

FORÇAS IMPULSORAS E RESTRITIVAS DO TRABALHO EM EQUIPE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DRIVING AND RESTRAINING FORCES OF TEAMWORK IN BASIC FAMILY HEALTHCARE UNITS

IMPULSIÓN Y RESTRICCIÓN AL TRABAJO EN EQUIPO EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE LA FAMILIA

Ana Cristina Sussekind¹
Denize Bouttelet Munari²
Myrian Karla Ayres Veronez Peixoto³
Luana Cássia Miranda Ribeiro⁴

Objetivo: analisar as forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em Unidades Básicas da Saúde da Família. **Método:** estudo transversal desenvolvido com 109 profissionais de unidades básicas da saúde da família, utilizando-se instrumento autoaplicável fundamentado na Teoria de Campo de Kurt Lewin com dimensões predefinidas que avaliam o envolvimento das pessoas (Eu), interação da equipe (Outro) e ambiente de trabalho (Ambiente), indicando os aspectos que impulsionam e restringem o trabalho em equipe. **Resultados:** os dados apontaram que 52% de forças são impulsoras e 48,0%, restritivas, sendo essas predominantes na dimensão Ambiente. **Conclusão:** os achados demonstraram que se tratam de equipes com potencial para o trabalho coletivo, especialmente pelas interações positivas entre os profissionais. Este resultado sinaliza que deve ser encorajada a abertura de espaços que permitam às equipes a compreensão da sua dinâmica, para seu aprimoramento.

Descritores: Saúde da Família; Pessoal de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Objective: to analyze the driving and restraining forces for teamwork in basic family healthcare units. Method: a cross-sectional study was developed with 109 professionals from basic family healthcare units, using a self-administered instruments grounded on Kurt Lewin's Field Theory, with predefined dimensions that assess the commitment of people (I), interaction of the team (Other) and work environment (Environment), indicating the aspects that drive and restrain teamwork. Results: data indicate that 52% of these forces are driving and 48.0% are restraining, with these being predominant in the Environment dimension. Conclusion: the findings of this study show that these teams have the potential for collective work, especially due to their positive interactions among professionals. This result points out that it is necessary to promote spaces that allow the teams to understand their dynamics, aiming at their improvement.

Descriptors: Family Health; Health Personnel; Community Health Nursing.

Objetivo: analizar las fuerzas impulsoras y restrictivas para el trabajo en equipo en Unidades Básicas de Salud de la Familia. Método: estudio transversal, desarrollado con 109 profesionales de unidades básicas de salud de la familia, utilizándose instrumento autoaplicable fundamentado en la Teoría de Campo de Kurt Lewin, con dimensiones predefinidas que evalúan la involucración de las personas (Yo), interacción del equipo (Otro) y ambiente laboral (Ambiente), indicando los aspectos que impulsan y restringen al trabajo en equipo. Resultados: los datos expresaron

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Jaraguá, Goiás, Jaraguá, Goiás, Brasil. anacrissussekind@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil. boutteletmunari@gmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso. Curso de Enfermagem, Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil. myrianveronez@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. luaufig@yahoo.com.br

que el 52% de las fuerzas son impulsoras, y el 48% restrictivas, predominando las últimas en la dimensión Ambiente. Conclusión: los hallazgos demostraron que se trata de equipos con potencial para el trabajo colectivo, particularmente por interacciones positivas entre profesionales. Este resultado señala que debe alentarse la apertura de espacios que les permitan a los equipos la comprensión de su dinámica, para su perfeccionamiento.

Descriptor: Salud de la Familia, Personal de Salud, Enfermería en Salud Comunitaria.

Introdução

A política nacional de saúde no Brasil privilegia a atenção à assistência à família e à comunidade, além de destacar a importância do trabalho em equipe como um instrumento facilitador do cuidado devido ao desempenho e à eficiência superior à obtida na execução individualizada do trabalho. Essa modalidade de trabalho é o fundamento do trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS)⁽¹⁾, tal como na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das Unidade Básica de Saúde (UBS), especificamente por qualificar as ações dos profissionais junto à comunidade, podendo ser caracterizada pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas⁽¹⁻²⁾.

