

O TRABALHO EM EQUIPE EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO PARAIBANO

Gisetti Corina Gomes Brandão^{1*} Maria Amélia de Campos Oliveira²

1. Professora Doutora. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil. *Correspondência: Rua Tomas Soares de Sousa n° 920, Catolé CEP: 58410235, Campina Grande-PB, Brasil, gisettibrandao@gmail.com

2. Professora Doutora. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo – SP, Brasil. macampos@usp.br

RESUMO

Objetivo: Problematizar o trabalho em equipe no contexto do processo de trabalho em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa-ação, esse estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande-PB, a coleta de dados foi realizada em dezembro de 2012, por meio de oficinas de trabalho, e submetida à técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados foram reunidos em duas categorias empíricas: *a integração do trabalho em equipe e o diálogo e o trabalho em equipe*. Constatou-se a necessidade de discussão permanente do processo de trabalho das equipes e dos nós críticos vivenciados no cotidiano. **Conclusão:** A pesquisa-ação resultou em evolução das relações de comunicação e interação, que se tornaram mais abertas e participativas.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Educação Permanente; Comunicação.

TEAMWORK IN FAMILY HEALTH STRATEGY SERVICES OF A BRAZILIAN MUNICIPALITY

ABSTRACT

Objective: It aimed to problematize the teamwork in the context of health work process at the Family Health Strategy scope. **Methodology:** It was realized an action research in the Basic Health Care Units of Campina Grande's outskirts. The data collection was realized in December 2012 through workshops, moreover the resulting empirical material was submitted to the content analysis. **Results:** The results were grouped in two empirical categories: the teamwork integration and the dialogue and teamwork. It was found the need of permanent discussion about work process of the teams and also about the critical nodes lived daily. **Conclusion:** The action research resulted in development of the relations of communication and interaction that have become more open and participatory.

Descriptors: Family Health Strategy; Permanent Education; Communication.

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIA DE UNIDADES DE UN MUNICIPIO PARAIBA

RESUMEN

Objetivo: discutir el trabajo en equipo en el contexto del proceso de trabajo de la salud dentro de la Estrategia Salud de la Familia. **Metodología:** Se realizó una investigación

en la acción, este estudio se realizó en Unidades Básicas de Salud en las afueras de Grande-PB prado, la recogida de datos se llevó a cabo en diciembre de 2012, a través de talleres y materiales empírica resultante se sometió a análisis de contenido. **Resultados:** Los resultados se recogieron en dos categorías empíricas: la integración del trabajo en equipo y el diálogo y el trabajo en equipo. Se señaló la necesidad de un debate en curso del proceso de trabajo de los equipos y críticos que hemos tenido en la vida diaria. **Conclusión:** La investigación-acción como resultado el desarrollo de las relaciones de comunicación e interacción que se han vuelto más abierto y participativo. **Descriptores:** Estrategia Salud de la Familia; La educación continua; Comunicación.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi designada Atenção Básica (AB), uma vez que objetiva

“contrapor-se a proposta política-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres e busca resgatar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde que engloba diferentes setores, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde.” (1).

De acordo com Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção do adoecimento, o diagnóstico e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde, sob a forma de práticas participativas realizada em equipe que assumem a responsabilidade sanitária frente a populações de territórios bem delimitados. A AB está voltada para o sujeito, em sua singularidade, e sua família, em sua complexidade e inserção sociocultural. Busca a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças ou agravos e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades individuais e familiares de viver de modo saudável e seguro (2).

Desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a porta de acesso aos serviços de saúde. Tem como propósito reestruturar as ações de AB no país e garantir maior acesso aos serviços de saúde. Pretende ser uma “*estratégia estruturante*” de um novo modelo assistencial (3). Esse novo modelo permite maior compreensão do processo saúde-doença de indivíduos, famílias e grupos sociais do território, pois a proximidade com a população assistida possibilita à equipe de saúde reconhecer a determinação social do adoecimento. Tal reconhecimento favorece uma conexão mais próxima entre o trabalho em saúde e as necessidades da população (4).

