



**O  
TRABALHO  
E A EDUCAÇÃO  
NAS REDES DE  
SAÚDE**

*Contribuições Coletivas*

A background network diagram consisting of a central circle with multiple concentric rings. Lines radiate from the center to various nodes, which are represented by circles of different sizes. The nodes are distributed across the entire page, creating a web-like structure.

# O TRABALHO E A EDUCAÇÃO NAS REDES DE SAÚDE

*Contribuições Coletivas*

Organizadores:

**Cristine Maria Warmling**

**Luciana Marques**

**Roger dos Santos Rosa**



**EDITORA  
PRISMAS**

**O trabalho e a educação nas redes de saúde:  
Contribuições Coletivas**

**Cristine Maria Warmling  
Luciana Marques  
Roger dos Santos Rosa**

1ª Edição - Copyright© 2018 Editora Prismas  
Todos os Direitos Reservados.

Revisão ortográfica e gramatical de responsabilidade do autor.

Editor Chefe: Vanderlei Cruz - editorchefe@editoraprimas.com.br  
Diagramação, Capa e Projeto Gráfico: Fabricio Correia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T758O

O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas / organizado por Cristine Maria Warmling, Luciana Marques, Roger dos Santos Rosa. – Curitiba : Prismas, 2019. 138p.

Inclui bibliografia

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação em Saúde. I. Warmling, Cristine Maria. II. Marques, Luciana. III. Rosa, Roger dos Santos. IV. Scherer, Magda. V. Pfluck, Nátali Carina Dolvistch. VI. Graff, Vinicius Antério. VII. Sari, Janaine. VIII. Marchese, Juliana Alberti. IX. Costa, Mariana Portal da. X. Nascimento, Camilla Ferreira do. XI. Panzera, Carla Simone Teló. XII. Lima, Jéssica Hilário de. XIII. Weber, Larissa. XIV. Ely, Luciane Ines. XV. Souza, Raquel Santos. XVI. Silva, Tiago de Oliveira. XVII. Tigre, Aline. XVIII. Santos, Milton Humberto Schanes dos. XIX. Taveira, Daniele Giroleti. XX. Ancini, Denise Margareth Borges. XXI. Scremin, Simone Medianeira. XXII. Sortica, Aline Coletto. XXIII. Motta, Iuday Gonçalves. XXIV. Schmitz, Márcia Elisa Prestes. XXV. Título.

CDD614

Bibliotecária responsável: Daniela S. Christ CRB 10/2362

**ISBN 978-85-537-0022-6**

Editora Prismas Ltda.  
Fone: (41) 3030-1962  
Rua Morretes, 500 - Portão  
80610-150 - Curitiba, PR  
www.editoraprimas.com.br



# Capítulo 6

## O trabalho em equipe, a gestão do trabalho e o ensino na saúde

Daniele Giroleti Taveira  
Denise Margareth Borges Ancini  
Simone Medianeira Scremin  
Roger dos Santos Rosa

### Introdução

O trabalho em equipe desenvolvido dentro dos espaços de saúde está ganhando cada vez mais destaque. Antes, o que era visto como um local que preconizava apenas um saber hegemônico, vem abrindo brechas para a inserção e a valorização de diferentes profissionais que se dedicam à atenção à saúde, compondo as chamadas “equipes multiprofissionais”. Contudo, existem diversos motivos que retardam o progresso dessa prática, muitos são relacionados à formação dos trabalhadores da área. Entre esses motivos estão: os profissionais impregnados com a noção de serem individualmente responsáveis pelos seus pacientes; a adoção de valores, terminologias e bases conceituais próprias de cada profissão, sem qualquer socialização; a formação segregada que não permite aos estudantes aprenderem a trabalhar em equipes interprofissionais; até mesmo, as eventuais rivalidades entre diferentes profissões e a pouca valorização das trocas de saberes propiciados pelas vivências dos demais trabalhadores.

Diante disso, nosso propósito neste capítulo é refletir sobre a importância do trabalho em equipe na saúde e sobre como efetivamente gerir esse trabalho na prática, já que em nossa formação profissional somos capacitados para trabalhar de forma nucleada. Utilizamos a perspectiva da ergologia de Schwartz (2007), que vê a gestão do trabalho na saúde como um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macropolítica e a simples prescrição de atividades e tarefas para os profissionais e os demais trabalhadores da área.

