

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARLENE DAS GRAÇAS MARTINS

**REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O CONCEITO DE TRABALHO EM EQUIPE NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Alfenas/ MG
2013

MARLENE DAS GRAÇAS MARTINS

**REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O CONCEITO DE TRABALHO EM EQUIPE NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/ UNIFAL-MG, na linha de pesquisa de Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Alfenas/ MG
2013

MARLENE DAS GRAÇAS MARTINS

**REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O CONCEITO DE TRABALHO EM EQUIPE NA
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Banca Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, na linha de pesquisa Gestão em Serviços de Saúde.

Aprovada em:

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/MG

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Cristiane Aparecida Silveira Monteiro

Instituição: PUC Poços de Caldas-MG

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/MG

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de ser capaz de ver a vida a partir de uma perspectiva amorosa.

Aos meus filhos amados, Iago, Camila e Pedro, por me permitirem experimentar o maior de todos os amores.

Aos meus pais, cujo bem e sabedoria se fazem presentes em minha vida.

Às minhas queridas e “santas” irmãs, à minha sobrinha Tatiana, pela presença constante e acalentadora, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional.

Às amigas Renata Marinelli, Tanilda e Cidinha, que se fizeram presentes em minha vida por mil razões, em especial, minha querida amiga Maria Márcia, amizade incondicional.

À querida Maria Inêz Bérnago, amiga, para sempre minha mestra e referência de educadora.

À minha admirável orientadora Dr^a Sueli Leiko Tamakatsu Goyatá, um grande exemplo de disciplina, dedicação e de amor ao conhecimento.

À minha banca examinadora, pela oportunidade de fazer-me confrontar com o saber e com o não saber, o que me incentivou novas buscas.

À Universidade Federal de Alfenas, meu grande e sincero orgulho, pela oportunidade de prosseguir trilhando no caminho do conhecimento, na experiência acadêmica e docente.

À coordenadora da Pós-graduação Strictu Sensu, Dra. Clícia Valim Cortês Gradim, cuja determinação e persistência possibilitaram novos desafios para os enfermeiros e para o Curso de Enfermagem.

À todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que fazem de suas práticas uma produção do cuidado humano.

Aos pacientes, que se apresentam como a grande razão para a melhoria da saúde coletiva e aos quais dedico esse trabalho.

Nós, os novos, os sem-nomes, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado - nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz [...] mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora [...]. Da Grande Saúde - de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista e ainda, se tem a conquistar...

(NIETZSCHE, 1984)

RESUMO

A revisão integrativa tem sido uma ferramenta importante para as pesquisas na área de conhecimento da saúde uma vez que permite a síntese de pesquisas sobre determinado assunto. O trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, se encontra entre os temas mais importantes a serem debatidos no âmbito da organização, do funcionamento e da legislação da atual Política Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde. A integralidade é uma diretriz do SUS pouco abordada nas práticas de saúde, embora seja um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o conceito e sobre as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa englobou a busca e a seleção de artigos nacionais e internacionais publicados no período de 2000 a 2011, nas bases de dados eletrônicas LILACS, PubMed, SCIELO, CINAHL e em publicações na versão impressa. Utilizou-se os descritores e as palavras-chave nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Foram identificados 2520 artigos, nos quais foram realizadas leituras de títulos e de resumos. Desses, foram selecionados 240 artigos para leitura na íntegra que respondiam à questão norteadora e, finalmente, foram incluídas 52 publicações. Evidenciou-se que não existe um consenso sobre o conceito do trabalho em equipe na saúde na perspectiva da integralidade, apesar de esse princípio ser um preceito legal assegurado constitucionalmente. Foram identificadas nove categorias analíticas das quais as mais citadas foram comunicação, interação e ações compartilhadas. Esta pesquisa evidenciou, ainda, a necessidade de um amplo debate acerca dessa temática, que possa fundamentar novos desafios do saber e do fazer interdisciplinares para a consolidação do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Assistência Integral à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The integrative review has been an important tool for research in the area of health knowledge since it allows the synthesis of research on a particular subject. The teamwork from the perspective of integrality, is among the most important topics to be discussed within the organization, operation and legislation of the current National Health Policy of the Unified Health System. The integrality is a guideline of UHS little addressed in health practices, although one of the major preconditions for the reorganization of the work process. So, the objective of this study was to conduct an integrative review of the literature about the concept and categories of analysis of teamwork in perspective for integrality in Primary Health Care. The research encompassed the search and selection of national and international texts during the period from 2000 to 2011, in LILACS electronic databases, PubMed, SCIELO, CINAHL and legal documents, textbooks, dissertations, theses, in the printed version. We used the descriptors and keywords in Portuguese, English and Spanish, according to the criteria of inclusion and exclusion. We identified 2520 articles, which were performed in readings of titles and abstracts. Of these, 240 articles were selected for full reading that responded to the guiding question and ultimately included 52 publications. From the contributions of authors surveyed, it was found that there is no consensus about the concept of teamwork in health from the perspective of integrality, though this principle be a legal precept guaranteed constitutionally. We identified nine analytic categories which the most cited were communication, interaction and shared actions. This research also evidenced the need for a broad debate on this subject, which could justify the new challenges of knowing and of interdisciplinary doing for the consolidation of the principle of integrality in the Unified Health System.

Descriptors: Primary Health Attention. Comprehensive Health Care. Family Health.

