Peduzzi M; Leonello VM; Ciampone MHT . Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA[1]

Marina Peduzzi

Maria Helena Trench Ciampone

Valeria Marli Leonello

O trabalho em equipe de saúde e de enfermagem começa a ser veiculado na década de 1950 em um cenário de mudanças das concepções de saúde e doença e do modo de organização dos serviços de saúde, orientadas pela abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença e da noção de atenção integral ao paciente (PEDUZZI, 2009). Estas mudanças continuam em curso, com avanços e retrocessos, e sobretudo reforçadas pelo novo perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e crescimento das doenças crônicas. Este perfil populacional coloca o desafio crescente de cuidados de longo prazo, nas múltiplas dimensões das necessidades de saúde, para as quais é preciso contar com profissionais de diferentes áreas atuando como equipes.

A partir dos anos 1990 o debate em torno do trabalho em equipe se amplia com o reconhecimento que não basta cada equipe funcionar bem, mas que é igualmente necessária a integração e colaboração entre as diferentes equipes de um serviço e entre equipes dos diversos serviços da rede de atenção à saúde. E mais que isso é necessário que a formação para o trabalho em equipe e prática colaborativa inicie nos cursos de graduação e se mantenha ao longo dos processo de educação permanente dos profissionais de saúde e de enfermagem (PEDUZZI et al, 2016).

Assim, coloca-se no cenário mundial, o crescente reconhecimento da necessidade de realizar a transição do modelo uniprofissional de prática e formação profissional, ainda predominante, para a prática e educação interprofissionais colaborativa e centrada no paciente, com vistas à qualidade da atenção à saúde de usuários, famílias e comunidades (WHO, 2010; FRENK et al, 2010).

Nesse processo os profissionais de enfermagem ocupam um espaço de destaque, pois, por um lado representam mais da metade dos profissionais de saúde e asseguram a continuidade dos cuidados, em especial nos hospitais e serviços especializados, mas também nos serviços de atenção primária à saúde. De outro lado, realizam ações específicas de enfermagem e ações complementares às outra áreas profissionais que lhes permitem construir interfaces e articulações que dão sustentação ao conjunto da atenção à saúde.

Este segundo aspecto é explorado por Propp et al. (2010) em estudo que analisa os padrões de comunicação dos enfermeiros junto aos demais profissionais de enfermagem e de saúde, e identifica que os enfermeiros são reconhecidos como centros de recepção e difusão de informação e com isso ajudam na tomada de decisão sobre o plano de cuidado dos pacientes e na sinergia da equipe. Estudo desenvolvido no Brasil identifica que os profissionais de enfermagem reconhecem a complementaridade das várias profissões que atuam para a resolução dos problemas de saúde dos pacientes, buscam realizar articulação entre as ações de saúde executadas pelos diferentes profissionais e expressam uma concepção de trabalho em equipe de enfermagem que inclui a ação interprofissional (SOUZA, 2011).

Cabe destacar que a divisão do trabalho de enfermagem expressa, desde sua origem, a marca de trabalho coletivo. A enfermagem não constitui um trabalho solo que possa ser desenvolvido por uma pessoa só, tal como ocorreu com outros trabalhos especializados como medicina, psicologia e outros, que se caracterizaram, ao longo do tempo, predominantemente no

---

[1] Material em análise para publicação. Nova edição do Livro KGerenciamento em Enfermagem.

âmbito da consulta profissional – paciente. O cuidado de enfermagem caracteriza-se pelo cuidado continuo e constante de pacientes e familiares, e também da organização, de modo que foi se constituindo como prática exercida por um conjunto de agentes. Isso levou os enfermeiros a desenvolverem competências de cunho gerencial como coordenação, supervisão, liderança e, mais recentemente, trabalho em equipe.

Estudos recentes tem destacado a importância do papel de liderança do enfermeiro (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011), como elemento central não só para a equipe de enfermagem, bem como para a equipe de saúde. A visão ampliada do enfermeiro e sua atuação no gerenciamento do cuidado, o torna uma referencia para toda equipe de saúde (MOURA et al, 2013).