## **Trabalho em equipe**

Acreditamos, assim como os autores que referenciamos, que no trabalho em equipe na saúde existe o envolvimento de escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de valores que orientam a tomada de decisões no cotidiano. Entendemos que a organização dos sistemas de saúde tem como objetivo a promoção da saúde e a resposta às necessidades dos usuários, individualmente e/ou coletivamente, sendo um sistema de saúde entendido como um conjunto articulado de conhecimentos e de recursos que forma uma rede de serviços interligada por diversos pontos de atenção à saúde (DUNCAN, 2001). Desejamos, em última análise, estimular a discussão sobre a importância do trabalho coletivo multiprofissional e motivar os trabalhadores e usuários do SUS a tensionar as instâncias competentes, incluindo as de formação profissional, a gerir de modo efetivo o ensino na saúde, conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL/MEC, 2017).

Há consenso na literatura em saúde, em especial no debate brasileiro sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), de que é

necessário revisar a hegemonia do médico no trabalho em saúde e caminhar no sentido de práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.724).

A Política de Humanização (BRASIL, 2004) contribui nesse sentido ao valorizar a participação de usuários, trabalhadores e gestores na construção de autonomia e corresponsabilização dos profissionais de saúde e dos usuários no seu autocuidado. Além disso, essa política vem investindo para que os pacientes possam receber atendimento integral, que leve em conta a dimensão subjetiva do adoecimento.

As instituições têm buscado profissionais que possam ter competências e habilidades técnicas específicas e, ao mesmo tempo, apresentar em seus perfis habilidades relacionais que facilitem o trabalho em equipe, através de uma relação de cooperação mútua, de modo que auxiliem no melhor desempenho coletivo e não apenas no individual (PINTO, 2006). Acredita-se que, para produzir processos e resultados de alta qualidade, a integração entre a equipe é fundamental. Os membros das equipes precisam estar cientes do que os seus colegas estão fazendo. Para que isso seja possível, é necessário que haja interação, que as equipes e os profissionais possam compartilhar informações, priorizando a tomada de decisões conjuntas entre unidades relevantes, a fim de alcançarem objetivos e estratégias semelhantes (MOSSER; BEGUN, 2015).

O interesse no trabalho em equipes na saúde foi despertado quando se reconheceu que uma saúde de alta qualidade é alcançada não somente pela prática competente de profissionais trabalhando individualmente, mas também pela presença de sistemas – contextos, definições de tarefas, processos – que permitam e estimulem boas práticas e protejam contra os percalços. Uma equipe de trabalho é um grupo de trabalho definido, com indivíduos interdependentes, que compartilham

responsabilidades e possuem autoridade suficiente para buscar um objetivo comum (MOSSER; BEGUN, 2015). A equipe profissional é vista como um “agente institucional” que promove práticas de poder para moldar o trabalho de forma a reproduzir ou transformar as estruturas profissionais existentes. O trabalho em equipe é socialmente construído e moldado pelos contextos organizacional e profissional e emerge a partir de processos de micronegociações entre os atores sociais, assumindo várias formas através das configurações organizacionais (FINN et al. 2010). Os autores propõem que o trabalho em equipe mediado institucionalmente apresenta como características:

- Emergir através de processos de construção social: por meio de negociações entre os atores sociais, baseadas em interesses particulares dentro de relações de poder e identidade, distanciando-se do ideal teórico normativo, de modo que os objetivos compartilhados e os propósitos comuns substituem interesses individuais. O trabalho em equipe – também – pode ser visto como uma forma de controle gerencial, alinhando os objetivos dos empregados aos da organização (autodisciplina e socialização);
- Ter seus processos moldados pelo contexto organizacional em que ocorrem: além do contexto, a finalidade também é importante. São características contextuais internas do ambiente de trabalho: atitude e compromisso da gestão, atitudes e expectativas dos empregados, gestão de recursos humanos (treinamento e desenvolvimento, processos de seleção, gestão de desempenho e sistemas de recompensa), agregada a liderança de equipe (não policalesca, mas treinadora), sem hierarquização e com ideias democráticas de trabalho. São características

contextuais externas do ambiente: circunstâncias sociais e econômicas nas quais a organização está inserida;