Para que uma equipe alcance bom desempenho em suas atividades, é fundamental o seu monitoramento constante, especialmente, dos aspectos que colocam em risco suas ações, bem como de suas fortalezas. Conhecer esses aspectos é responsabilidade das lideranças que acompanham as equipes, que devem também planejar o seu desenvolvimento e diagnosticar, nas equipes, o que facilita e dificulta seus movimentos rumo ao sucesso de suas ações⁽²⁻⁴⁾.

Neste trabalho, buscou-se compreender esse processo no contexto das equipes de saúde da família, com base no referencial teórico de Kurt Lewin⁽⁵⁾, especificamente com a Teoria do Campo de Forças. Esta permite a análise das forças que impulsionam e restringem o desempenho das atividades nas dimensões relativas aos aspectos individuais (EU – engloba fatores que se relacionam à pessoa como indivíduo, tais como motivação, talentos, timidez), grupais (OUTRO – abrange fatores referentes a outras pessoas, tais como liderança, competência, conflitos e simpatia) e ambientais (AMBIENTE – compõe-se de elementos não referentes às pessoas, tais como ambiente físico e recursos materiais)⁽⁴⁻⁸⁾.

Embora os estudos de Lewin tenham sido publicados entre os anos de 1939 a 1948, atualmente, a utilização dessa teoria é útil na compreensão da dinâmica das equipes, principalmente no entendimento de seus pontos de conflitos e suas potencialidades^(4,6-8). O conhecimento dos pontos de conflito, que restringem o desempenho das equipes em direção ao atendimento e à assistência de qualidade, assim como aqueles que são potenciais, porém nem sempre valorizados, pode constituir-se em ferramenta estratégica dos gestores em todos os níveis da atenção em saúde⁽¹⁻⁸⁾.

Uma revisão da literatura sobre essa temática mostrou que as pesquisas, geralmente, focalizam o trabalho em equipe no contexto da ESF na perspectiva do sujeito sobre esse tipo de trabalho⁽⁹⁻¹¹⁾, mas pouco se particulariza a dinâmica e o desempenho das equipes. Também se verificou que, apesar de o trabalho em equipe representar um dos principais pilares na construção da ESF, pouco se avançou na adoção de modelos que possibilitem uma ação mais eficiente⁽¹²⁻¹³⁾.

Considerando que é responsabilidade das lideranças conhecerem a dinâmica de funcionamento das equipes que coordenam, bem como a busca por ferramentas que viabilizam uma leitura transversal desse processo, o presente estudo partiu das seguintes questões de pesquisa: Que conjunto de forças interferem na dinâmica das equipes de saúde da família? Quais possibilidades o mapeamento das forças oferece ao gestor para melhorar o desempenho dos profissionais e das equipes?

Isto posto, este estudo teve como objetivo analisar as forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe nas Unidades Básicas da Saúde da Família.

Método

Estudo descritivo, exploratório e transversal realizado junto a todas as ESF/UBS de um município de porte médio da região Centro-Oeste do Brasil. A escolha do município deu-se por pertencer a uma área estratégica na promoção da saúde da população, que exige eficiência na realização do trabalho em equipe.

Das dez ESF/UBS, oito pertencem à zona urbana e duas à rural. Estas atuam na assistência integral à saúde da criança e do adolescente, à saúde da mulher, no controle da hanseníase, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, desnutrição infantil e na promoção da saúde. São ainda atribuições dessas unidades: fazer o teste do pezinho e da mamãe (parceria com a APAE), consultas médicas, de enfermagem, atendimento odontológico, além de procedimentos, como nebulização, curativos, suturas, medicações e internações domiciliares. Como atividades complementares, realizam palestras educativas para grupos de referência, visitas domiciliares, entre outras.