LISTA DE SIGLAS

- ABS** - Atenção Básica de Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- PBE** - Prática Baseada em Evidências
- LILACS** - Latin American and Caribbean Health Science Literature Database
- SCIELO** - Scientific Eletronic Library
- PUBMED** - National Library of Medicine
- CINAHL** - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	JUSTIFICATIVA	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	15
3.1	TRABALHO EM EQUIPE	15
3.2	A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE	18
4	PERCURSO METODOLÓGICO	21
4.1	PRIMEIRA FASE: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA	21
4.2	SEGUNDA FASE: BUSCA OU AMOSTRAGEM DA LITERATURA	21
4.3	TERCEIRA FASE: COLETA DE DADOS.....	23
4.4	QUARTA FASE: ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	23
4.5	QUINTA E SEXTA FASES: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
4.5.1	Caracterização dos estudos.....	25
4.5.2	Interpretação e síntese dos conceitos.....	26
4.5.3	Identificação e discussão das categorias de análise.....	31
5	OUTROS TEMAS RELEVANTES	44
5.1	A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE	44
5.2	A CULTURA INTERPROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO A – Modelo de instrumento para análise das produções científicas da revisão integrativa	59
	APÊNDICE A – Análise das produções científicas das bases eletrônicas LILACS, PUBMED, SCIELO, CINAHL e outras publicações da revisão integrativa	60
	APÊNDICE B – Conceitos, Concepções e Categorias de análise das produções científicas das bases eletrônicas e publicações impressas	82

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por muitas transformações, mudando paradigmas e exigindo das pessoas e dos serviços públicos novas ações e resultados. A globalização, o conhecimento, a formação de competências e as lideranças têm ocupado lugares de destaque, tanto para os serviços privados, como para os públicos (BRASIL, 1997; 2001).

Os avanços da Saúde Pública, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, da Atenção Primária, vêm exigindo novas práticas de saúde voltadas para a qualidade de vida e, com isso, exigindo intensas transformações no mercado de trabalho e na formação profissional. Assim, entende-se que existe uma grande necessidade para se adaptar a essa realidade. É nesse contexto que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenhada inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos de população relativamente excluídas do consumo dos serviços de saúde, vem se apresentando como estratégia de reorientação da APS ou do modelo de atenção como um todo. O trabalho em equipe é destacado como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 1997; 2001).

A composição das equipes da ESF vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Inicialmente, era composta por um médico, por uma enfermeira, por um auxiliar de enfermagem e por cinco a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997). Após a ampla difusão da estratégia nas cidades brasileiras, as equipes passaram a ser multiprofissionais, incorporando dentistas, atendentes e técnicos de consultórios dentários, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais, incorporados à equipe de saúde da família e/ou ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cada profissional tem atribuições específicas no processo de trabalho coletivo, havendo necessidade de se incorporar conhecimentos e informações para a prática do trabalho em equipe.

Entretanto, a inserção desses novos profissionais ainda não resultou, de forma significativa, na transformação preconizada pelo SUS, ressaltando a posição que a estratégia tem ocupado nas últimas décadas. O que se percebe em grande

parte das unidades é uma simples justaposição de diferentes profissionais, com hierarquia bem sedimentada e rígida, que manteve a fragmentação do cuidado. (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010). Diante disso, existe a necessidade de uma postura ético-política, uma vez que esse trabalho se dá de forma coletiva, reconhecendo assim, a integralidade do cuidado às pessoas e às comunidades como essência que condiciona as práticas de saúde, com valores éticos e morais.

A esse respeito, a Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, caracteriza a Atenção Básica como:

[...] um conjunto de ações coletivas e individuais, cujo objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas, na autonomia das pessoas nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, desenvolvida por práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipe” (BRASIL, p. 3, 2011).

A experiência profissional em saúde coletiva, a especialização em gerência e a docência associada à revisão da literatura, mostraram que a ESF vem apresentando mudanças significativas na assistência à saúde, porém existem entraves que prejudicam a agilidade e a operacionalização do processo de trabalho. A condução das equipes tem levado os trabalhadores a experimentarem um fazer mecânico, resultado das fortes pressões dos poderes, inibindo as ideias, as diferenciações e as complementaridades da equipe de trabalho. A centralização das decisões ainda é uma das fortes características, o que tem impedido o fortalecimento do trabalho em equipe, refletindo uma assistência descontínua, fragmentada e sem vínculos, contrariando as perspectivas do modelo assistencial vigente (SPAGNOL; FERRAZ, 2002). Nesse sentido, segundo alguns autores, é necessário buscar novas formas de trabalho em equipe, de maneira mais articulada, a fim de se tornarem mais ágeis, respondendo mais às necessidades da clientela (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010).

A identificação e a implementação de diretrizes que caracterizem mudanças na assistência à saúde, não somente em nível de correções técnicas ou administrativas, mas que visem à alteração no modo de produção de serviços de saúde, torna-se questão central do processo de trabalho em saúde (SANTANA,

1997). Assim, o trabalho em equipe, no contexto da ESF, é um importante instrumento para análise, uma vez que tem sido ineficiente para a atual necessidade, dificultando iniciativas que possam propiciar o compartilhamento de ideias, de informações, de atitudes e de soluções mais eficazes na assistência à comunidade.

A partir da revisão da literatura, encontraram-se novas tendências, de forma mais articulada e com foco na integralidade. Cabe destacar que as equipes devem buscar a incorporação de novas posturas e atitudes, de forma gradativa, contribuindo para a reorganização do processo de trabalho, rompendo os paradigmas e superando os pressupostos do processo de trabalho atual (PINHEIRO; MATTOS, 2010; BRASIL, 2011).