Curtis et al (2011), ressaltam que há distinção entre o que chamamos de gerente e o líder. Para os autores, embora a própria literatura ainda não apresente um consenso sobre essas distinções, o elemento chave que diferencia os dois é a atitude diante do processo de trabalho. O gerente gerencia, enquanto o líder inova; o gerente mantém os processos, enquanto o líder desenvolve; o gerente controla enquanto o líder inspira; o gerente tem uma visão mais restrita e o líder uma visão mais ampliada; o gerente pergunta como e quem irá executar ou desenvolver um trabalho, o líder pergunta o que e por que esse trabalho deve ser desenvolvido; gerentes aceitam o "status quo", enquanto líderes desafiam-no.

Embora se reconheça um movimento na direção de relações profissionais mais horizontais em um ambiente organizacional mais participativo, o que tenderia a favorecer o trabalho em equipe, observa-se um movimento contraditório em permanente tensão entre: a necessidade de integração dos trabalhos produzidos pelas diferentes áreas da saúde e a tendência a especialização profissional precoce.

A especialização, por sua vez, ocorre tanto no âmbito da produção do conhecimento, quanto na atuação prática dos profissionais inseridos na prestação de serviços de saúde. Ou seja, tanto as ciências e os saberes técnicos que fundamentam as intervenções, como as próprias ações executadas, tendem a ser cada vez mais especializados. Dessa especialização, em parte, depende a eficácia do cuidado aos usuários, pois a crescente incorporação tecnológica em saúde e a velocidade da produção e difusão de novos conhecimentos, requer que os profissionais aprofundem de forma vertical suas competências e habilidades, o que intensifica a especialização.

Por outro lado, o serviço de saúde especializado tende à fragmentação do cuidado prestado ao paciente, configurando uma teia de ações executadas por diferentes agentes e frequentemente sem conexões aparentes. Na atualidade, a nenhum trabalhador de saúde em separado, cabe a possibilidade de atender ao conjunto de demandas de saúde apresentadas pelos pacientes, ou mesmo, por um único usuário em particular. Por isso torna-se necessário que os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas e tomem estes nexos verdadeiramente em consideração, articulando suas ações.

A integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, consiste em um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme consta na Lei 8.080 de 19/09/90. (BRASIL, 1991). Portanto, a noção de integralidade abrange desde a formulação de políticas no nível macro, da União, Estados e Municípios, à produção de ações de cuidado de saúde e de enfermagem na prática cotidiana dos serviços e dos indivíduos específicos – os profissionais de saúde.

Nesta perspectiva Penna e Viegas (2013:133), analisam que:

O trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e favorecer uma ação interdisciplinar. Dessa maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.

Dessa forma, faz-se necessário articular as diversas ações realizadas no interior da equipe, do setor, da unidade e do serviço, bem como integrar os setores, unidades e serviços entre si.

A necessidade de integração também torna-se evidente se considerarmos as múltiplas dimensões das necessidades de saúde. Estas expressam, simultaneamente, dimensões biológicas,

psicológicas, sociais e culturais de indivíduos e grupos sociais que vivem em determinadas condições sócio-históricas. A complexidade das necessidades e dos problemas de saúde, com os quais se defrontam usuários e profissionais, demandam investimentos efetivos na integração de pessoas e ações.

Retomando a contradição referida acima, entre especialização e integração, é justamente a intensa especialização do trabalho em saúde que coloca a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados e o desafio da integração das ações. Essa integração pode ser vista como expressão da articulação entre trabalhos de agentes de uma mesma área profissional (equipe de enfermagem, equipe médica, equipe de nutrição, outras) e também entre trabalhos produzidos por profissionais de diferentes áreas (equipe interprofissional de saúde). Ambas as modalidades de trabalho em equipe são tratadas a seguir, especialmente o trabalho em equipe de enfermagem e o trabalho em equipe interprofissional.

Mais adiante, neste capítulo, o trabalho em equipe também será abordado da perspectiva do processo grupal, considerando este um dos aspectos relevantes para o gerenciamento de pessoas na área da saúde e de enfermagem.