A proposta da ESF representa um desafio importante para o sistema de saúde brasileiro, Uma vez que propõe uma ruptura com o modelo assistencial vigente e a construção de novas práticas, com uma importante dimensão ética. Entretanto, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica.

Estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes da ESF evidenciam seu potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para isso, em razão do alto grau de normatividade em sua implementação. O formato das equipes, as atividades de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o Programa são regulados pelo Ministério da Saúde. Com isso, seu caráter prescritivo é exacerbado, pois são definidos *a priori* os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde:

“(...)O trabalho é a síntese histórico-social daquilo que é possível ser feito num determinado espaço de tempo, por homens e mulheres segundo a relação que eles estabelecem com o meio e sua capacidade de agir, tendo por base um conjunto de normas antecedentes e de valores”. (5).

Investigação conduzida em 2011 por médicos espanhóis, a pedido da Associação Brasileira de Medicina da Família, teve como objetivo avaliar as práticas desenvolvidas na ESF. Foi realizada em 19 estados do Brasil, 70 serviços de saúde, a maioria UBS. Também foram visitados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidades de Saúde Mental. Vários foram os objetivos operacionais, dentre eles, analisar a prática clínica diária local para identificar acertos e erros da ESF (6).

Em algumas UBS, especialmente em locais de extrema pobreza, a estrutura física mostrou-se precária, com filas enormes para atendimento da demanda. As equipes não conseguiam responder às necessidades de saúde da população por falta de profissionais e deficiências na qualificação. Urgências e emergências eram encaminhadas para Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), pois o médico da AB justificava ser:

“médico de saúde social” e não clínico. Concluíram que “a ESF é uma solução e um problema. É uma solução quando se consegue aplicá-la em sua melhor formulação. É um problema se sob o seu nome se ampara qualquer iniciativa, inclusive algumas muito errôneas analisadas nesse projeto.” (6).

Para responder as necessidades de saúde das coletividades, o trabalho das equipes da ESF deve ter como base o vínculo, a responsabilização e o acolhimento. No entanto, as queixas frequentes dos usuários sobre o atendimento da ESF e o rodízio dos profissionais de saúde nos municípios demonstram que existem entraves no processo de trabalho local que dificultam a efetividade dos princípios da ESF.

Conhecer o olhar dos profissionais que atuam na APS sobre o trabalho que desenvolvem é importante para a elaboração de ações e a melhoria do acesso aos serviços de saúde, com mais informação sobre o alcance das tecnologias utilizadas (7).

É particularmente relevante evidenciar como se desenvolve o trabalho em equipe para a organização do serviço de saúde, com repercussões positivas tanto para o trabalhador como para a gestão. Na lógica do cuidado ampliado, o trabalho em equipe é de grande importância e deve ser pautado na interprofissionalidade e na comunicação.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objeto o trabalho das equipes da ESF. Seu objetivo é problematizar o trabalho em equipe no contexto do processo de trabalho em saúde na ESF.

MÉTODOS

Trata-se de um recorte da tese de doutoramento intitulada “O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Campina Grande – PB”, realizada no Município de Campina Grande-PB. Foi feita uma pesquisa-ação com o objetivo geral de caracterizar e problematizar os processos de trabalho em saúde na ESF do Município. Elegeu-se a pesquisa-ação porque se pretendia a transformação das práticas em saúde e “que objetiva promover mudanças psicossociais e proporcionar interação ampla e explícita entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa”. (8).