Para Chiavenatto (2011), uma das tendências da administração contemporânea é tornar as relações interpessoais cada vez mais próximas, reduzindo, significativamente, a distância entre as chefias centrais e a base da estrutura organizacional, ampliando as relações de poder, indo além das relações verticais. Como alternativa ao modelo de gerência clássica, a administração participativa constitui uma forma de administração em que as pessoas tenham reais possibilidades de participar com liberdade de discutir, sugerir, modificar, alterar, questionar a decisão, um projeto ou uma simples proposta. Tal demanda é reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica, que ressalta a importância da articulação das diferentes formações profissionais, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha um processo interdisciplinar, no qual os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, interferindo também no cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2011).

A proposta do trabalho em equipe enfatiza a importância de os profissionais estarem envolvidos com o fazer, constituindo “um trabalho vivo em ato”. Desse modo, possam obter um grau de satisfação, permitindo que seus membros tenham mais respaldo para serem criativos e, conseqüentemente, estabelecendo metas comuns. Para que isso ocorra, há necessidade de se promover a interação entre as

peças no ambiente de trabalho, privilegiando a complementaridade, ou seja, não se limitam ao desenvolvimento de um perfil idealizado de gestor, nem nas listas infundáveis de atributos, mas se traduzem em práticas complementares, ou em ações articuladas - consolidação de competências coletivas (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A realidade mostra um conflito de poder, em particular daqueles que assumem a gerência dos serviços de saúde e se questiona que essa atitude pode ser decorrente do medo que se tem de abrir espaços, o que provavelmente ameaçaria o poder instituído. Por outro lado, questiona-se também se os demais membros das equipes têm conhecimento das bases teóricas do trabalho em equipe (SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

A ESF faz refletir sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a democratização de suas ações, de acordo com suas especificidades. Segundo Mattos (2004), a articulação no processo de trabalho é fundamental e pode levar à inovação no modo de trabalhar no contexto da saúde da família.

Esta pesquisa pretendeu identificar e analisar os conceitos e os elementos constitutivos do processo de trabalho em equipe na perspectiva da integralidade do cuidado, no âmbito da atenção primária à saúde. Trata-se da necessidade do aumento da eficácia que está diretamente dependente de uma nova forma de organizar o processo de trabalho no contexto da ESF. Ao mesmo tempo, significa apoiar a democracia, quebrar a dependência, desenraizar a centralização, romper com o medo de perder o poder e, finalmente, adotar uma nova cultura organizacional, para se colocar em prática a integralidade e a consolidação do SUS (PEDUZZI, 2007, 2010).

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar sobre trabalho em equipe na área da saúde surgiu desde a participação, em 2001, do Curso de Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e

com a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL- MG). O estudo possibilitou um novo olhar sobre a atuação e a responsabilidade da equipe de Saúde na APS. A experiência, enquanto docente da UNIFAL-MG, com a disciplina de Administração de Rede Básica dos Serviços de Saúde e a Coordenação da Assistência à Saúde, em um município de Gestão Plena do Sistema Municipal, despertaram ainda mais a necessidade de aprofundar e de compartilhar o conhecimento sobre os conceitos teóricos do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade do cuidado, que possam fundamentar as práticas profissionais no contexto da atenção primária.

O conceito de trabalho em equipe é visto como facilitador para o desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde no âmbito internacional (XYRICH; REAM, 2007). No Brasil, são poucos os estudos científicos acerca do tema, embora a necessidade do cuidado integral seja o foco para a melhoria da assistência à saúde e para a efetivação do princípio da integralidade determinada pela Lei 8080 (BRASIL, 1990). A investigação do trabalho em equipe na saúde é criticada pela falta de um entendimento conceitual básico uma vez que não existe uma definição universal nas literaturas publicadas (PEDUZZI, 2007). Além disso, como afirmam Faria e colaboradores (2009, p. 21), “quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele”.

Baker, Day e Salas (2006) argumentam que, apesar dos avanços na pesquisa, a definição de trabalho em equipe ainda é indescritível e criticam programas de investigação da área de saúde por não se basearem na compreensão científica que o trabalho em equipe representa nessa área de atuação. Tal assertiva reforça a necessidade de se desenvolver um entendimento do conceito e de se apresentar um conceito uniforme, que possa nortear futuras investigações.

Desse modo, contribuir para que os profissionais atuantes das equipes de saúde, docentes e discentes, possam compreender a dimensão, a importância e as categorias de análises que permeiam o trabalho em equipe em saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, para o fortalecimento da Atenção Primária no contexto do SUS.

2 OBJETIVOS

Os objetivos geral e específicos serão descritos a seguir.

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar revisão integrativa da literatura sobre o conceito e as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar as evidências disponíveis na literatura científica nacional e internacional sobre o conceito e sobre as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade na atenção primária à saúde por meio da busca em bancos de dados eletrônicos e em publicações impressas;
- ✓ Analisar os documentos encontrados e selecioná-los a partir da questão norteadora;
- ✓ Apresentar os estudos selecionados segundo autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões;
- ✓ Estabelecer os níveis de evidência dos estudos selecionados; e
- ✓ Apresentar o conceito e as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade na atenção primária à saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A seguir será apresentada uma reflexão teórica sobre o tema trabalho em equipe e a importância de se desenvolver estudos do tipo revisão integrativa da literatura nessa temática.

3.1 TRABALHO EM EQUIPE

Para Mendes (1994, 2009), o trabalho é entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou por uma carência. É também o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais, possibilitando a livre criação. Para Faria e colaboradores (2009, p. 21), “o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Sendo assim, o trabalho em equipe deve mobilizar conhecimentos em qualquer tempo ou situação em que se fizer necessário, assim como informações, e atitudes para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais, individualmente e com a equipe, reunindo habilidades e sendo político-social. As ações das equipes devem reunir esforços que visem o alcance dos objetivos comuns e contemplar habilidades fundamentais como a técnica humana e conceitual, o que requer teorias científicas (MENDES, 2009).