A amostra do estudo foi composta por 109 profissionais que integram essas unidades, sendo 10 enfermeiros, 6 técnicos em enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, 3 médicos, 7 dentistas, 76 agentes comunitários de saúde (ACS) e 3 auxiliares de saúde bucal (ASB). Para a inclusão na pesquisa foram adotados os seguintes critérios: trabalhar na ESF/UBS há pelo menos seis meses e estar lotado na equipe atual em igual espaço de tempo.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se um instrumento elaborado pelo grupo responsável pela pesquisa, com base na Teoria de Campo de Kurt Lewin⁽⁵⁾, já utilizado em outros estudos^(4,6-8). Este foi organizado em duas partes, sendo a primeira referente ao perfil profissional e a segunda apresentava nove questões abertas relativas ao trabalho em equipe nas ESF/UBS, que se referiam às dimensões pré-definidas: EU (que analisa as questões relativas aos sujeitos), OUTRO (que analisa os aspectos relacionais entre o sujeito e os demais membros da equipe) e AMBIENTE (que analisa a dimensão da infraestrutura dos serviços e da

sua dinâmica). O instrumento foi analisado por *experts* na temática e no método para validação de conteúdo e forma e, posteriormente, submetido a um teste piloto, que indicou adequação ao contexto estudado.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo nos seus próprios locais de trabalho. No contato inicial, foram esclarecidos os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) àqueles que concordaram em participar.

A fim de identificar as forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe, a sistematização dos dados deu-se com a elaboração de um banco de dados no programa EPI-Info, versão 3.3.2, no qual os dados foram codificados de acordo com a repetição das respostas (frequência) e distribuídos nas dimensões previamente definidas para a análise das dimensões "EU", "OUTRO" ou "AMBIENTE". Esse processo possibilitou que os achados fossem agregados por similaridade dos aspectos analisados, possibilitando a sua organização em categorias que apontavam os aspectos restritivos e impulsores para o trabalho em equipe em cada uma das dimensões. Esses foram apresentados em tabelas com base em estatística descritiva simples e frequências absoluta e percentual.

O projeto teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), sob o n. 180 e atendeu as recomendações das normas brasileiras para pesquisas com seres humanos.

Resultados

Da população prevista houve a recusa de 12,0%. Assim, compuseram a análise 109 participantes. Eram do sexo feminino 81,0% dos sujeitos, com idade entre 20 a 40 anos (67,0%) e nível de escolaridade com 2º grau completo (63,0%). Chama a atenção o fato de que 12,0% dos ACS possuíam curso superior na área de pedagogia.

A categoria profissional de ACS representou 70,0% dos sujeitos, seguida dos profissionais de enfermagem (18,0%), dentistas (6,0%), médicos

e ASB com 3,0% cada. A maioria dos profissionais possuía tempo de formação entre 1 a 5 anos (75,0%). Dentre os profissionais de nível superior, 46,0% dispunham de especialização nas áreas de saúde coletiva, enfermagem do trabalho, docência universitária e áreas assistenciais.

Quanto à experiência profissional na área da atenção básica, 51,0% atuavam nesse contexto de 5 a 8 anos, 89,0% realizaram curso introdutório prévio sobre saúde da família, 11,0% possuíam

outro vínculo empregatício e 97,0% fizeram capacitação específica para trabalho em equipe.

O número de respostas variou entre os sujeitos, gerando um total de 5.376 respostas. Dentre essas, 2.814 (52,0%) foram caracterizadas como forças impulsoras e 2562 (48,0%) como forças restritivas. O detalhamento das forças atuantes nas Equipes de Saúde da Família em cada dimensão pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise geral das forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe na Saúde da Família, nas dimensões Eu, Outro e Ambiente. Jaraguá, Goiás, Brasil, 2010 (N=5376)

Dimensões	Total		Forças Impulsoras		Forças Restritivas	
	N	%	N	%	N	%
Eu	826	15,0	541	19,2	285	11,1
Outro	1718	32,0	1043	37,1	675	26,4
Ambiente	2832	53,0	1230	43,7	1602	62,5
Total	5376	100	2814	100	2562	100

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise global das forças em cada dimensão (Tabela1), é apresentada a verticalização da análise em cada dimensão com suas particularidades e especialidades (Tabelas 2, 3 e 4).

A dimensão do EU, expressa na Tabela 2, mostrou a organização dos dados em três categorias que apontaram, de maneira geral, o potencial dos indivíduos para desenvolver o trabalho em equipe.