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) do Município. Cada Unidade conta com duas equipes e foram indicadas pela Coordenação Municipal da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por apresentarem dificuldades nos processos de trabalho em saúde. A população do estudo foi constituída pelos trabalhadores das equipes que se dispuseram a participar voluntariamente e pelos gestores da SMS. A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2012, através da técnica de oficinas de trabalho utilizando pergunta disparadora para discussão/reflexão do objeto do estudo. A população do estudo foi

composta 21 trabalhadores e dois gestores e a amostra 17 trabalhadores de saúde pois quatro trabalhadores não estavam presentes no dia da coleta dos dados e os dois gestores. Todas as oficinas da pesquisa foram agendadas previamente com os trabalhadores mediante disponibilidade, a condução das oficinas foi realizada pela pesquisadora do estudo.

O trabalho em equipe foi uma temática comum a duas equipes de uma das UBS do estudo. Foi escolhido por consenso como um dos temas a serem aprofundados nas oficinas de trabalho, seguindo as seguintes etapas:

Etapa 1: Os participantes foram divididos em subgrupos (equipes 1 e 2) e o tempo para a realização da atividade foi pactuado. Foi-lhes entregue o material didático necessário para a elaboração das respostas e foi formulada a questão orientadora: *Como vocês trabalham em equipe?*

Etapa 2: Cada equipe discutiu o tema tendo por referência seus processos de trabalho e elaborou uma resposta que foi construída em consenso e apresentada em plenária. Após as apresentações, seguiu-se o debate sobre os processos de trabalho e os participantes mencionaram que havia poucos espaços coletivos para tal discussão.

Etapa 3: Ao final, foi realizada uma leitura coletiva e reflexiva do texto *O trabalho em equipe* (9). Após a leitura, a sessão foi finalizada com a mensagem *Sapateado* (vídeo apresentado), que retrata a importância do trabalho coletivo focado em compromisso, respeito e solidariedade.

As respostas escritas e apresentadas pelas equipes foram consolidadas e submetidas aos procedimentos de Análise de Conteúdo (10). Nos discursos foram atribuídos a sigla ESF referente a equipe de saúde da Família e o número correspondente a divisão interna da organização local.

A proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob parecer nº 251.258, e aprovada por ter atendido todas as normas especificadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. (11).

RESULTADOS

Participaram do estudo duas enfermeiras, dois médicos, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, sete ACS, duas recepcionistas e duas auxiliares de serviços gerais. A média de idade dos participantes foi de 36,1 anos, o tempo médio

de formação acadêmica entre os profissionais com ensino superior foi de 5,9 anos e tempo médio de atuação na ESF foi de 7,8 anos. Também integraram o estudo dois gestores da SMS, cujas características serão aqui omitidas para preservar o anonimato.

Os resultados das oficinas foram reunidos em duas categorias empíricas: *a integração do trabalho em equipe* e *o diálogo e o trabalho em equipe*, apresentados a seguir.

A integração do trabalho em equipe

O trabalho em equipe é importante para a integração das ações específicas de cada trabalhador. Trata-se de um recurso importante para conferir maior efetividade e qualidade ao trabalho em saúde e fortalecer os vínculos entre os profissionais e a população assistida. As falas a seguir representam o consenso dos trabalhadores acerca do trabalho de equipe:

“Na verdade, discutimos mais a parte só de integração da equipe, integração essa que abrange todos os profissionais, tanto limpeza, recepção, todos.” (ESF 1)

“Nossa equipe trabalha de forma complementar através dos ACS, tendo as informações colhidas sobre os pacientes. Por isso, a importância dos ACS morarem na comunidade, porque facilita o conhecimento da população visitada. Eles observam as necessidades individuais, ambientais e educacionais dos pacientes, ou seja, olham o paciente como um todo.” (ESF 2)

Já o depoimento dos gestores destoa da fala das equipes quanto à valorização do trabalho dos ACS:

“Nós tivemos reuniões pontuais e vimos que parecia que íamos para uma batalha do Vietnã, pela colocação que a equipe havia feito, [dizendo] que os ACS estavam revoltados. E então fomos. Quando chegamos lá, nada daquilo que tanto diziam para a gente foi visto. O que a gente viu foi ACS que querem ser valorizados, reconhecidos e inseridos na equipe. Ali não é equipe, é “euquipe”. (Gestor 1)