Para Drumond (1998, p. 45), “produzir bens e serviços de qualidade significa muito mais que fazer um trabalho de modo correto. O desenvolvimento de uma cultura pela qualidade envolve uma transformação fundamental nas organizações e na natureza do trabalho.”

Assim, fazer um movimento nesse sentido é o primeiro passo do reconhecimento do não saber, buscando novas possibilidades para tecer novos valores, novos conhecimentos (DRUMOND, 1998), romper com as ações tradicionais que não efetivam de fato a integralidade da assistência como princípio e diretriz do SUS, conforme regulamentação da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Diante da necessidade de melhoria do SUS, foi publicada dia 21 de outubro de 2011, a Portaria da Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e das normas para a organização da Atenção Básica. Essa Portaria considera toda a legislação antecedente, com vistas à revisão da regulamentação da implantação e da operacionalização do SUS, com o intuito de possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, caracterizados pela Atenção Básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e APS, como termos equivalentes. Tem na qualificação da Saúde da Família a estratégia prioritária para a expansão e para a consolidação dessa política, configurando-se como um processo progressivo e singular (BRASIL, 2011).

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, da prevenção, da recuperação, da reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade (BRASIL, 2001).

Entender a ESF significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. A conquista da saúde como direito de cidadania é a essência da ESF e exige novas habilidades e atribuições dos profissionais, tais como planejamento de ações de saúde, promoção, vigilância, trabalho interdisciplinar e assistência integral à família (BRASIL, 2001).

Assim, a ideia de trabalho em equipe surge, principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta as necessidades de prevenção, de cura e de reabilitação que deveriam estar contempladas a partir do processo saúde-doença, da história natural da doença e da estratégia de integração (PEDUZZI, 2007).

A integralidade é como um dispositivo político, com exercícios cotidianos de produção de novas formas e mais potentes práticas de atenção à saúde. Assim, a integralidade se constrói no cotidiano dos serviços e no diálogo entre os agentes sociais do SUS (LOUZADA; BONALD; BARROS, 2010).

Trata-se, então, de investir, a partir da concepção de ser humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos, que constituem os sistemas de saúde, que deles usufruem e nele se transformam (LOUZADA; BONALD; BARROS, 2010).

Assim, Peduzzi (2007, p. 89) afirma:

[...] à medida que a integração dos profissionais e seus agentes torne necessária para o modelo de organização social das práticas de saúde vigente, convertendo-se como ferramenta para maior eficácia das ações de saúde e maior eficiência e efetividade dos serviços prestados poderá constituir-se como uma prática integrada de modo predominante na organização dos serviços.

Entretanto, o termo integralidade designa um dos princípios do SUS e tem sido uma das bandeiras do Movimento Sanitário. Em que pesem os avanços do SUS, desde sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano dos brasileiros (MATTOS, 2010).

Almeida (1997) afirma que o trabalho em saúde se aproxima do trabalho geral; resumidamente, tem-se a carência ou a necessidade individual/coletiva como geradora de uma ação. Acentua, ainda, que o trabalhador pode se apropriar dos meios/instrumentos para re-criação do trabalho, de si e de outros, fazendo-se produto e produtor do mesmo.

Diante dessa assertiva, Ceccim e Ferla (2010) ressaltam os desafios na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde a não fragmentar a assistência, não perder o conceito de atenção integral, realizar trabalhos em conjunto com os setores e aceitar que há incertezas nas definições dos papéis dos profissionais, haja vista que existe alternância de práticas e de saberes, principalmente no contexto das equipes multiprofissionais. Esse fato demanda mais exigência ética de todos os profissionais para estarem tecendo autonomias assistenciais e composições criativas das equipes de saúde, em situações reais que demandam escuta, cuidados, curas e promoção da saúde individual e coletiva.

A revisão de literatura mostrou que existem poucas publicações que têm buscado conhecer os conceitos sobre o trabalho em equipe na APS, em particular na ESF. Observa-se que os profissionais apresentam carência quanto ao conhecimento sobre o Trabalho em Equipe e sobre seus fundamentos. Sendo assim, faz-se necessário buscar novos estudos para sua aplicabilidade, bem como encontrar alternativas para novas práticas de trabalho, uma vez que esta é a demanda da atual Política Nacional de Saúde.

Mas que, ao mesmo tempo, estejam pautadas em princípios éticos, democráticos, com foco no trabalho cotidiano da equipe de saúde e na organização dos serviços, que são fundamentais no processo saúde-doença-cuidado. Faz-se necessário buscar referenciais teóricos que vão além dessa prática burocrática e assistencialista (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2006).

Cabe então, concordar com a afirmativa de Sá (2001, p. 114), que diz "O saber é a fonte inesgotável do conhecimento e o conhecimento, o alimento. Esse alimento é inesgotável, porque a experiência humana é inesgotável."