- Ter as forças institucionais como importante influência sobre a natureza do trabalho em equipe: sejam elas as forças coercitivas/regulamentadoras, normativas e cultural-cognitivas, que fornecem regras padronizadas para as práticas organizacionais e servem como meio de reprodução dessas instituições a nível local, reforçando, dessa forma, sua legitimidade e aumentando as suas chances de sobrevivência. As unidades locais reproduzem o status quo institucional;
- Ter as relações profissionais exercendo uma influência significativa: grupos profissionais fortes exercem influência sobre as práticas organizacionais. O ideal de integração pode ser prejudicado pela filiação profissional, já que as profissões operam dentro de um sistema interdependente e competitivo, com um pano de fundo de arranjos estruturais e relações de poder. O poder é um “campo relacional da força”, através do qual conjuntos complexos de relações profissionais são reproduzidas ou transformadas. Embora as estruturas profissionais não determinem poder, elas fornecem as bases para o poder;
- Ser moldado por uma interação complexa entre os profissionais e o contexto local organizacional, no nível micro/local: os efeitos das relações profissionais institucionais serão mediados pela organização local – as formas como os profissionais acomodam, reproduzem e potencialmente perturbam as forças



institucionais no trabalho em equipe dependerá do contexto organizacional (circunstâncias e contingências locais que circunscrevem os efeitos das forças institucionais).

## **A ergologia de Schwartz e o trabalho coletivo**

No debate contemporâneo sobre o trabalho, Schwartz (2007) considera que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada. O coletivo prescrito se distingue do coletivo real porque se reconstitui conforme a necessidade do trabalho. Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e coletivamente.

O conceito de equipe, compreendido na maioria das vezes como algo estável, é limitado para analisar o trabalho coletivo, pois a construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, já que a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. Scherer, Pires e Schwartz (2009) argumentam que a organização e a gestão do trabalho sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade. Levando em conta, de um lado, as limitações institucionais e pessoais, e de outro, a especificidade do trabalho em saúde no exercício profissional, percebe-se que as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos/trabalhadores. Portanto, para alcançar mudanças no modelo assistencial é preciso considerar essas dimensões,

que ultrapassam o modelo tradicional prescrito de políticas. Tanto o trabalho médico quanto o dos demais profissionais de saúde deve ser concebido como parte de uma totalidade complexa e multideterminada; é um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação.

## **Gestão do trabalho na saúde**

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, paralelamente a esse processo, surgiram as dificuldades de operacionalização da atenção à saúde (PIERANTONI et al., 2008) e do processo de gestão. Acerca desse processo, Ceccim e Feuerwerker (2004) esclarecem que o modo pelo qual o sistema de saúde brasileiro está organizado coloca o usuário como corresponsável pela gestão, sendo direito e dever da sociedade participar dos processos de tomada de decisão no SUS por meio do controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A realidade atual dos estabelecimentos de saúde gera um sentimento de que um dos princípios organizativos mais importantes do SUS está sendo esquecido pelos gestores: a participação da comunidade. Para mudar esse cenário, os serviços de saúde devem criar estratégias para incentivar os cidadãos a se enxergarem dentro de um contexto social e cultural, motivando os usuários a terem autonomia sobre suas próprias vidas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Ao descrevermos os processos de gerenciamento dos sistemas de saúde brasileiros, torna-se difícil dissociar esses processos da problemática apresentada por Merhy (1997), quando refere que tais instituições estão voltadas para outros interesses em vez de se preocupar com a saúde dos cidadãos.

Apesar das dificuldades citadas, alguns autores têm trazido provocações para mudanças nesse cenário desfavorável. É o caso de Scherer, Pires e Schwartz (2009) que afirmam que, para ocorrerem mudanças no modelo assistencial, é preciso que um processo de corresponsabilização entre profissionais e usuários seja construído. Afirmam que a logística de um serviço de saúde não pode ter padrões fixos, pois depende do trabalho dos profissionais da saúde, que precisam ter autonomia para atender o usuário de acordo com a necessidade de cada caso. Torna-se um grande desafio à gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades dos usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde. As principais dificuldades na gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: (i) à relação entre sujeitos individuais e coletivos; (ii) à história das profissões de saúde de seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado; e (iii) à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho.