“Tem um único remédio que eu vejo para essa UBS... é a mudança geral ali, deixar só a estrutura física e partir do zero. Mas você pode dizer - E os ACS? São trabalhosos? São danados? Não! Eles precisam de alguém que queira fazer com eles e não só mande eles fazerem, mas que chegue junto para fazer”. (Gestor 2)

O diálogo e o trabalho em equipe

A linguagem utilizada pelas equipes com relação ao diálogo que permeia as relações no processo de trabalho demonstra a comunicação é falha mesmo na operacionalização das ações no dia a dia, em virtude da sobrecarga de trabalho. No entanto, afirmam que o planejamento é bem positivo.

“Cada um realizando sua função de forma produtiva e sempre procurando ter o topo da comunicação”. (ESF1)

“Após os ACS obterem esta informação e vendo a necessidade de cada indivíduo, eles trazem para a Unidade e é marcada a consulta para tentar solucionar o problema”. (ESF 2)

“Conversamos em equipe e uma coisa que a gente acha bem positiva na nossa equipe é o planejamento, pois sem o planejamento [o trabalho] realmente é falho. Mesmo que seja falho alguma vez ou outra, graça à Deus dá sempre certo. Sem o planejamento a gente viveria no escuro, era um tiro à direita, outro à esquerda. Mas o planejamento é um coisa que é bem positiva na nossa equipe. É a correria de todos da equipe, um tópico que colocamos, porque cada profissional no seu dia a dia, cada um tem o que fazer, só que ao final a correria é tão grande que termina que o que está faltando um pouco na nossa equipe é o diálogo.” (ESF1)

DISCUSSÃO

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca, de dupla mão, entre o trabalho e a interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (12,13 ,14,15). Se, por um lado, a comunicação é referida como principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe, por outro lado, o recurso mais utilizado para propiciá-la são as reuniões, em diferentes modalidades, finalidades e estilos. Reunião de equipe, geral, setorial, técnica de discussão de casos, de supervisão e do grupo gerencial ampliado (14).

Identificou duas tipologias de trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de agentes – em que ocorre justaposição de ações, e a equipe como integração – em que há articulação das ações e interação dos agentes. A primeira é caracterizada pela fragmentação e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição do trabalho, aproximando-o da perspectiva da integração das ações de saúde. (16).

A ESF permite à equipe compartilhar saberes e operar o cuidado de modo compartilhado. Pensar o cotidiano do trabalho possibilita que as equipes reflitam sobre o que realizam, discutindo possibilidades de melhoria na construção do cuidado.

Neste estudo, todos os profissionais das diferentes categorias manifestaram-se positivamente sobre o relacionamento interpessoal e a capacidade de interação para a organização e a execução do trabalho diário, demonstrando satisfação em falar da relação construída por eles ao longo do tempo, entendida como facilitadora e estimuladora das práticas cotidianas de trabalho.

O processo de trabalho em equipe inclui elementos imprescindíveis, como a construção coletiva, priorizando o planejamento, assim como a execução e a avaliação das ações pautadas nas necessidades de saúde dos usuários e suas famílias, de

forma compartilhada no grupo de trabalhadores da equipe. Por isso, importa conhecer o processo de trabalho das equipes ESF, “*para (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do trabalho em saúde*” (17). Trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando sua participação na produção do cuidado (3).

Neste estudo, os integrantes das equipes referiram utilizar o planejamento para organizar o trabalho, envolvendo todos os profissionais que atuam na UBS. Entretanto, também afirmaram que a falta de diálogo e comunicação é um nó crítico que chega a afetar o trabalho.