3.2 A IMPORTÂNCIA DA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

O acelerado processo de produção de conhecimento na área da saúde e a necessidade de incorporação dos resultados de pesquisa no cotidiano dos serviços têm levado os pesquisadores a optarem pela revisão integrativa da literatura como método de pesquisa, a qual possibilita a busca, a seleção e a síntese do conhecimento acerca de um determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa pode ser realizada com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, para a revisão de teorias ou para a análise metodológica dos estudos incluídos em um tópico particular (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para se elaborar uma revisão integrativa, é necessário que todas as etapas sejam rigorosamente seguidas e que estejam claramente descritas. Esse processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se na literatura, embora diferentes autores adotem formas distintas de subdivisão, trazendo pequenas modificações. Mas, no geral, a revisão integrativa percorre seis etapas similares ao desenvolvimento de uma pesquisa convencional, porém exige tempo e esforço considerável do revisor (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. O método constitui um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane. Envolve a definição do problema clínico, a identificação das informações

necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Cabe destacar que existem vários tipos de revisão, tais como a revisão narrativa, a revisão integrativa, a revisão sistemática e a metanálise. Neste estudo, optou-se pela revisão integrativa, que é uma ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (WHITTMORE; KNAFL, 2005). Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão das teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Chaves (2008) apresenta a definição proposta por Broome (2000) sobre a revisão integrativa como aquela que investiga e organiza as pesquisas realizadas sobre determinado assunto, permitindo extrair conclusões a partir da produção científica o que possibilita uma análise sobre o conhecimento pré-existente. Mendes, Silveira e Galvão (2008) corroboram com a definição de Broome e enfatizam que a revisão integrativa é um método de pesquisa, que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de estudos científicos sobre um tema ou questão de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. De acordo com essas autoras, desde 1980, a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa.

Para Ganong (1987), a revisão integrativa pressupõe o uso de uma metodologia própria que assegura o alcance dos objetivos propostos, seleciona e analisa os dados de forma criteriosa, examina as teorias adotadas e estabelece a relação entre o método empregado e os resultados encontrados. A esse respeito, Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam a importância de se incluir na revisão as referências da literatura conceitual, que estão relacionadas ao modelo conceitual ou à teoria. Na literatura conceitual, a fonte primária é considerada a descrição da teoria por quem a redigiu e a fonte secundária, a discussão e a crítica da teoria.

A revisão integrativa tem sido uma ferramenta para os estudos na área de conhecimento da saúde, uma vez que permite a síntese das pesquisas sobre

determinado assunto, possibilitando a mudança de práticas nos sistema de saúde fundamentada no conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Assim, fazer uma revisão integrativa da temática “Trabalho em Equipe” é essencial para a ampliação do conhecimento sobre os conceitos existentes nas teorias científicas. Os estudos poderão apontar caminhos para novas práticas profissionais no contexto da APS, particularmente nas equipes de ESF, tendo como estratégia a educação permanente e a integração ensino-serviço-comunidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura em seis fases, de acordo com a proposta apresentada por Souza, Silva e Carvalho (2010).

4.1 PRIMEIRA FASE: ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Nessa fase, foi delimitado o tema da pesquisa e formulada a pergunta norteadora de forma clara e específica. Assim, a questão norteadora foi: Qual é o conceito e quais são as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade no contexto da atenção primária à saúde?

4.2 SEGUNDA FASE: BUSCA OU AMOSTRAGEM DA LITERATURA

Realizou-se a busca nas bases de dados de forma ampla e diversificada, contemplando as bases eletrônicas além de buscas manuais de publicações impressas. Diante da possibilidade de existir grande quantidade de trabalhos, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão das publicações. Assim, foram selecionadas as publicações que estiveram em concordância com a pergunta norteadora e com os resultados obtidos durante o período de corte estabelecido previamente, ou seja, de janeiro de 2000 a dezembro de 2011.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram: artigos com resumos e textos completos nos idiomas português, inglês e espanhol e publicações impressas na língua portuguesa, que continham em seus títulos e/ou resumos indicativos que abordassem conceitos e categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva integralidade na APS, publicados entre janeiro de 2000 a dezembro de 2011.

Segundo Bassora e Campos (2010), o resumo é de extrema importância para os artigos uma vez que introduz o leitor ao texto, como um convite à leitura do artigo na íntegra. O resumo é uma síntese das ideias de um texto, demonstrando a progressão e a articulação delas na formação da pesquisa.

Os critérios de exclusão dos artigos foram de estudos que não atenderam aos critérios de inclusão mencionados anteriormente e as publicações duplicadas.

Na etapa de busca bibliográfica, foi também utilizada a estratégia PICO, em que esta palavra representa um acrônimo para P (Paciente/Problema), I (Intervenção ou indicadores), C (Comparação) e O (Resultado/desfecho) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Neste estudo, foram utilizados descritores DeCs e palavras-chave para ampliar a busca das publicações. Por tratar-se de uma revisão integrativa da literatura, o método se ampliou para a amostra do estudo.

É importante destacar que existe uma diferença conceitual entre descritor e palavra-chave. Os descritores obedecem a uma estrutura hierárquica dentro da árvore morfológica, são trilingues, o que facilita a pesquisa e a posterior recuperação do artigo. Os descritores devem ser colocados na etapa de busca, considerando os termos que melhor se ajustam ao assunto de interesse da pesquisa. Passam por um rígido controle de sinônimos, significados e importância na estrutura hierárquica de um determinado assunto. As palavras-chave não obedecem a nenhuma estrutura, não são organizadas hierarquicamente, sendo aleatórias e retiradas de textos de linguagem livre, podendo ser em palavras ou em frases (BASSORA; CAMPOS, 2010).