Tabela 2 – Categorias relacionadas às forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe na Saúde da Família, descrição, frequência e porcentagem na dimensão do EU. Jaraguá, Goiás, Brasil, 2010 (N=826)

Dimensão "EU"					
Forças Impulsoras			Forças Restritivas		
Categorias	N	%	Categorias	N	%
1. Atitudes individuais favoráveis ao trabalho em equipe	342	64,0	1. Atitudes individuais limitadoras para o trabalho em equipe	175	61,0
2. Competência Técnica	112	20,0	2. Comunicação interpessoal deficiente	85	30,0
3. Amizades pelas pessoas da equipe e amor ao trabalho	87	16,0	3. Limitação da competência técnica	25	9,0
Total	541	100,0	Total	285	100,0

Fonte: Elaboração própria.

As três categorias para forças impulsoras e as seis para forças restritivas relacionadas à

dimensão OUTRO são ilustradas na Tabela 3.

Tabela 3 – Categorias relacionadas às forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe na Saúde da Família, descrição, frequência e porcentagem na dimensão do OUTRO. Jaraguá, Goiás, Brasil, 2010 (N=1718)

Dimensão “OUTRO”					
Forças Impulsoras			Forças Restritivas		
Categorias	N	%	Categorias	N	%
1. Atitudes coletivas favoráveis ao trabalho em equipe	508	49,0	1. Limitações relacionais para o trabalho em equipe	409	60,0
2. Postura ativa e adequada da gerência	303	29,0	2. Postura gerencial que prejudica o desenvolvimento do trabalho em equipe	135	20,0
3. Competência técnica e relacional das equipes	232	22,0	3. Resistência dos profissionais na adesão ao programa	54	8,0
			4. Equipe de Saúde Bucal	40	6,0
			5. Limitação da participação do médico para o trabalho em equipe	31	5,0
			6. Usuário	6	1,0
Total	1043	100,0	Total	675	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Os dados relacionados à dimensão AMBIENTE estão expostos na Tabela 4 e organizados em cinco categorias para forças impulsoras e restritivas.

Tabela 4 – Categorias relacionadas às forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe na Saúde da Família, descrição, frequência e porcentagem na dimensão do AMBIENTE. Jaraguá, Goiás, Brasil, 2010 (N=2832)

Dimensão “AMBIENTE”					
Forças Impulsoras			Forças Restritivas		
Categorias	N	%	Categorias	N	%
1. Integração com área de apoio	622	51,0	1. Áreas de apoio: limitações e deficiências	722	45,0
2. Ambiente estrutura física, equipamentos e materiais adequados na ESF/UBS	345	28,0	2. Estrutura física deficitária e deficiência de equipamentos e materiais	382	24,0
3. Apoio institucional (SMS)	170	14,0	3. Postura institucional que prejudica o desenvolvimento do trabalho em equipe (SMS)	244	15,2
4. Composição da equipe	54	04,0	4. Composição da equipe	183	11,4
5. Dinâmica e funcionamento adequado das ESF/UBS	39	03,0	5. Dinâmica e funcionamento inadequado na ESF/UBS	71	4,4
Total	1230	100,0	Total	1602	100

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A caracterização profissiográfica dos participantes do estudo é similar à de outros estudos que focalizaram as equipes de saúde da família⁽⁹⁻¹¹⁾. Pesquisa realizada em Portugal⁽¹⁴⁾ mostra algumas semelhanças no perfil dos profissionais, mas destacou que residiam na área de abrangência das unidades de saúde e escolherem estar nesse trabalho, aspectos nem sempre comuns na realidade brasileira.

No que se refere às forças atuantes nas equipes de saúde da família, a predominância das impulsoras aponta para uma dinâmica favorável ao desenvolvimento do trabalho na ESF, considerando-se as dimensões relacionadas às características pessoais (EU) e às relacionais (OUTRO). Esse dado também indicou que os sujeitos reconhecem o potencial das equipes da ESF do município para direcionar com êxito os seus objetivos.

Tais resultados ainda possibilitaram olhar para os aspectos restritivos como potenciais para implementação de mudanças. Esse movimento é essencial quando se fala de equipes da ESF, já que a melhoria da qualidade do atendimento e da assistência prestada, depende dos arranjos e das interações no interior das equipes⁽¹⁻³⁾. Estudo⁽²⁾ realizado na Austrália, Canadá e EUA, que comparou os esforços para melhorar o desempenho de equipes interdisciplinares no contexto da APS, mostrou que o monitoramento dos aspectos que ora facilitam, ora dificultam as interações das equipes é essencial, dado que esse processo é muito peculiar e específico à dinâmica de cada equipe.