A organização do trabalho em saúde por equipes

A noção de equipe predominante nos serviços de saúde ainda se limita à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que não se traduz imediatamente e automaticamente em integração e colaboração entre os profissionais, o que se espera ocorre em equipes efetivas, ou seja, aquelas que produzem resultados de qualidade na atenção às necessidades de saúde dos pacientes, familiares e comunidade (WEST, LYUBOVNIKOVA, 2013).

Identificam-se, assim, dois tipos diferentes de trabalho em equipe: a **equipe integração**, na qual observa-se a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a **equipe agrupamento**, em que ocorre a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Esta tipologia expressa uma polaridade que mostra, de uma parte, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, de outra parte, a tendência a manutenção da fragmentação das ações e o estranhamento e distanciamento dos agentes (PEDUZZI, 2009).

Cabe, portanto, perguntar o que caracteriza o trabalho em equipe integrado (do tipo equipe integração) e sobretudo como alcançá-lo.

Considera-se que a integração no trabalho em equipe expressa, simultaneamente e de forma complementar, dois aspectos que a caracterizam: a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais da equipe, e a comunicação entre seus componentes, orientada para o entendimento. Para integrar a equipe não basta tomar isoladamente as intervenções independentemente dos sujeitos que as executam, nem tampouco tomar a interação dos profissionais como se fossem relações pessoais independentes da situação de trabalho coletivo em que se encontram envolvidos (PEDUZZI, 2008). Além disso, o veículo através do qual ocorre efetivamente a articulação das ações é a comunicação.

Assim sendo, entende-se a **articulação das ações** no sentido de colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho, e a **interação dos agentes** no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo e colocam-se de acordo acerca de seus planos de ação.

Na prática comunicativa os profissionais de saúde e de enfermagem constroem consensos sobre um plano de ação por meio de uma modalidade de comunicação dialógica – de dupla mão, em que os envolvidos partilham o conteúdo dos enunciados, as normas e os valores que os acompanham. Ou seja, coloca-se de acordo quanto ao que dizem e aos valores pressupostos, ou seja, compartilham um horizonte ético (HABERMAS, 2012).

Entretanto, a comunicação que articula as ações realizadas pelos diversos profissionais pode ser uma comunicação de mão única, que visa apenas a passagem de informações para otimizar a realização da técnica e para a obtenção do resultado. Isso não representa nenhum problema ou obstáculo para a integração da equipe, desde que esta saiba reconhecer os momentos em que é necessário, não apenas reiterar a técnica, mas refletir e negociar para esclarecer a melhor

interpretação da situação encontrada e a melhor conduta frente a ela. Ou seja, há um conjunto de intervenções já consagradas que não requerem um novo acordo entre os componentes da equipe, mas há uma série de situações de trabalho e de cuidado do usuário e da população para as quais é preciso buscar um consenso através do diálogo e da negociação.

Nesta perspectiva, a interação dos profissionais não é externa ao trabalho, mas pelo contrário, faz parte do próprio processo trabalho e quando a equipe atua de forma integrada e colaborativa, expressa uma relação recíproca, de mútua influencia, entre trabalho e interação (PEDUZZI, 2009).

Com base nessa concepção de trabalho em equipe pode-se identificar um conjunto de características de uma equipe integrada: comunicação efetiva; reconhecer o trabalho do(s) outro(s) profissional(s), suas especificidades; questionar a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; construir objetivos comuns; promover a tomada de decisão compartilhada, exercer autonomia profissional tomando em consideração a interdependência das diversas áreas e construir um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2008).

A flexibilização da divisão do trabalho busca superar a rigidez da divisão estanque de atividades por área profissional e construir tanto ações comuns, executadas por agentes de distintas profissões, quanto reconhecer e aceitar sobreposição das fronteiras profissional. Portanto, convivem trabalho especializado e trabalho comum compartilhado e colaborativo. Isto, por outro lado, significa que é necessário e importante preservar as diferenças técnicas dos trabalhos especializados, pois cada área profissional realiza um certo elenco de ações próprias para as quais seus respectivos agentes encontram-se especialmente capacitados. A busca da clareza da especificidade de cada trabalho especializado convive com o questionamento das próprias fronteiras estabelecidas.