Esta revisão foi realizada em bases de dados indexadas no âmbito nacional e internacional, utilizando-se dos descritores DeCs *online* e o operador booleano representado pelo termo conector And (atenção primária à saúde and saúde da família and assistência integral à saúde) e as palavras-chave: integralidade, conceito, equipe, trabalho em equipe, atenção básica, Programa de Saúde da Família, integral, cuidado, todas combinadas entre si, por meio do conector And, procurando atender à questão norteadora. Tanto os descritores, como as palavras-chave foram pesquisadas em português, inglês e espanhol nas seguintes bases de dados:

- ✓ PUBMED- é um service do U.S. National Library of Medicine que inclui outros 19 milhões de citações incluindo a MEDLINE (Medical Literature Analyses and Retrieval System online), revistas de ciências da vida e outros livros *online*. Site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

- ✓ LILACS - Latin American and Caribbean Health Science Literature Database. É o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 25 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, do acesso e da qualidade da informação em saúde na Região. Site: <http://lilacs.bvsalud.org/>.
- ✓ SCIELO- Scientific Eletronic Library online- Uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Site: <http://www.scielo.br>
- ✓ CINAHL- Cumulative Index To Nursing and Allied Health Lierature- fornece indexação de 2.928 periódicos científicos nos campos da enfermagem e relacionados à saúde. Acesso pelo convênio Universidade Federal de Alfenas/MG. Site: <http://www.unifal.gov.mg.gov.br> .

Também foi realizado um levantamento manual nas publicações impressas, tais como documentos legais, livros-texto, monografias, dissertações e teses publicadas na íntegra.

4.3 TERCEIRA FASE: COLETA DE DADOS

Foram extraídos os dados das publicações selecionadas por meio de um instrumento para análise da revisão integrativa, segundo os autores, os objetivos, o tipo de estudo, os resultados e as conclusões (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011), para assegurar que a totalidade seja extraída, para minimizar os erros na transcrição, para garantir a precisão da checagem das informações e para servir como registros (ANEXO A, APÊNDICES A e B).

4.4 QUARTA FASE: ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os artigos foram analisados detalhadamente, segundo as recomendações da metodologia da revisão integrativa. Também foi considerada a experiência da pesquisadora e da orientadora para a apuração dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilização na prática.

Em relação à identificação dos níveis de evidência das publicações científicas, importante ferramenta metodológica em revisões integrativas, encontrou-se na literatura estudo descrito por Galvão, Sawada e Rossi (2002) que apresenta um modelo de identificação de força da evidência proposto por Muir Gray (1997), composto por cinco níveis de evidência: nível 1) evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados, controlados, bem delineados; nível 2) evidência forte de pelo menos um estudo randomizado, controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado; nível 3) evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único, pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; nível 4) evidência de estudos bem delineados não experimentais, realizados em um ou mais de um centro ou grupo de pesquisa e nível 5) opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por adotar a proposta descrita por Stetler e colaboradores (1998), com o objetivo de analisar o delineamento de pesquisa e a identificação da qualidade de evidência científica a serem extraídos das publicações. Este modelo inclui na classificação da força de evidências, os delineamentos de pesquisas qualitativas, os dados de avaliação de programas e os documentos legais, que serão importantes para a síntese de publicações na temática do presente estudo.

A seguir serão apresentados os seis níveis de classificação da força de evidências propostos por Stetler e colaboradores (1998):

Quadro 1 - Classificação das forças de evidência para a avaliação de pesquisa.

Nível Força de Evidência
I. Evidência obtida do resultado da meta análise de estudos clínicos controlados randomizados.
II. Evidência obtida em um estudo de desenho experimental.
III. Evidência obtida no delineamento de estudo quase-experimental.
IV. Evidências que emergem de estudos não experimentais, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso.
V. Evidências que surgem de relatórios de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou de dados de avaliação de programas.
VI. Evidências baseadas em opiniões de especialistas, baseadas nas experiências clínicas, ou comitê de especialistas, incluindo interpretações de informações não- baseadas em pesquisas, opiniões regulares ou legais.

Fonte: STETLER, C.D.et al. Evidence-based practice and role of nursing leadership. *Journal Advanced Nursing*, Oxford, v.28, n.7-8 ,pp. 45-53, July/Aug,1998.

4.5 QUINTA E SEXTA FASES: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.5.1 Caracterização dos estudos

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos estudos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, segundo o banco de dados.

Tabela 1: Distribuição dos estudos segundo as bases de dados e critérios de inclusão e exclusão, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011.

Base de Dados	Número de artigos encontrados(título e/ou resumo)	Número de artigos selecionados (publicação na íntegra)	Número de artigos excluídos	Número de artigos duplicados	Número de artigos incluídos
LILACS	997	158	135	17	23
PUBMED	203	38	36	19	2
PICO	1	1	0	0	1
SCIELO	1142	12	9	70	3
CINAHL	155	9	8	23	1
Outras publicações	22	22	0	0	22
TOTAL	2520	240	188	129	52

Fonte: Bases de dados eletrônicos LILACS, PUBMED, SCIELO e CINAHL, PICO e publicações impressas, 2000- 2011.

A maior parte das publicações encontradas e incluídas foi utilizando a base de dados eletrônica LILACS (n=23). Das 240 publicações selecionadas das bases LILACS, PUBMED, SCIELO E CINAHL, 129 eram duplicadas (TABELA 1). Percebe-se que o alto número de duplicações ocorreu devido à pesquisa nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Pela estratégia de busca PICO foi encontrado apenas um artigo de revisão sistemática. Das 22 publicações impressas foram incluídos 8 textos, 7 artigos de livros-texto, 4 teses e 3 documentos legais (TABELA 1).

Constatou-se que 25% dos estudos foram publicados no periódico Ciência & Saúde Coletiva, seguidos das revistas Interface (10%) e Ciência Cuidado & Saúde (10%). Em relação ao ano de publicação, 2010 foi o ano em que mais se produziu sobre o tema, compreendendo uma amostra de 9 publicações (22,5%), seguido de 2009, com 7 (17,5%). Quanto à área de conhecimento das publicações científicas, 3 (16,7%) eram da enfermagem.