Quando analisado o conjunto de forças impulsoras e restritivas nas três dimensões, observa-se que só a dimensão AMBIENTE concentra 53,0% das respostas, sendo as forças restritivas maioria, 57,0%, indicando que esse é um aspecto que merece maior atenção. Vale a consideração de que, conceitualmente, as dimensões são interdependentes e atuam compondo a dinâmica da equipe na sua complexidade⁽⁴⁻⁸⁾. Os dados distribuídos nas dimensões EU, OUTRO e AMBIENTE devem ser considerados como “totalidades dinâmicas”

que resultam de comportamentos decorrentes das múltiplas interações produzidas entre os elementos da situação social, incluindo o ambiente, no próprio momento em que são observados e interpretados⁽⁵⁻⁷⁾.

A dimensão EU congregou o menor número de respostas tanto caracterizadas como impulsoras ou restritivas, conforme evidenciado na Tabela 1. Esses dados ilustraram uma tendência de que as pessoas tendem a ignorar ou minimizar seu próprio papel na situação, ao fazerem um diagnóstico referindo-se sempre ao outro. Pesquisas^(4,6-8) que utilizaram o modelo de Lewin para o mapeamento do campo de forças no trabalho em equipe, mesmo realizadas em diferentes contextos, mostraram como positiva a tendência dos profissionais em avaliar o seu desempenho. É realmente difícil perceber, reconhecer e aceitar o papel que o EU desempenha como força restritiva numa situação problema⁽⁴⁻⁷⁾.

Nas categorias “Atitudes individuais favoráveis ao trabalho em equipe” e “Atitudes individuais limitadoras para o trabalho em equipe”, destacaram-se tanto as forças impulsoras como as restritivas. As respostas refletiram as características das pessoas, que ora facilitaram, ora dificultaram o trabalho coletivo (compromisso, união com equipe, tolerância, ética compreensão, satisfação, respeito X autoritarismo, ansiedade, sentimento de inferioridade). Essa dicotomia entre aspectos considerados ora positivos, ora negativos influenciam a atitude dos indivíduos e o próprio desempenho da equipe^(4, 7,15). Estudo comparativo realizado em três países⁽²⁾ apontou que a variação no desempenho e na atitude de profissionais no trabalho em equipe na APS foram associados com tamanho da equipe, dinâmica de poder, liderança e ambiente físico da prática.

Por outro lado, o maior número de forças impulsoras (19,2,0%) na dimensão EU, quando relacionada às forças restritivas (11,1%), mostra que o grupo tem uma imagem favorável de si mesmo, reconhece-se com competência técnica e ainda considera importante a amizade e o amor ao trabalho. Tais aspectos podem auxiliar os gestores no planejamento de mudanças e

ainda como motivação para estimular o melhor desempenho da equipe. Quando o indivíduo conhece-se e aceita-se com suas características, tem melhores condições de fazer opções de mudanças pessoais^(4, 7-8).

Ainda nessa mesma dimensão, os fatores considerados restritivos de certa forma guardaram certa relação com os que impulsionam, destacando-se a falta de comunicação efetiva como um problema que afeta o trabalho. Esse aspecto compromete a interação da equipe e o relacionamento interpessoal^(2-4,7-8). Uma revisão que mapeou as competências de enfermagem no contexto da APS⁽¹⁶⁾ aponta que é preciso mais investimento no desenvolvimento de habilidades comunicacionais, dada a importância estratégica nas relações com gestores, outros profissionais de saúde e usuários.

A análise da dimensão EU no campo da dinâmica das equipes permitiu apontar aos gestores lacunas para o desenvolvimento das equipes, em uma perspectiva de educação permanente que supere a formalidade desse espaço e avance na formação de profissionais com maior autonomia⁽¹⁴⁻¹⁸⁾, sobretudo fortalecidos no seu autoconhecimento⁽¹⁹⁾.