Outros questionamentos precisam ser feitos para avançar na integração da equipe, principalmente sobre as desigualdades entre os trabalhadores, que expressam uma hierarquia que foi estabelecida entre as áreas de conhecimento, as profissões, reproduzidas no cotidiano do trabalho.

A autonomia profissional representa um aspecto importante do trabalho no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentadas no conhecimento profissional a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade. Todos os profissionais de saúde executam suas ações dentro de uma certa esfera de autonomia e de responsabilidade, correspondente à sua área de atuação, mas para que a equipe possa articular seu trabalho é preciso que os seus componentes tomem em consideração a interdependência de suas ações e a autonomia profissional do outro.

Todas essas características do trabalho em equipe requerem, para sua efetivação, de comunicação e interação entre os agentes, no sentido de construírem consensos e acordos, mesmo que provisórios e revistos sempre que necessário. Este processo permite, ao longo de uma experiência comum de trabalho em equipe, construir um projeto assistencial comum, o que poderia ser destacado como uma marca da equipe, pois será em torno desse projeto comum que os diferentes componentes da equipe organizam seu trabalho, reconhecendo o trabalho do outro e os pontos de conexão.

A literatura sobre trabalho em equipe tem sido unânime em reconhecer que as equipes constituem pequenos grupos de trabalho, pois quanto maior o número de componentes da equipe, mais numerosos os mecanismos de controle que precisam ser inseridos nos processos de trabalho, que tendem a burocratiza-lo e tornar mais difícil a comunicação e interação entre os membros.

Estudos mais recentes tem acrescentado a noção de prática colaborativa interprofissional, ao trabalho em equipe na atenção em saúde. A colaboração é entendida como um processo em que diferentes profissionais trabalham juntos para impactar positivamente o cuidado em saúde e, portanto requer a construção de consensos e de reconhecimento dos papéis de cada profissional envolvido na equipe. Já a interprofissionalidade refere-se à articulação de, pelo menos, dois profissionais de diferentes áreas profissionais para o desenvolvimento do cuidado em saúde (WHO, 2010).

A literatura internacional traz evidências do impacto do trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa interprofissional na atenção à saúde melhorando os resultados do cuidado em saúde, no que se refere à segurança no cuidado e satisfação do usuário. É observado também o

impacto positivo nos próprios profissionais, associado a maior retenção profissional e satisfação no ambiente de trabalho (CARTER, BOSWORTH, GREEN, 2012; ZWARENSTEIN, GOLDMAN, REEVES, 2009).

Para o alcance da prática colaborativa interprofissional, faz-se necessário reconhecer os aspectos que fortalecem e facilitam essa prática, bem como as barreiras e desafios que podem dificultar ou até mesmo impedir que os profissionais possam atuar de forma colaborativa em prol do atendimento às necessidades de saúde dos usuários/comunidade.

Competências para o trabalho em equipe na perspectiva da prática interprofissional e colaborativa

Conforme apontado anteriormente, a representação usual de alguns gerentes que acreditam, ainda, que o trabalho em equipe acontece quando um grupo se encontra e discute o trabalho, deve ser reconhecida e superada. Nessa mesma direção, existe a representação de que quando o trabalho em equipe ocorre, não ocorrem desavenças, conflitos ou atritos entre pessoas e todos se dão bem. Há, também, a representação que ele acontece quando um grupo toma decisões votando democraticamente. O que foi ressaltado até então, é que esses elementos não constituem necessariamente uma equipe integrada e nem mesmo um grupo mas sim um agrupamento ou uma serialidade. Trabalhar em harmonia, votar e reunir-se para discutir questões comuns pode ocorrer sem que se configure um trabalho em equipe.

Segundo Pichon Rivière (2000), que foi um estudioso do processo grupal, um grupo torna-se equipe quando estabelece objetivos e metas comuns, quando a liderança se alterna entre as pessoas, quando o processo de comunicação flui entre todos os membros, permitindo que as ações sejam desenvolvidas em complementaridade. Desse modo, colaborativo/cooperativo, a tarefa grupal se desenvolve rumo a um projeto comum estabelecido com base em consenso.