Em estudo fundamentado na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, utilizou os conceitos de agir instrumental e agir comunicativo para se referir ao trabalho em equipe. O agir instrumental refere-se à ação orientada para o sucesso, considerada sob o aspecto do seguimento de regras técnicas de ação. Já o agir comunicativo é baseado na intersubjetividade e ocorre por meio da linguagem e dos comportamentos, permitindo que aconteçam “*encontros*” multiprofissionais. É por meio da prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano e construir um projeto comum voltado às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário (12).

As reuniões são espaços importantes para a integração das equipes, pois propiciam o diálogo, embora também evidenciem insatisfações e disputas. Por exemplo, a falta de inclusão dos ACS no processo de trabalho de uma das equipes levou os gestores a designá-la “*euquipe*”, em que cada integrante defende apenas seu ponto de vista. Os gestores afirmaram que ali seria necessário “*começar do zero*”, ou seja, substituir todos os profissionais, pois os que ali estavam não compreendiam o trabalho na ESF e, sobretudo, que o trabalho de equipe deve ser articulado com base na comunicação para possibilitar um melhor planejamento em resposta às necessidades de saúde.

A comunicação é referida como principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe e o recurso mais utilizado para propiciá-la são as reuniões, em diferentes modalidades, finalidades e estilos: reunião de equipe, geral, setorial, reunião técnica de discussão de casos, de supervisão, do grupo gerencial ampliado etc.(14). Verificou-se neste caso que as reuniões são pouco utilizadas pelas equipes como estratégia para estimular diálogo e a interação entre os profissionais.

As reuniões não são somente espaços de troca para encontrar as melhores respostas às necessidades de saúde dos usuários e suas famílias, mas também fonte de problemas e insatisfações para as equipes e os gestores. Por isso não basta realiza-las; é preciso promover a interação dos trabalhadores em sua dinâmica de trabalho com base na argumentação crítica e fundamentada em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço. (14).

Fortalecer o trabalho em equipe requer a participação efetiva dos profissionais, porque é a partir do diálogo e da oportunidade de verbalizar as inquietações nos espaços coletivos que se pode fortalecer os processos de trabalho em saúde. Os encontros permitem otimizar o planejamento, avaliar a execução das ações e fortalecer o trabalho coletivo. É por meio do diálogo que a equipe elabora respostas coletivas para as necessidades de saúde das coletividades.

Em estudo realizado em uma região do Estado de São Paulo, a comunicação foi mencionada pelos gerentes tanto no sentido restrito de transmissão da informação como no sentido mais abrangente do diálogo. No primeiro caso, a concepção de comunicação é monológica e visa garantir o êxito esperado das ações realizadas pelos trabalhadores e equipes. No segundo, é vista como uma forma de interação social que busca o entendimento dos sujeitos envolvidos. O estudo destacou ainda a importância do ACS na comunicação entre a equipe e a população, colaborando no planejamento das ações. (14).

Em investigação realizada em Montes Claros-MG com 241 ACS, os autores afirmaram que o ACS é um novo ator político no cenário da organização e da assistência, um segmento ativo do trabalho em saúde (18). Dos ACS entrevistados, 82,5% afirmaram que reservavam um tempo para reflexão sobre o trabalho em equipe, entretanto, 33,6% auxiliavam o profissional de nível superior em ações clínicas, realizando tarefas administrativas, como agendamento de consultas e exames, controle de estoque e desinfecção e esterilização de material. Tais tarefas excedem suas atribuições e configuram desvio de função; podem sobrecarregar os ACS e diminuir o tempo dedicado às ações de sua competência, que deve ser direcionada para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, na perspectiva da vigilância em saúde.

Em Marília-SP, em estudo com 16 ACS, essas mencionaram como facilidade de seu processo de trabalho a comunicação e o diálogo. Como dificuldades, sinalizaram as diferenças pessoais, as dificuldades em visualizar a totalidade das ações, a falta de

flexibilidade, comunicação, cooperação, responsabilidade e horizontalidade nas ações. Afirmaram que se sentiam o lado mais fraco nas relações de trabalho (19).