Pensando no contexto administrativo dos serviços, cabe destacar que a maneira como as instâncias se articulam estrategicamente gera polêmicas em relação aos modelos tecno-assistenciais. Estes se relacionam às tecnologias mais adequadas quanto à organização das práticas de saúde e às possibilidades de inovação dessas práticas, as quais envolvem as equipes e os trabalhadores da saúde (FEUERWERKER, 2005).

## **Trabalho em equipe e ensino na saúde**

A reforma sanitária foi um movimento político, técnico e social que preconizou a saúde como direito de todos e dever do Estado, objetivando melhorar as condições

de saúde da população e aumentar o acesso aos serviços de saúde. As transições demográfica e epidemiológica, que vêm alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicam a importância da articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde (HADDAD et al., 2010).

A história da formação superior dos cursos da área de saúde deriva de um modelo de ensino tradicionalmente centrado em conteúdos compartimentados e isolados. É um modelo que fragmenta o ser humano em especialidades e dissocia os conhecimentos das áreas básicas e clínicas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), provocando dúvidas quanto à capacidade desses profissionais de suprirem as necessidades de saúde da população.

No ambiente hospitalar, percebe-se que o estímulo ao trabalho multiprofissional vem crescendo, principalmente por meio da criação das residências em saúde multiprofissionais. A partir daí, espera-se que o profissional desenvolva uma visão mais global da realidade, conheça o “fazer” do colega de outra área, compartilhe experiências, tolere diferenças e as respeite, saiba gerir os conflitos da equipe e consiga transformar as adversidades a favor do crescimento do grupo. Porém, parece que ainda estamos na fase teórica desse processo; conseguimos, por exemplo, avançar na efetividade do trabalho em equipe dentro da residência multiprofissional, mas ainda não conseguimos interligá-la completamente à residência médica, o que traz limitações para a assistência do usuário.

Na atenção básica, o trabalho interdisciplinar ainda é uma realidade por vezes longínqua. Por mais que as políticas públicas preconizem o desenvolvimento de atividades voltadas à integralidade e à interdisciplinaridade nos processos de trabalho, a realidade política atual traz

grandes dificuldades para os gestores e para as equipes de saúde quanto à organização dos serviços, principalmente em relação à contratação de pessoal e à formação de vínculos entre as pessoas no ambiente de trabalho. Nos municípios menores, essa realidade é ainda mais problemática, pois a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior não acontece, indo na contramão desta que seria uma importante estratégia de construção da interdisciplinaridade e de melhoria do cuidado, ainda na fase de construção do perfil profissional dos estudantes. Em função disso, faz-se necessária a aproximação dos serviços de saúde e das instituições de ensino superior, tendo em vista as mudanças implantadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação da área. Essa aproximação pode propiciar aos estudantes desenvolver competências no cuidado em saúde durante sua formação. O conceito de competência, nessa concepção de reorganização curricular, é a integração de saberes/conhecimentos, capacidades/aptidões e posturas/valores (SILVA E TEIXEIRA, 2012).

## **Competências no trabalho em equipe**

Para a garantia de segurança e bons resultados, os membros das equipes precisam ter conhecimentos e habilidades relevantes para o trabalho eficiente, além de determinados valores. Tudo isso ultrapassa o que é necessário para o exercício da profissão. Tais necessidades são chamadas de competências. Assim, pode-se entender competência como: uma habilidade para desempenhar uma função específica; um domínio particular sobre determinada técnica/assunto; um valor que pode ser expresso em ação; ou alguma combinação dos três (MOSSER e BEGUN, 2015).