Uma equipe usa as habilidades, as competências e os recursos de todos os seus membros, planeja suas atividades, é sistêmica em seu processo decisório e de resolução de problemas e empenha-se para chegar à produtividade máxima.

Uma equipe torna-se uma organização coesa quando envolve seus membros no processo de planejamento e de tomada de decisões. Todos os membros da equipe sentem-se responsáveis pelo sucesso da equipe. Visualizam-se como parte integrante da organização. Todos os membros da equipe empenham-se para manter relações de cooperação por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos. Quando a equipe ganha, cada um sente-se como um vencedor.

Na atualidade, a necessidade de desenvolvimento contínuo das competências para trabalhar em equipe e coordenar grupos acentua-se, à medida que o fenômeno da globalização – que engloba uma multiplicidade de outros fenômenos que configuram uma redefinição nas relações internacionais em diferentes áreas da vida social (economia, finanças, tecnologia, comunicações, cultura, outras) – gera um cenário de extrema complexidade. Esse cenário complexo, onde o trabalho em saúde se insere no setor terciário da economia, sob a forma de prestação de serviços, exige que façamos um esforço para uma compreensão global e ampliada da problemática que, em última instância, requer dos profissionais/trabalhadores o desenvolvimento de competências para trabalhar de modo cooperativo, em times ou equipes de trabalho.

Isso exige que tenhamos fundamentação teórica e prática em referenciais, que ainda estão em processo de construção, portanto, inacabados. Assim os estudos a respeito do trabalho em equipe e dos processos grupais, se constituem em importantes pistas para redefinir as relações interpessoais e intergrupais nas organizações de saúde, bem como, as políticas de gestão de pessoas que vão ao encontro dessas necessidades que incidem sobre os cenários de trabalho.

Com base no conceito atual de que as organizações configuram-se a partir de redes de relações constituindo-se em verdadeiras arenas onde os conflitos emergem inevitavelmente, é importante considerar que as equipes podem aprender a exercitar a análise das situações de conflito, permitindo que as questões implícitas ao conflito venham à tona, sejam explicitadas e exploradas permitindo desenvolver a capacidade do grupo na auto-análise.

Baremblitt (1986) referindo-se ao processo de auto-análise do grupo explica que esta consiste na capacidade de ser protagonista dos próprios problemas, das necessidades, das

demandas, compreendendo-as, enunciando-as através de vocabulário próprio, organizando-se e buscando recursos para melhorar a própria vida.

Esse processo não é feito de cima para baixo, nem de fora para dentro, mas no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado. Assim, no cenário dos serviços de saúde, as complexas demandas da clientela interna e externa, bem como a necessidade de articular as ações nos diferentes âmbitos, por si só, justificam o investimento no desenvolvimento de competências específicas nos profissionais para trabalharem em equipe e, principalmente, para exercerem a coordenação de grupos.

Para Campos (2000), a gerência é ao mesmo tempo condicionante **do** e condicionada **pelo** modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Essa dupla posição, de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto, torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde.

Nesse contexto, a gerência é um instrumento necessário, mas não suficiente, à implantação de políticas. Por outro lado, na prática, sabe-se que o funcionamento de um serviço depende, em muito, das configurações micropolíticas e tecnológicas do trabalho que, em última instância, configuram-se em "trabalho vivo em ato", isto é que se constrói na relação com as pessoas (FRANCO, MERHY 2012). Desse modo, é preciso que se construa consenso quanto às formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com as propostas, exigindo que se façam negociações.

O desafio consiste, então, em transitar da **equipe agrupamento** - trabalho de diferentes profissionais que detém assimetria de relações, poderes e saberes para operar diferentes tecnologias - para a **equipe integração** – implicando em redesenhar o somatório de pequenas ações parciais para compor uma trama de atos negociados e articulados entre os agentes, superando a posição de disputa e passando para a de complementação.