Na dimensão OUTRO, as forças impulsionadoras superaram as restritivas, embora também se possa analisar a dicotomia da dinâmica da equipe, ilustrada pelas categorias que apontaram os mesmos elementos ora impulsionando, ora restringindo. De maneira geral, os dados apontaram forte interação entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe e potencialidade para união e coesão. Este resultado, até certo ponto, pode, inclusive, dificultar o processo de mudança se, nesse caso, a coesão for sustentada por hábitos cristalizados de subgrupos e por uma cultura organizacional que não tem abertura para mudanças^(9,13).

Nesse sentido, quando o planejamento e a realização das ações na ESF/UBS são realizados em equipe, os envolvidos refletem seus processos de trabalho, o que desencadeia um resultado mais integrado com consequente melhoria da assistência prestada^(9,14-15,18). Quando as relações são orientadas para o entendimento

mútuo, o ser humano é visto como capaz de estabelecer relações e sua ação é direcionada para a comunicação, interação e participação. Nessas circunstâncias, a solidariedade e o sentido comunitário são a principal motivação^(2-3,14,19).

Relações interpessoais positivas, postura ativa e adequada da gerência e competência técnica e relacional da equipe são fatores muito favoráveis e indicam aos gestores dessas equipes um grande potencial para ser explorado. Pesquisas realizadas em Portugal⁽¹⁴⁾ e EUA^(16, 18-19) destacam tais características como indicadores favoráveis para se propor mudanças e estimular as equipes, além de buscar inovações e fortalecimento do seu processo de trabalho.

Os fatores restritivos referidos nessa dimensão também sinalizaram fragilidade nas relações, atitudes pouco adequadas da gerência e aspectos vinculados à interação dos profissionais na ESF, fragilidades já conhecidas nesse contexto, indicando tendências de trabalho verticalizado e autoritário⁽¹¹⁾. A falta de articulação da equipe multiprofissional, principalmente pela pouca adesão à proposta de trabalho, mostra ainda um grande desafio aos profissionais que atuam na atenção primária a saúde^(9-10,15-17). Tais resultados ainda chamam a atenção para a questão da interdisciplinaridade, cerne do trabalho na saúde da família, já que propõe a organização de relações horizontais em seu interior, com o devido reconhecimento da competência de cada membro e a busca, por meio do diálogo, assim como a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes⁽¹⁵⁾. Estudos realizados em outros países apontam tais aspectos também como desafios a serem superados^(2-3,18-21).

A análise da dimensão AMBIENTE trouxe à tona desafios do sistema de saúde brasileiro, pois indicou fragilidades em pontos estratégicos relacionados à manutenção de infraestrutura, especialmente com serviços de apoio ao funcionamento da ESF. Nessa dimensão, também se observou uma visão dicotomizada da dinâmica das equipes, mostrando os mesmos elementos que ora estão agindo para facilitar o trabalho, ora para dificultar, como o desempenho das áreas de apoio e a estrutura física.

Quando o ambiente de trabalho é formado pela soma dos esforços e das atitudes dos profissionais e da instituição, essa parceria constrói um clima favorável e adequado para a melhora da qualidade na assistência prestada ao usuário. Áreas de apoio com bom funcionamento, boa estrutura física, equipamentos e materiais suficientes, apoio institucional e funcionamento adequado das ESF/UBS foram mencionados como aspectos que facilitam o trabalho das equipes.

Essas áreas de apoio, citadas como disponíveis para atender às necessidades da unidade, e o próprio fato de existirem já é considerado como facilitador, pois constituem a base para a complementação do trabalho das ESF/UBS, mas são também um desafio para os gestores. A previsão e provisão de aspectos relacionados ao ambiente dependem de gestão técnica competente, mas também de compreensão da dimensão política do trabalho no campo da saúde coletiva⁽²²⁻²³⁾.

A falta de condições de trabalho, postura institucional inadequada e funcionamento impróprio das ESF/UBS, por exemplo, são motivos já explorados em outros estudos como, geralmente, responsáveis pela segmentação e desmotivação nas equipes e levam à desconsideração de suas ações de saúde⁽²⁴⁾. As precárias condições associadas às exigências do cuidado prestado à saúde da família, além de prejudicar o exercício da atividade também provoca desgastes nos profissionais, necessitando de atenção da gestão para intervir nesse processo de adoecimento em virtude do trabalho⁽²⁵⁾.