Schwartz (2007) sugere que existem três elementos fundamentais na noção de competência: (i) a apropriação de normas antecedentes, codificadas e que estruturam toda a situação de trabalho; (ii) o domínio relativo ao que uma situação pode ter de inédito; e (iii) a capacidade de gerir o inédito, quando a pessoa é remetida a si própria para a tomada de decisões, envolvendo valores que se cruzem ou se articulem com os dois primeiros elementos. O autor traz o conceito do “agir em competência” como a articulação desses elementos distintos nas diversas situações de trabalho.

Já Ramos (2011) traz a noção de competência, definindo-a como um deslocamento conceitual da qualificação, estabelecendo que os saberes tácitos e sociais se sobrepõem aos saberes formais, desvinculando o conceito de qualificação que se baseia, unicamente, nos conceitos técnico-científicos das atividades profissionais. A competência – então – corresponde à capacidade de agir de maneira eficaz diante de determinada situação. Depende de conhecimento, mas não se limita a ele. Deve ser compreendida como um processo e não apenas um produto. Não há, assim, um sujeito totalmente competente ou incompetente. Tanto as competências quanto o indivíduo competente não estão prontos, mas são construídos diariamente, no decorrer do desenvolvimento profissional (COSTA e ARAÚJO, 2011).

## **Trabalho coletivo e administração de conflitos**

O trabalho coletivo provoca grandes anseios no cotidiano dos serviços de saúde. É inevitável que as relações de trabalho produzam discussões e desavenças entre os profissionais, ou seja, que haja conflitos, uma vez que cada indivíduo tem suas crenças, valores e opiniões particulares. De acordo com o dicionário Aurélio da língua portuguesa

(FERREI-RA, 1993), a palavra conflito vem do latim *conflictu*, significando embate dos que lutam; discussão acompanhada de injúrias; desavença; oposição e luta de diferentes forças.

Nas sociedades contemporâneas, os processos organizativos são baseados em uma estrutura mais ou menos complexa, de especialização e divisão de atividades, sendo esses fatores indispensáveis para que uma organização atinja a sua meta (SILVA e MENDES, 2012). Atualmente, um dos grandes desafios encontrados nas organizações é descobrir maneiras para lidar com a diversidade da força de trabalho, ou seja, para enfrentar as diferenças entre os indivíduos (ROBBINS, 2002). O ponto forte que favorece o crescimento das organizações, hoje, é a capacidade de enxergar o trabalhador como capital humano, como alguém que tem o poder de agregar conhecimentos para as organizações (NASCIMENTO, 2008).

Por outro lado, por mais que os indivíduos sejam parceiros em seus ambientes de trabalho, por mais que tenham uma relação amigável e objetivos comuns, a diferença de cultura e de valores em algum momento vem à tona, acarretando conflitos e eventuais desentendimentos no ambiente de trabalho. Os conflitos são inevitáveis e, muitas vezes, são a partir deles que se produzem mudanças, ou seja, querer evitá-los é um desperdício de tempo e de energia. Desta forma, o desafio não é impedir que o conflito aconteça, mas sim saber geri-lo de maneira adequada, mantendo um ambiente de trabalho harmonioso e salutar.

## **A importância do bom ambiente de trabalho**

As pessoas são diferentes e o mercado de trabalho tem grandes desafios para enfrentar a diversidade humana e lidar com as diferenças. É evidente que não é possível tratar as pessoas de forma homogênea, como se apresentassem características iguais, com histórias de vida, culturas, sonhos, personalidades e objetivos semelhantes. Muitas organizações estão buscando valorizar as diferenças entre os profissionais, tratando a diversidade como fator potencial para o desenvolvimento da criatividade e da inovação. É essa imensidão de possibilidades provocada pela diversidade humana que enriquece o ambiente de trabalho.

Portanto, lidar com tantas diversidades é um trabalho bastante árduo. Enfrentar os descontentamentos e as desavenças entre as equipes é quase uma arte, em que o artista vai moldando seus conhecimentos técnicos, desenhando as linhas que ligam uma pessoa na outra, redefinindo as formas que não estavam em sincronia, para que o resultado final seja uma peça única.