A formação profissional passa a requerer processos educativos que permitam adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de serviços, de modo a contemplar a contradição entre ser capaz de desempenhar uma polivalência funcional, ao mesmo tempo, que ser capaz de deter um conhecimento especializado que favoreça a atuação em diferentes cenários e práticas. Diante disso, instala-se a necessidade de discussão do conceito de competência.

Da perspectiva da gestão dos recursos humanos de uma organização, com base em competências, esta surge como uma alternativa ao modelo de gestão por cargos. O objetivo deixa de ser o preenchimento de requisitos para ocupar cargos e, passa a ser um perfil profissional desejado fundamentado em competências requeridas para o desempenho de uma dada função.

Desse modo, na era da informação e do conhecimento, a vantagem competitiva do trabalhador no mercado de trabalho é dificilmente mensurável pois, diz respeito às competências que alicerçam a força de trabalho.

A abordagem por competências compreende um conceito polissêmico trabalhado e estudado em diferentes áreas como educação, administração e psicologia. Perrenoud (1999), por exemplo, define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser colocados em ação para o desenvolvimento de uma prática.

Para Le Boterf (2003), o desenvolvimento de competências profissionais se desloca, assim, da qualificação para a capacidade de agregar valores ao grupo, isto é, saber agir de modo responsável e reconhecido, que reúne o saber mobilizar, integrar e transferir recursos, traduzidos em conhecimentos e capacidades.

Esses conhecimentos e capacidades para o trabalho em equipe e para a coordenação de grupos implicam no aprender a viver junto, a viver com os outros, a conviver – requerendo a capacidade de aprender a questionar o próprio conhecimento, aprender a aprender com o outro, para o desenvolvimento de projetos solidários e cooperativos, identificados pela busca de objetivos comuns. Implica, em última instância, em trabalhar o autoconhecimento e a auto-estima.

No âmbito das organizações de saúde, da mesma forma que podem ser definidas competências para cada indivíduo, em cada processo de trabalho, também, podem ser definidas competências para as equipes e para a instituição como um todo.

Nesta perspectiva, com o objetivo de nortear a prática bem como a formação para o trabalho em equipe colaborativo interprofissional, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2010) apresenta seis domínios de competências interprofissionais aplicadas a

todas as profissões da saúde. As competências identificadas referem-se à apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam o alcance da colaboração interprofissional. São elas: comunicação interprofissinal; atenção centrada no usuário/paciente; clareza de papéis; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa e; resolução de conflitos.

A comunicação refere-se à necessidade de profissionais e estudantes de diferentes áreas comunicarem-se, uns com os outros, de forma colaborativa e responsável.

Na atenção centrada no usuário, profissionais e estudantes, procuram integrar e valorizar como parceiros, o engajamento do usuário, bem como sua família e a comunidade, na definição e implementação do cuidado e atenção à saúde.

A clareza do trabalho e papel dos diferentes profissionais refere-se ao conhecimento que profissionais e estudantes precisam ter de seu próprio processo de trabalho e papel, bem como dos demais. Também se refere a utilizar esse conhecimento apropriadamente para estabelecer e alcançar os objetivos da atenção à saúde de usuários e população do território.

Por meio da dinâmica de funcionamento da equipe, profissionais e estudantes entendem os princípios da dinâmica do trabalho em equipe e da dinâmica de grupo que promovem efetiva colaboração interprofissional.

Liderança colaborativa diz respeito a profissionais e estudantes entenderem e poderem aplicar princípios de liderança compartilhada e coletiva que dão suporte e promovem o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Por fim, a resolução de conflitos interprofissionais permite que profissionais e estudantes se envolvam e envolvam os demais, incluídos usuários / família / comunidade no manejo positivo e construtivo de conflitos e desacordos (CIHC, 2010).

O desenvolvimento das referidas competências, tanto na prática como na formação profissional, tem a potencialidade de formar, desenvolver e preparar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo.