A falta de recursos materiais, de transporte e equipamentos reflete diretamente na assistência prestada aos usuários do SUS e compromete o desenvolvimento do trabalho em equipe. Nesse aspecto, o gerenciamento das ESF/UBS deve ser desenvolvido por profissional competente, capaz de liderar e agregar valor, aumentar o potencial de sua equipe e unir esforços para utilizar recursos tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial proposto pela ESF/UBS⁽²²⁻²⁴⁾.

Quando analisados os resultados do ponto de vista global, apreende-se que as equipes da ESF têm abertura para propor mudanças. Essa é possibilitada pela maior concentração de forças impulsoras, bem como pela pontuação daquelas que, sendo restritivas, permitem ações bem direcionadas em um programa de desenvolvimento de equipe. No entanto, a implantação de processos de mudanças organizacionais mais complexos depende da aquiescência de todos os envolvidos e da disposição, sobretudo dos gestores, de enfrentar os desafios para superar a burocracia da cultura organizacional e as resistências.

Considerações Finais

O estudo das forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe nas Unidades Básicas da Saúde da Família permitiu concluir-se que se trata de uma equipe com potencial para o trabalho coletivo, especialmente nas interações entre os profissionais. O diagnóstico global do funcionamento das equipes da saúde da família, apontou os pontos críticos que podem ser norteadores para as ações dos gestores. A teoria utilizada para essa análise, embora indique a separação dos elementos em dimensões distintas (EU, OUTRO e AMBIENTE) e mostre os potenciais e as limitações da equipe, permite uma visão da dinâmica da equipe, que deve ser entendida na sua complexidade.

O referencial teórico-metodológico utilizado para a análise organizacional, além de útil na identificação pontual de problemas relacionados às pessoas, ao seu relacionamento e aos fatores ambientais, também ofereceu caminhos para se implementarem processos de mudanças. Por essa razão, constitui-se em instrumento eficiente de gestão para lidar melhor com os desafios encontrados no cotidiano de trabalho e uma forma inovadora na produção do cuidado e das práticas da atenção primária em saúde.

A análise integrada das três dimensões apontou lacunas para se aprimorar o desenvolvimento das equipes, quer seja na capacitação dos profissionais para o desenvolvimento interpessoal (EU) ou na interação dos profissionais

na proposta do trabalho da ESF (OUTRO) do aprimoramento do desempenho das equipes e do processo gerencial (OUTRO). Isso sugere a necessidade de mobilizar sinergias individuais e coletivas das equipes da ESF para se potencializar os elementos que favorecem sua efetividade.

Os aspectos relacionados ao AMBIENTE, citados como os que mais comprometem o funcionamento das equipes no atendimento da população adstrita, são lacunas que sinalizam a importância do monitoramento dos encaminhamentos feitos pelas equipes aos serviços de apoio, pois comprometem a continuidade do cuidado e o atendimento das necessidades da população.

Os resultados deste estudo sinalizam que deve ser encorajada a abertura de espaços que permitam às equipes a compreensão da sua dinâmica. Pesquisas de intervenção pactuadas entre os serviços e as universidades, por exemplo, poderiam fortalecer as relações entre essas duas instâncias na tentativa de desenvolver e testar estratégias inovadoras, incrementando o processo de formação dos profissionais em serviço, para melhoria das relações interpessoais, desempenho gerencial e, sobretudo, para a potencialização dos talentos pessoais, como estratégia para fortalecer a adesão dos profissionais aos fundamentos do SUS e das propostas de atuação das equipes de saúde da família.

Uma limitação do estudo foi a restrição da coleta de dados de forma individualizada entre os profissionais. A utilização do mesmo modelo em seções grupais, que permitisse a troca de ideias entre os profissionais, poderia trazer uma visão mais dinâmica do funcionamento da equipe.

