se justifica pela forte integração entre esses dois profissionais no ambiente de trabalho<sup>(5)</sup>. A elevada pontuação atribuída pelos ACS a este fator se explica pelo fato de estes profissionais, além de estarem em maior número nas equipes da ESF, são os que mais articulam suas atividades com os demais membros<sup>(5)</sup>. Quanto aos integrantes da saúde bucal, apesar de existir complementariedade e interdependência em relação à equipe, ainda enfrentam dificuldades na troca de informações e envolvimento nas atividades, o que limita e restringe sua participação em atividades da equipe e, conseqüentemente, a continuidade da assistência, bem como a integralidade do cuidado<sup>(5)</sup>.

Ressalta-se que o fator, *Participação na Equipe*, refere-se à segurança dos membros da equipe em participar da mesma, expondo suas ideias e percepções nas tomadas de decisão sem o receio de serem censurados ou julgados. Quando esta participação conjunta existe dentro das equipes, o resultado para inovação do trabalho é positivo<sup>(3)</sup>.

Pesquisa realizada em Goiânia, Brasil, investigou a visão dos membros da ESF sobre as características ideais de um cirurgião-dentista para atuar nesse modelo assistencial e constatou que para eles, este profissional, tanto quanto os demais que atuam na ESF precisa ter competências profissionais para atuar no campo da Saúde Pública e competências interpessoais caracterizadas pela capacidade de comunicação, bom relacionamento, ética, criatividade em situações difíceis e equilíbrio emocional. Os trabalhadores da ESF, portanto, veem fragilidades na atuação do cirurgião-dentista no que tange ao manejo com pessoas em condições socioeconômicas menos favorecidas e acreditam que isto decorre de deficiências na formação acadêmica que prepara o profissional para a oferta do atendimento embasado em saber técnico-científico, mas não para promover a interação social<sup>(16)</sup>.

Embora a literatura aponte avanços no que diz respeito à inserção da saúde bucal na ESF, ainda existe resistência por parte dos profissionais, tanto por parte dos integrantes desta sub-equipe quanto dos demais membros da ESF, principalmente no que se refere à incorporação de novas práticas, como a realização de visitas domiciliares pelos dentistas. Comportamento que se deve a uma cultura historicamente construída com base no assistencialismo, onde atividades mecanizadas realizadas nos consultórios particulares passaram a ser incorporadas aos serviços da Atenção Primária, porém, em uma nova perspectiva<sup>(17)</sup>. As atividades da saúde bucal, antes curativistas, recebem o olhar da ESF, com vistas a uma assistência integralizada e com o foco preventivo.

O não envolvimento de todos os membros nas atividades desenvolvidas pela ESF resulta em baixa participação em equipe. Corroborando esta afirmação, no Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo com o objetivo de proporcionar às equipes da ESF um espaço de avaliação e discussão de suas relações interpessoais. Nele, foi evidenciado o sentimento de distanciamento da equipe técnica (enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem) em relação aos ACS. Essa percepção foi baseada no fato de essa sub-equipe não realizar visitas domiciliares com a mesma frequência que os ACS, além de não terem a obrigatoriedade de se reportarem a eles<sup>(18)</sup>.

Ainda sobre esta pesquisa, outro aspecto importante identificado como obstáculo na participação dos membros foi a elevada rotatividade de profissionais, em especial, enfermeiros e médicos. Isto porque, a cada troca e/ou inserção de um novo profissional, a equipe precisava modificar-se e adaptar-se ao perfil destes “novos” profissionais. Essa descontinuidade não favorece a existência de um senso de identidade grupal e os integrantes da equipe passam a atuar como executores de ações curativas, o que prejudica a consolidação das equipes de trabalho<sup>(18)</sup>. Além disso, pode afetar a consolidação de vínculo entre seus membros, desses com a população e também sua responsabilização pela atenção à saúde de seu território<sup>(16)</sup>.

O fator, *Apoio para ideias novas*, encontra-se, de certo modo, atrelado à *Participação em Equipe*, visto que a não integração entre os membros da ESF desestimula a expressão de ideias novas, que, uma vez não explicitadas, não podem ser apoiadas. Os dentistas, por exemplo, são os mais insatisfeitos com esse aspecto, o que nos permite inferir que eles não sentem que suas sugestões são integralmente acolhidas pelo restante da equipe. Destarte, estar aberto a novas ideias, nos diferentes contextos da saúde, é um dos elementos básicos para relações mais eficazes e, conseqüentemente, para o enfrentamento das advertências, além de promover a maior confiança e participação dos profissionais<sup>(19)</sup>.