É necessário considerar também a criação de ambientes favoráveis para que ocorram processos decisórios compartilhados nas equipes. Estes ambientes favoráveis incluem definir na filosofia institucional, a descentralização dos processos decisórios. Assim, as estruturas organizacionais matriciais são as que mais se ajustam à proposta do trabalho em equipe, visto que as estruturas verticais e tradicionais, em geral, baseiam-se na definição de cargos hierarquizados e não de competências.

Ressalta-se que para trabalhar em equipe, cada membro deve estar preparado para assumir o papel de coordenador de grupo, pois o enfoque da liderança se desloca para a tarefa. O coordenador de grupo deve favorecer o espaço de integração do pensar, sentir e agir. Deve estimular a superação do pensamento racional-explicativo, deixando-se saber pelo contato, pelas sensações de descoberta e aprendizagem com o outro.

Um fato que não se pode deixar de abordar consiste nas resistências que se apresentam ao trabalho em equipe e prática colaborativa. As mudanças requeridas passam por abandonar a segurança do modelo funcionalista de organização do trabalho, onde cada um é responsável por uma parte da atividade, e assumir posturas criativas que precisam ser empreendidas para que se crie o consenso e a flexibilização das tarefas. Isso faz emergir o medo da perda dos padrões conhecidos porque traz a tona a fragilidade dos saberes, inerentes aos períodos de construção, e coloca a necessidade de lidar com incertezas, com cenas temidas, com as definições imprecisas de papéis, com a alternância de saberes e práticas, sempre provisórios. Assim, assumir o compromisso de tecer a autonomia dos sujeitos para trabalhar em equipe – incluindo os diferentes agentes - (profissionais, clientes, familiares, comunidade), com base na ética da solidariedade, constitui-se em um grande desafio.

Muito poderia ser discutido sobre a dinâmica e os fenômenos inerentes aos processos grupais. Há aspectos que tendem a ser desconsiderados quando se lida com pessoas, que são intrínsecas à natureza humana como: inveja, competitividade, agressividade, sabotagem, mecanismos de defesa, necessidade de aceitação e reconhecimento, projeção, deslocamentos, entre outros, que levam à emergência de sentimentos contraditórios que circulam no campo grupal sendo de difícil manejo. Contudo, cabe destacar a importância de preparar os profissionais para assumirem a função de coordenação de grupos, função essa, que na proposta do trabalho em equipe

deve ser alternante entre os seus componentes (CIAMPONE, 1998; CIAMPONE E PEDUZZI, 2000; PERES E CIAMPONE 2006).

Para esse preparo, consideramos que ao menos três dimensões de investimento devem ser feitos: na **dimensão individual** estariam os investimentos pessoais em busca do autoconhecimento. A carência de habilidades pessoais na mobilização de recursos internos para o enfrentamento ativo das situações pode ser explicada pela carência de experiências e interações que favoreçam a aprendizagem; pela existência de emoções e sentimentos negativos que bloqueiam ou dificultam o uso dessas habilidades, ou, ainda, pela discrepância entre a extensão dos problemas reais e os recursos do sujeito para enfrentá-los.

Na **dimensão grupal** estariam os investimentos do grupo no sentido de exercitar a aprendizagem coletiva e a análise ampliada das situações-problema (envolve conhecer as diferentes percepções e definições atribuídas pelos atores que explicam os problemas, explorando o perfil ou padrão de comportamento de cada um diante dos mesmos); identificação de recursos, e alternativas; sentimentos emergentes explícitos e implícitos que permeiam o campo grupal e a identificação dos porta-vozes que os enunciam. A vivência do processo grupal contribui para a construção coletiva de estratégias de enfrentamento das cargas de trabalho e dos processos de desgaste, isto é, do sofrimento acarretado pelo trabalho, potencializando a saúde.

Na **dimensão institucional**, deveriam ocorrer investimentos como: a mudança da filosofia, da estrutura organizacional e das políticas de gerenciamento de pessoal, que constituem suportes importantes para a sustentação da proposta do trabalho em equipe.