Atuar no novo modelo assistencial exige dos profissionais da ESF não somente conhecimentos técnicos, mas também habilidades relacionais, construção de vínculos, responsabilização compartilhada entre os componentes da equipe e a coletividade, tendo como premissa a maior compreensão do processo saúde-doença no território de atuação e das necessidades de saúde da população assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde é sempre uma ação intersubjetiva. É trabalho vivo em ato, humano e real. No cotidiano do trabalho, os sujeitos estabelecem relações de comunicação e interação que podem ser aperfeiçoadas, visando ao agir comunicativo. A linguagem e a comunicação favorecem o entendimento entre os sujeitos envolvidos.

Neste estudo, a escolha da metodologia de investigação possibilitou e favoreceu a captação de seu objeto. A realização das oficinas de trabalho foi de fundamental importância na problematização do trabalho em equipe, permitindo maior compreensão sobre os nós críticos existentes a exemplo da falta de diálogo e comunicação. Para isso, a pesquisa-ação foi imprescindível, permitindo a interação da pesquisadora e dos pesquisados e medidas imediatas de intervenção. Entretanto, a reflexão sobre o processo de trabalho deve ser permanente, pois, à medida que um problema é resolvido, outros irão emergindo. O olhar crítico e reflexivo sobre o próprio trabalho é extremamente importante para a transformação das práticas em saúde.

A realização das oficinas também levou as equipes da UBS 2 a refletir sobre a necessidade de discussão permanente de seu processo de trabalho e dos nós críticos vivenciados no cotidiano. Após o estudo, percebeu-se claramente a evolução nas relações de comunicação e interação, que se tornaram mais abertas e participativas.

REFERÊNCIAS

1. PEREIRA IC, OLIVEIRA MAC. Atributos essenciais da Atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm 2013; 66(número especial): 158-64.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2 ed. Brasília 2010; 5.

3. RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2): 438-46.
4. PAIM JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Rev. Saúde Coletiva (Rio J)* 2008; 18(4): 625-44.
5. SCHERER MDA, PIRES DEP, SORATTO J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, FRANCO, MENDONÇA (org.), *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas, São Paulo 2014; 521-57.
6. GÉRVAS J, FERNÁNDEZ-PÉREZ M. Uma atenção primária forte no Brasil. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família, 2011.
7. BARBOSA SP, ELIZEU TS, PENNA CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18(8): 2347-57.
8. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 17 ed. São Paulo: Cortez 2009.
9. PIANCASTELI CH, FARIA HP, SILVEIRA MR. O trabalho em equipe. in: santana j.p. (org.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/representação do Brasil 2000; 45-50.
10. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466, de 12 de dezembro 2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília 2012.
12. PEDUZZI M, CARVALHO BG, MANDÚ ENT, et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro* 2011; 21(2): 629-646.
13. _____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMES/UERJ, CEPESC, ABRASCO 2007; 33-46.
14. _____. CARVALHO BG, MANDÚ ENT, SOUSA GC, SILVA JAMS. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Rev. Saúde Coletiva (Rio J)* 2011; 21(2): 629-46.
15. BRANDÃO GCG. O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família de Campina Grande – PB. 2014. 175f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

16. PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e a interação. 1998. Tese – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
17. MARQUI ABT, JANH AC, RESTA DG, COLOMÉ ICS, ROSA N, ZANON T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. Rev. Esc. Enferm. USP 2010; 44(4).
18. COSTA SM, ARAÚJO FF, MARTINS LV, NOBRE LLR, ARAÚJO FM, RODRIGUES CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2013; 18(7): 2147-56.
19. PERES CRFB, CALDAS ALJ, SILVA RF, MARIN MJS. O agente comunitário de saúde frente ao trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 45(4): 905-11.

Recebido: junho / 2016

Aceito: dezembro / 2016