Assim como o *Apoio para ideias novas*, a *Orientação para as tarefas* é importante para o desenvolvimento do trabalho no cotidiano. Ressalta-se que os profissionais de saúde bucal, mais uma vez, foram os que menos valorizaram esse aspecto em suas equipes. Entretanto, deve-se ressaltar a necessidade de flexibilidade na divisão e realização das tarefas, pois apesar de existirem ações privativas para cada área profissional, também existem atividades que podem ser executadas a partir da interação multiprofissional. A separação das tarefas entre os membros de uma equipe, muitas vezes, pode constituir ferramenta para a organização do processo de trabalho, porém, também pode resultar na fragmentação do trabalho<sup>(20)</sup>.

Embora a política que orienta as ações das equipes da ESF seja a mesma, a maneira como cada equipe gerencia suas atividades difere, dependendo das características individuais dos profissionais que a integra e das equipes como um todo. Para tanto, os resultados alcançados pelas equipes de trabalho e os mecanismos para sua realização vão depender das particularidades no modo de trabalhar e das relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais que fazem parte de cada grupo<sup>(18)</sup>. Em outras palavras, o desenvolvimento da equipe vai depender da influência exercida pelo líder e, em especial, do modo como ele vai conduzir os membros para alcançar os objetivos traçados por eles<sup>(11)</sup>.

A territorialização e a organização da demanda precisam ser melhor incorporadas pelas equipes da ESF, especialmente pela saúde bucal, inserida posteriormente neste contexto. Porém, as relações de trabalho em equipe com vistas à integração e inter-relação entre os profissionais da saúde, assim como a fragmentação e individualização da assistência, são as grandes dificuldades neste contexto<sup>(21)</sup>.

A interdisciplinaridade é uma das características essenciais para o processo de trabalho das equipes da ESF e deve ser valorizada como tal. Neste sentido, as equipes possuem também o desafio de integrar diferentes categorias profissionais em seu processo de trabalho, tendo em vista a necessidade de uma assistência à

população de acordo com os princípios do SUS: integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade<sup>(17)</sup>.

No contexto da ESF, em especial, são observadas lacunas no processo de trabalho que limitam o cuidado integral em saúde como princípio comum à equipe interdisciplinar. Desse modo, o desenvolvimento das atividades, muitas vezes, é pautado em ações isoladas baseadas no saber individual de cada profissional e não compartilhadas entre todos os membros da equipe<sup>(21)</sup>. No Brasil, de forma geral, a formação profissional dos trabalhadores da saúde não estimula as vivências em equipes interdisciplinares<sup>(22)</sup>. Diferentemente, em outras realidades que vêm buscando esta aproximação, a interdisciplinaridade é vista como ferramenta para melhora das competências colaborativas e essencial para a prática de cuidados com qualidade<sup>(23-24)</sup>.

Neste contexto, a colaboração interprofissional tem seu papel de destaque entre os profissionais de saúde, visto que constitui importante ferramenta para maior qualidade e redução de gastos pelos serviços de saúde. Além disso, é uma oportunidade de igualar as relações de poder entre estes profissionais. Diante disso, devem existir processos consistentes de negociação entre as diferentes categorias profissionais, em grande parte, dedicados a desconstruir o domínio de uma profissão única sobre os outros e colocar as relações de poder interprofissionais em um pé de igualdade<sup>(25)</sup>.

Para além, novos modelos e estratégias de gestão compartilhada assistenciais devem ser agregados às equipes da ESF, para que haja maior inter-relação dos saberes e coesão entre seus membros, a exemplo da liderança compartilhada. Oferecer aos profissionais a oportunidade de participarem das decisões e metas contribui de maneira positiva para a identificação e desempenho da equipe<sup>(23)</sup>. Tal realidade aponta para a necessidade de mudanças importantes na formação de recursos humanos para a saúde, a fim de aumentar a consciência, em particular, sobre a dinâmica social, estrutural e cultural, a partir de módulos educacionais interprofissionais para estudantes. Investimentos em capacitação também são importantes, especialmente se constituídas por treinamentos com foco em contextos específicos de Atenção Primária<sup>(22,25)</sup>.

### Limitações do estudo

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

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

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

## CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da ECE constituiu importante ferramenta para a avaliação da percepção sobre o clima organizacional no trabalho em equipe entre os profissionais da ESF. A partir dela, identificaram-se fragilidades no tocante às relações entre eles, de tal forma que os enfermeiros foram os que melhor avaliaram suas equipes e, os dentistas, os que pior avaliaram.

Estes aspectos reforçam a existência de desafios inerentes ao ambiente de trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, como a concretização dos preceitos de se trabalhar em equipe. Entretanto, instigam a realização de novas investigações nesse contexto, com vistas a melhor compreender esse fenômeno, visto que os relacionamentos multiprofissionais podem interferir direta ou indiretamente na qualidade da assistência oferecida aos usuários.