Contribuições de cada autor(a) na elaboração do manuscrito:

1. concepção do projeto: Ana Cristina Sussekind, Denize Bouttelet Munari;
2. redação do artigo: Myrian Karla Ayres Veronez Peixoto;
3. revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Denize Bouttelet Munari, Luana Cássia Miranda Ribeiro;

4. análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada: Denize Bouttelet Munari.

Referências

1. Shoemaker SJ, Parchman ML, Fuda KK, Schaefer J, Levin J, Hunt M, et al. A review of instruments to measure interprofessional team-based primary care. *J Interprof Care*. 2016;21:1-10.
2. Harris MF, Advocat J, Crabtree BF, Levesque JF, Miller WL, Gunn JM, et al. Interprofessional teamwork innovations for primary health care practices and practitioners: evidence from a comparison of reform in three countries. *J Multidiscip Healthc*. 2016;29(9):35-46.
3. Mundt MP, Agneessens F, Tuan WJ, Zakletskaia LI, Kamnetz SA, Gilchrist VJ. Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;58:1-11.
4. Silva AP, Munari DB, Brasil VV, Chaves LDP, Ribeiro LCM. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Cienc Cuid Saude*. 2012;11(3):549-56.
5. Lewin K. Field theory and experiment in Social Psychology: concepts and methods. *Am J Sociol*. 1939;44(6):868-96.
6. Shirey MR. Lewin's theory of planned change as a strategic resource. *J Nurs Adm*. 2013;43(2):69-72.
7. Suc J, Prokosch HU, Ganslandt T. Applicability of Lewin's change management model in a hospital setting. *Methods Inf Med*. 2009;48(5):419-28.
8. Cummings S, Bridgaman K, Brown KG. Unfreezing change as three steps: rethinking Kurt Lewin's legacy for change management. *Hum Relat*. 2016;69(1):33-60.
9. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab educ saúde*. 2015;13(3):709-20.
10. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta C. Evaluation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):1-9.
11. Spagnuolo RS, Bocchi SCM. Between the processes of strengthening and weakening of the Family Health Strategy. *Rev bras enferm*. 2013;66(3):366-71.

12. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde soc.* 2012;21(2):280-9.
13. Merhy EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. *Rev bras Saúde Família.* 2013;15(35/36):1-7.
14. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2013 [citado 2016 jul 22];33(3):190-5. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a05v33n3>
15. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. *Rev latino-am enferm.* 2011;19(2):411-20.
16. Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs [Internet].* 2016 [cited 2016 jul 22];25(9-10):1193-205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26990487>
17. Santana FR, Santana FR, Anjos GV, Campos TV, Lima PCT, Lopes MM, et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Rev Eletr Enferm. [Internet].* 2013 abr/jun [citado 2016 jul 22];15(2):422-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>.
18. Giannitrapani KF, Soban L, Hamilton AB, Rodriguez H, Huynh A, Stockdale S, et al. Role expansion on interprofessional primary care teams: Barriers of role self-efficacy among clinical associates. *Healthcare [Internet].* 2016 May [cited 2016 jul 22]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.03.004>
19. Spano-Szekely L, Griffin MTQ, Clavelle J, Fitzpatrick JJ. Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *J nurs adm.* 2016;46(2):101-8.
20. Dobbins MI, Thomas SA, Melton SL, Lee S. Integrated care and the evolution of the multidisciplinary team. *Prim Care.* 2016;43(2):177-90.
21. Shirey MR. Group think, organizational strategy, and change. *J nurs adm.* 2012;42(2):67-71.
22. Maerschner RL, Bastos ENE, Gomes AMA, Jorge MSB, Diniz SAN. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface comun saúde educ.* 2014;18(supl.1):1089-98.
23. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(9):1941-52.
24. Bazzo-Romagnolli AP, Gimenez-Carvalho B, Fátima E, Almeida-Nunes P. Gestión de la unidad básica de salud en pequeñas ciudades: instrumentos utilizados y facilidades y dificultades relacionadas. *Rev gerenc polit salud.* 2014;13(27):168-80.
25. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf. [Internet].* 2013 jan/mar [citado 2016 jul 22];15(1):146-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>

Artigo apresentado em: 7/3/2016

Aprovado em: 1/8/2016

Versão final apresentada em: 23/8/2016

Data de publicação: 21/9/2016