## **Equipes de saúde efetivas/ equipes que dão certo**

As equipes de saúde são, muitas vezes, consideradas como equipes clínicas, ou seja, aquelas que prestam atendimento direto ao paciente, buscando a excelência desse atendimento. A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (apud MOSSER e BEGUN, 2015, p. 96) estabelece as seguintes “metas” para se obter a melhoria do atendimento em saúde:

- Segurança: atendimento de saúde seguro é aquele que não causa danos aos pacientes, em que não se cometem erros. Os erros mais comuns são



trocas de medicamentos, diagnósticos imprecisos, procedimentos cirúrgicos realizados em partes erradas do corpo etc.

- **Efetividade:** possibilidade de prevenção, cura ou alívio dos sintomas de uma patologia. (...) O atendimento efetivo atinge seus objetivos anulando os efeitos nocivos da doença física ou mental ou evitando a ocorrência da doença.
- **Centrado no paciente:** focado em atingir seus objetivos, coerente com os seus valores e as suas preferências e atento à sua impressão sobre o atendimento de saúde.
- **Oportuno:** sem atrasos desnecessários para realizar consultas e exames, e/ou receber informações.
- **Eficiência:** usa o mínimo possível de recursos para alcançar o resultado desejado, qualquer que seja ele.
- **Equidade:** reduz as disparidades em diferentes populações, definidas pelo nível de rendas e outros fatores que são irrelevantes ao atendimento prestado e à sua qualidade.

**Quadro 1 - Características de equipes efetivas**

Estrutura da Equipe	Foco da Equipe	Orientação da Equipe	Colaboração na Equipe	Gestão da Equipe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos compartilhados.</li> <li>- Responsabilidade compartilhada.</li> <li>- Liderança bem definida.</li> <li>- Líder reconhecido.</li> <li>- Hierarquia.</li> <li>- Autoridade adequada.</li> <li>- Estabilidade do conjunto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeito pelo paciente e seus familiares.</li> <li>- Geração de confiança em paciente e familiares.</li> <li>- Apoio do paciente como parceiro e gestor de seu atendimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores comuns.</li> <li>- Concordância com os processos utilizados.</li> <li>- Identidade.</li> <li>- Atenção ao clima social.</li> <li>- Responsabilidade mútua.</li> <li>- Investimento de tempo em atividades formadoras e mantenedoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeito mútuo pelos seus membros e pelo paciente.</li> <li>- Confiança.</li> <li>- Interdependência ativa.</li> <li>- Uso de evidências científicas nas tomadas de decisões.</li> <li>- Comunicação eficiente.</li> <li>- Prevenção e administração de conflitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de propósito e estrutura.</li> <li>- Ambiente social favorável.</li> <li>- Prazer de trabalhar.</li> <li>- Formação efetiva.</li> <li>- Operações efetivas em equipe.</li> <li>- Administração de conflitos sem solução.</li> <li>- Treinamento efetivo e oportuno.</li> <li>- Melhora sistemática do desempenho.</li> <li>- Apoio efetivo da chefia geral.</li> <li>- Apoio da instituição.</li> </ul>

Fonte: Mosser e Begun, 2015

Segundo Mosser e Begun (2015), o trabalho em equipe traz alguns riscos. O mais frequente seria a “ociosidade social” ou a falta de comprometimento que ocorre quando um membro capacitado a desempenhar determinada tarefa trabalha e outros, também capacitados, somente assistem, o que pode ser um fator desmotivador para o grupo. Outro risco é que haja domínio pela hierarquia ou pela personalidade, fazendo com que a tomada de decisões e as ações sejam desarticuladas, pois os membros não expõem o que pensam e apenas fazem o que acreditam ser esperado deles.

Além disso, os mesmos autores consideram que a diminuição da criatividade também pode ser um risco, devido principalmente à possibilidade de haver críticas e desaprovação das ideias apresentadas ao grupo, e o “bloqueio de produção” justificado pela impossibilidade de desempenhar diferentes funções em um procedimento complexo e manter a qualidade, apesar do entusiasmo pela prática de múltiplas tarefas. Os autores finalizam pontuando que a ausência de reuniões de equipe, a existência de equipes puramente virtuais, a marginalização de membros iniciantes, a repressão de ideias novas/originais e a discordâncias de opiniões, bem como o alcance do consenso prematuramente, podem agravar o bom desempenho da equipe.