Apesar de reconhecerem o envolvimento dos demais membros nas atividades desenvolvidas pela equipe, os profissionais demonstraram

que sentem a necessidade de que as tarefas a serem executadas por cada um deles sejam melhor orientadas. Neste sentido, o enfermeiro, como coordenador da equipe, precisa assumir seu papel enquanto membro importante desse processo. Concomitantemente, estratégias devem ser desenvolvidas pelos serviços de saúde para o maior empoderamento do profissional enfermeiro, com vistas a possibilitar maior integração entre os membros das equipes, assim como relações de trabalho mais saudáveis e, conseqüentemente, o estímulo e a manutenção do trabalho em equipe.

Além disso, devem ser fomentadas discussões sobre a persistência da individualização da assistência na Atenção Primária, aspecto que fere um dos principais pressupostos da ESF - a integralidade da assistência. Com vistas a minimizar os efeitos deste aspecto, além de reflexões a serem implementadas neste cenário, faz-se necessário a elaboração de planos de ação inovadores, sustentados, por exemplo, pelos resultados desta pesquisa, e que tenham como foco a formação de profissionais desfragmentados e preparados para trabalhar em equipe.

---

## REFERÊNCIAS

1. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. [The national program for access and quality improvement in primary care: faces of an innovative policy]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 23];38(esp):358-372. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20145027> Portuguese.
2. Agreli FH, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *J Interprof Care* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 15];31(2):184-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098>
3. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [Dissertation on the Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014 [cited 2017 Jun 10]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-30102014-165103/fr.php>
4. Agreli FH, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J Interprof Care* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 15];31(6):679-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1351425>
5. Pereira RCA, Riveira FJU, Artmann E. [The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams]. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 12];17(45):327-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006> Portuguese.
6. Peruzzo HE, Silva ES, Haddad MCFL, Marcon SS. Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15];21:e-1011. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1147>
7. Silva JC, Contim D, Ohi RIB, Chavaglia SRR, Amaral, EMS. Perception of the residents about their performance in the multidisciplinary residency program. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 17];28(2):132-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500023>
8. Fernandes HN, Thofehn MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 13];7(1):1915-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926>
9. West MA, Lyubovikova J. Real teams or pseudo teams? the changing landscape needs a better map. *Industrial Organizational Psycho* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 15];5:25-55. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2011.01397.x>
10. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 15];27(1):134-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/1477261311311843>
11. Marin SM, Witt RR. Hospital nurses' competencies in disaster situations: a qualitative study in the south of Brazil. *Prehosp Disaster Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 19];30(6):548-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X1500521X>
12. Stokes ME, Davis CS, Koch GG. *Categorical data analysis using sas system*. 2th ed. Cary: Statistical Analysis System Institute, 2000.
13. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. [Nurse leadership: intervening element in the relationships network of the community health care agent]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 10];66(4):557-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014> Portuguese.
14. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. [Labor management in Primary Health Care: an analysis from the perspective of PMAQ-AB

- participating teams]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 11];38(Especial): 94-108. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008> Portuguese .
15. Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LM, Silva CN, Jr PRBF. The exercise of leadership of nurses in the family health strategy. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 24];8(1):3893-3906. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3893-3906>
  16. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. [Ideal characteristics of the dental surgeon in the family health strategy]. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 20];12(2):327-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014005000001> Portuguese.
  17. Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C. [Evaluation practices: reflections on the integration of oral health in the Family Health Team]. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 10];37(96):32-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100005> Portuguese.
  18. Araujo MBS, Rocha PM. [Teamwork: a challenge for family health strategy consolidation]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jul 24];12(2):455-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022> Portuguese.
  19. Froneman K, Du Plessis E, Koen MP. Effective educator–student relationships in nursing education to strengthen nursing students’ resilience. *Curationis* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 26];39(1):1595. Available from: <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1595>
  20. Jacowski M, Budal AMB, Lemos DS, Ditterich RG, Buffon MCM, Mazza VA. [Teamwork: the professional’s perception of family health strategy]. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 26];30(2):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145> Portuguese.
  21. Finkler AL, Toso BRGO, Viera CS, Obregón PL, Rodrigues RM. The process of work in primary health care to children. *Ciênc Cuid Saude* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 11];15(1):171-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i1.27683>
  22. Matos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. [The inclusion of the oral health team in the Brazilian family health strategy: barriers, advances and challenges]. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 12];19(2):373-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012> Portuguese.
  23. Dulaya M, Bowenc JL, Weppnere WG, Eastburna A, Poppeg AP, Spanos P, et al. Interprofessional population health advocacy: developing and implementing a panel management curriculum in five veterans administration primary care practices. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 19];10:1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2018.1469476>
  24. Brashers V, Erickson JM, Blackhall L, Owen JA, Thomas SM, Conaway MR. Measuring the impact of clinically relevant interprofessional education on undergraduate medical and nursing student competencies: a longitudinal mixed methods approach. *J Interprof Care* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 19];30(4):448–57. Available from: <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1162139>
  25. Christof S, Gina A, Peter B. Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 20];147:w14525. Available from: <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2017.14525>
-