É importante salientar que, mesmo buscando a participação - uma das grandes justificativas para o trabalho em equipe - o grupo nem sempre será democrático. Temos observado que nas práticas de gerenciamento, muitas vezes, o grupo é usado por aqueles que detém poder e autoridade de modo manipulativo, isto é, para referendar ou ratificar decisões ou posições já tomadas, tornando-as mais aceitáveis. Caso não seja estabelecido de antemão, se a instância grupal é de decisão ou de legitimação, surgem então, importantes questões éticas decorrentes do gerenciamento. Portanto, nas três dimensões (institucional, grupal e pessoal) as questões relativas à circulação de poder e autoridade devem ser amplamente debatidas por todos. Cabe lembrar, que para ter algum poder de decisão as informações precisam ser amplamente socializadas nas três dimensões.

Finalizando, aponta-se que qualquer proposta fechada em si mesma, nos "condomínios de saber" de qualquer área, poderia caminhar na contramão de qualquer processo de inovação, pois evitaria o risco da aprendizagem, do contágio, da troca, da interação e, portanto, da formação de verdadeiras equipes. Consideramos, que a busca por construir trabalho em equipe e prática colaborativa efetivos, com qualidade no cuidados dos pacientes, familiares e comunidade, coloca os partícipes do processo diante de desafios permanentes a serem superados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**. 2ª ed. Ministério da saúde. Assessoria de Comunicação Social. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARTER, B.L., BOSWORTH, H.B., GREEN, B.B. **The hypertension team:** the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. The Journal of Clinical Hypertension, 2012;14(1):51-65.

CIAMPONE, M.H.T. **Grupo operativo**: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem. São Paulo. 1998. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CIAMPONE, M.H.T., PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família**. Rev. bras. enferm, 2000; 53:143-147.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC**). A national interprofissional competence framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

CURTIS, E. A., DE VRIES, J., & SHEERIN, F. K. **Developing leadership in nursing:** exploring core factors. British Journal of Nursing, 2011; *20*(5):306.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012; 6(2):151-63.

FRENCK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z.A., CRISP, N., EVANS, T., FINEBERG. H., et al. **Health professionals for a new century:** transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376(9756): 1923-57.

HABERMAS J. **Teoria do agir comunicativo** I: Racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes; 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. **The future of nursing**: Leading change, advancing health. National Academies Press, 2011.

LE BOTERF G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**., 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2003. Tradução de: Patrícia Chittoni Ramos Reuilard.

MERHY, E.L., FRANCO T.B. **Trabalho em saúde**. In: PEREIRA, I. B., LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde . 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MOURA, G. M. S. S., Inchauspe, J. A. F., Dall'Agnol, C. M., de Magalhães, A. M. M., & Hoffmeister, L. V. **Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança.** Acta paul enferm, 2013; *26*(2):198-204.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: PEREIRA, I. B., LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde . 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: Pereira IB, Lima JC (organizadores) Dicionário da Educação Profissional em saúde.2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz, 2009. p. 419-26.

PEDUZZI, M. OLIVEIRA, M.A.C, SILVA, J.A.M.S, AGRELI, H.L.F., NETO, M.V.M. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Clínica Médica., volume 1: situação da clínica, médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2016:171-79.

PENNA, C. M. M., VIEGAS, S. M F. **A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família.** Esc Anna Nery, 2013; 17 (1):133-141.

PERES, A.M.P., CIAMPONE, M.H.T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):492-9.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

PICHON RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Martins Fontes, 2000.

PROPP, K.M., APKER, J., WENDY, S.Z.F., WALLACE, N., SERBENSKI, M., HOFMEISTER, N. **Meeting the complex needs of the health care team:** identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. Qualitative Health Research [Periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 Mar 14]; 20(1):15-18. Disponível em: http://qhr.sagepub.com/content/20/1/15

SOUZA, G. C. **Trabalho em equipe de enfermagem:** interação, conflito e ação interprofissional em hospital especializado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - USP. São Paulo, 2011.

WEST, M.A., LYUBOVNIKOVA, J. **Illusions of teamwork in health care.** Journal of Health Organization and Management. 2013; 27(1):134-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice.** Geneva: WHO; 2010.

ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J., REEVES, S. **Interprofessional collaboration:** effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; (3): CD000072. DOI: 10.1002/14651858.pub2.