## **Considerações finais**

Ao nos depararmos com o desafio de refletir sobre o trabalho em equipe, a gestão e o ensino na saúde, percebemos o quanto essas temáticas precisam estar interligadas e conectadas para se tornarem efetivas e eficazes. O que está preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais

(BRASIL/MEC, 2017) corrobora essa ideia quando prevê que a graduação tenha uma maior aproximação com a comunidade e estimula o trabalho coletivo em equipe. Precisamos formar sujeitos/profissionais capazes de dialogar entre a teoria e a prática, que possam ter uma compreensão sobre a realidade em que estão inseridos e que tenham uma leitura global do seu fazer, partilhando do saber integrado com outros profissionais e possuindo uma visão humanística e integral do paciente.

Fica claro que precisamos, cada vez mais, nos desenvolver enquanto profissionais e que gerir e trabalhar em equipe não é tarefa fácil, principalmente onde existem muitos atores diretamente envolvidos. Ou seja, além dos profissionais e dos demais trabalhadores da área, existem os usuários, a sociedade em geral e a cultura da instituição da qual fazemos parte, que necessitam conversar e se interconectar para uma prática efetiva de trabalho.

A tarefa de estimular o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em equipe requer uma complexidade de ações. É um processo de construção cotidiana nos momentos em que, durante o desempenho de nossas atividades, optamos por ações e valores que refletem o respeito à ética, ao trabalho coletivo integrado e ao bem comum. Não importa se trabalhamos num ambiente hospitalar, numa unidade de saúde ou numa instituição de ensino, pois sempre nos depararemos com as dificuldades do trabalho coletivo.

Por fim, acreditamos que estamos em processo de construção de equipes de saúde efetivas, necessárias para uma assistência de excelência. Contudo, também temos a convicção de que a excelência parece algo muito distante da nossa realidade, mas que trabalhamos no viés do “possível”, buscando nos desenvolver e nos capacitar continuamente. Talvez possamos almejar que essa consciência crítica comece

nas séries iniciais das escolas e não apenas nas instituições universitárias. Acreditamos que ao formarmos cidadãos íntegros, detentores de conhecimento acerca de sua saúde e dos meios disponíveis para mantê-la, poderemos modificar o status quo dos serviços de saúde, investindo na priorização de práticas preventivas e de hábitos saudáveis no autocuidado e dos que os cercam, tornando-os multiplicadores desse conhecimento e agentes transformadores de suas realidades. Em síntese, esperamos auxiliar na ampliação da autonomia e da capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas (CAMPOS, 2003).

## Referências

- BRASIL. MEC (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO). Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>>. Acesso em: mar. 2017.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 31, n. 3, p. 66-77, 2007.
- DUNCAN, B. B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- FINN, R.; CURRIE, G.; MARTIN, G. Team Work in Context: Institutional Mediation in the Public-service Professional Bureaucracy. *Organ. Stud.* v. 31, n. 8, p. 1069-1097; 2010.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

- MARQUIS B.L.; HUSTON, C.J. Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MOSSER, G. & BEGUN, W. Compreendendo o trabalho em equipe na saúde. Porto Alegre: AMGH, 2015
- NASCIMENTO, C. T. A psicopedagogia e a aprendizagem organizacional: a importância da gestão do conhecimento na administração de recursos humanos. 2008.
- Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1027>>.
- PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Revista Ciência e Cognição, v. 8, p. 68-87. 2006.
- RAMOS, M. N. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 4. ed. São Paulo: Cortez; 2011. 320p.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCWARTZ, Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Revista de Saúde Pública, Brasília, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.
- SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L (Org.) Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.
- SILVA, B. M. B.; TEIXEIRA, M. A. P. Autopercepção de competências transversais de trabalho em universitários: construção de um instrumento. Estud. Psicol., Natal, v. 17, n. 2, p. 199-206, mai./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/02.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2014.
- SILVA, S. C. B.; MENDES, M. H. Dinâmicas, jogos e vivências: ferramentas úteis na (re) construção psicopedagógica do ambiente educacional. Rev. Psicopedagogia, v. 29, n. 90, p. 340-55, 2012.
- STARFIELD B. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.