A Tabela 2 apresenta a classificação dos níveis de evidência das publicações incluídas nas versões eletrônica e impressa:

Tabela 2 – Distribuição dos estudos com relação à evidência das publicações incluídas.

Tipo de estudo	Nível de evidência	N	%
Estudo de caso	IV	3	5,8
Estudo quali-quantitativo	IV	2	3,8
Estudo qualitativo	IV	23	44,2
Descritivo exploratório	IV	6	11,5
Revisão sistemática descritiva	V	1	1,9
Revisão integrativa	V	2	3,8
Revisão da literatura (narrativa)	VI	4	7,7
Legislação	VI	3	5,8
Opinião especialista	VI	8	15,4

Fonte: Bases de dados eletrônicos LILACS, PUBMED, SCIELO e CINHAL, PICO e publicações impressas, 2000- 2011.

Em relação à busca de evidências, 44,2% das publicações eram do tipo pesquisa qualitativa. Encontrou-se uma força de evidência de menor magnitude e não foram identificados estudos de forte nível de evidência, como aqueles resultantes de pesquisas clínicas randomizadas ou experimentais o que era esperado, uma vez que a questão de pesquisa era de cunho teórico-conceitual, envolvendo trabalho em equipe, integralidade e atenção primária. No entanto, a revisão sistemática publicada na Austrália, em 2008, apresenta uma importante contribuição para o debate acerca do trabalho em equipe multidisciplinar no cuidado à população com condições crônicas na atenção primária à saúde (MITCHELL, TIEMAN, SHELBY-JAMES, 2008). Esses autores sugerem que o planejamento e o cuidado multiprofissional pela equipe de saúde na atenção primária contribuem fundamentalmente para a melhora das condições de saúde das pessoas apresentando doenças crônicas.

4.5.2 Interpretação e síntese dos conceitos

Walker e Avant (2005) afirmam que a análise de um conceito é um processo formal e rigoroso pelo qual um conceito abstrato é explorado, esclarecido, validado, definido e diferenciado de conceitos semelhantes para informar a teoria, o desenvolvimento e melhorar a comunicação. O autor argumenta que o esclarecimento conceitual não é possível sem compromisso teórico; conceitos

possuem significados diferentes e a exploração completa em diferentes contextos pode ser inviável e inútil.

Sobre o conceito geral de trabalho em equipe, Leite e Veloso (2008) descrevem o trabalho como uma atividade contínua e necessária a uma ação que envolve o conjunto de arranjos institucionais que transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho (relação de subordinação e de dominação e/ou de cooperação e de conflito). Esses autores apresentam a definição de equipe como um conjunto de profissionais que se aplicam a desenvolver trabalho conjunto a partir da definição de objetivos.

Outros autores apresentam diferentes conceitos:

Equipes de trabalho são entidades sociais, inseridas em sistemas maiores, que executam tarefas consideradas relevantes para a missão da organização à qual pertencem, uma vez que seus resultados de desempenho têm consequências para o ambiente interno e externo a equipe. São compostas por pessoas que trabalham de maneira interdependente e que são identificadas por outros membros da organização como parte da equipe (HACKMAN, 1987 *apud* SOUZA; PUENTE-PALACIOS, 2011, p. 316).

Souza e Puente-Palacios (2011) afirmam que no mundo o interesse pela compreensão do funcionamento das equipes no âmbito das organizações gerais começou em 1984 (BRODBECK,1996; GLADSTEIN,1984; GUZZO; SHEA,1992; HACKMAN,1987; SUNDSTRON; de MEUSE; FUTREL,1990). No Brasil esse interesse pelo trabalho em equipe surgiu com maior relevância a partir da década de 1990: (MACHADO, 1988; PUENTE-PALACIOS; BORGES-ANDRADE, 2005; SILVA, 2006; PORTMANN, 2007). Porém, a produção científica nacional tem como uma importante referência a publicação do artigo de Peduzzi (2001), no qual essa autora apresenta uma reflexão teórica sobre o processo de trabalho em equipe e apresenta também uma tipologia definida como equipe agrupamento e equipe integração.

Comparando os conceitos gerais do processo de trabalho em equipe e do trabalho em equipe na saúde, percebe-se que os autores das publicações do trabalho geral consideram a efetividade do trabalho em equipe como uma relação com a satisfação no trabalho e com o autoconceito, no qual os resultados do desempenho se aproximam das metas estabelecidas. Essas ponderações ainda não ocorrem nas publicações do trabalho em equipe na saúde. Outros critérios relativos à realização das tarefas de natureza afetiva também são destacados, entre os quais estão a satisfação e o comprometimento. Essas avaliações são mensuradas por

meio de autoavaliações e heteroavaliações, ou seja, trata-se das reações afetivas dos indivíduos como influência para o desenvolvimento do grupo como um sistema. Porém, por serem experiências individuais, com avaliações subjetivas, devem ser mensuradas pelas próprias equipes (SOUZA; PUENTE-PALACIOS, 2011).

Em sentido geral, as equipes são fundamentais para o bom desempenho das organizações. O fato de várias pessoas juntas, com maiores conhecimentos, serem mais capazes de realizarem tarefas complexas, portanto, mais eficazes, facilita o reconhecimento e a valorização do trabalho em equipe (HACKMAN, 1987 apud SOUZA, PUENTE-PALACIOS, 2011).

O Quadro 2 apresenta os conceitos e as concepções mais relevantes do trabalho em equipe na saúde, com perspectiva na integralidade na APS encontrados nas 52 publicações da pesquisa.

Quadro 2 - Relação dos conceitos de trabalho em equipe, de acordo com os autores, os periódicos e o ano de publicação.

1. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, fev. 2001.	Trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade do trabalho coletivo, que é construído pela relação recíproca de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas dos vários profissionais e pela interação entre esses agentes, configurando por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais.
2. PAIM, J. S. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J. S. <i>Saúde política e reforma sanitária</i> . Salvador: CEPS/ISC, p. 435-444. 2002.	O trabalho em equipe é {...} capaz de solucionar, por si mesmo, os problemas da prática de saúde decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional.
3. SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. <i>Arquivos Catarinenses de Medicina</i> , Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-73. 2003.	O trabalho interdisciplinar pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que reporta ao conceito de trabalho em equipe multiprofissional com base no PSF.
4. FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> , Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.	O trabalho em equipe como rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, em que é possível identificar processos grupais.

<p>5. ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-467, mar./abr. 2007.</p>	<p>O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e de interação. É uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.</p>
<p>6. XYRICHIS, A; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, Londres, v. 61, n. 2, p. 232-241, 2007.</p>	<p>O trabalho em equipe é proposto como um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde com origens e habilidades complementares, compartilhando objetivos comuns, esforços físicos e mentais na avaliação, ou no tratamento do paciente. Trabalho em equipe como um grupo que compartilha metas e objetivos comuns de saúde, determinada pelas necessidades da comunidade, para a realização em que cada membro contribui, em conformidade com sua competência e habilidade e em coordenação com a função dos outros. Trabalho em equipe como diversas disciplinas com conhecimentos e habilidades compartilhadas, objetivos comuns, que utilizam a colaboração interdependente, incluindo a comunicação e a partilha de conhecimentos, para a prestação de serviços aos pacientes.</p>
<p>7. COSTA, R. K. S; ENDERS, B. C; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. <i>Rev Cien. Cuid. Saúde</i>, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez. 2008.</p>	<p>O trabalho em equipe define-se como uma prática que contempla a comunicação entre profissionais no exercício cotidiano do trabalho, sendo consideradas a articulação das ações e a interação de seus agentes.</p>
<p>8. FERREIRA, R. F; VARGA, C. R; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, set./out. 2009.</p>	<p>O trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação das áreas.</p>
<p>9. SOUZA, D. R. P; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para sua prática em um serviço de saúde. <i>Rev. Eletrônica de Enferm.</i> Goiás, v. 11, n. 1, p. 117-23, 2009.</p>	<p>A equipe multiprofissional pode ser entendida como uma modalidade de trabalho coletivo, em que existe uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas, interação e cooperação entre os profissionais, por meio da comunicação.</p>

<p>10. PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. <i>Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. CEPESC-IMS/UERJ. 1ª ABRASCO. 2010.</p>	<p>Trabalhar em equipe pressupõe mais que diferentes categorias atuando no mesmo espaço ou no mesmo objeto/alvo da intervenção: pressupõe a tessitura de um “saber-fazer” comum, “um fazer com”.</p>
<p>11. MATOS, E; PIRES, D. E. P; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. <i>Rev. Bras. Enferm</i>, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set./out. 2010.</p>	<p>A necessidade de relações com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, no acolhimento das diferenças. Necessidade de as relações se sustentarem na cooperação e na troca entre as disciplinas, na interação entre profissionais, na articulação dos saberes e fazeres, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões com base na construção de espaços para a elaboração e para a expressão de subjetividades.</p>
<p>12. PEREIRA, R. C. A. <i>O trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes</i>. [Tese]. 2011. 135f. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Fundação Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.</p>	<p>O trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo que se constitui por meio de uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos profissionais e a interação desses atores. Contudo, a comunicação é o veículo que possibilita a conexão entre os profissionais.</p>
<p>13. CARDOSO, A. S. F. C; DALL AGNOLL, C. M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i>, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1412-1418, dez. 2011.</p>	<p>Entende-se o trabalho em equipe como um processo de interrelação, analisando as relações entre os trabalhadores enquanto processos grupais.</p>

Fonte: Análise das produções científicas das bases eletrônicas LILACS, PUBMED, SCIELO, CINAHL e outras publicações da revisão integrativa.

De acordo com Peduzzi (2007), não há um consenso sobre o conceito de trabalho em equipe na saúde, mas um conjunto de definições que permite identificar características comuns, que possibilitam estabelecer um referencial de abordagem do tema. Além disso, existe na literatura uma diversidade de concepções do trabalho em equipe com significados aparentemente semelhantes, como equipe interdisciplinar e multiprofissional.

A revisão integrativa da literatura realizada permitiu a elaboração de um conceito a partir das contribuições das publicações científicas dos autores pesquisados e das categorias de análise extraídas das publicações do estudo.

Assim, define-se o trabalho em equipe de saúde na perspectiva da integralidade como **uma dinâmica de relação entre as pessoas, pautada pelo**

reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano, pelo compartilhamento de competências colaborativas e interdependentes, para a re(construção) de saberes e fazeres interdisciplinares, mediada pela comunicação e pela interação, cuja organização do processo de trabalho deve ser centrada na apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, de forma integral, em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.

Um conceito que pressupõe a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a reorganização do processo de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção à saúde (SOUZA, 2011). De acordo com Mitchell, Tieman e Shelby-James (2008), a implementação da atenção multiprofissional requer mudanças nos padrões de interação entre os prestadores de cuidados, alinhamento de papéis nas práticas de trabalho e mudanças nos arranjos político-organizacionais que, por sua vez, exigem estratégias complexas e específicas.

Segundo Ceccim e Fuerwerker (2004) não se trata de impor um conceito para a atenção ou para a formação, mas uma contribuição para a busca de aproximação constantes do plano teórico-conceitual e jurídico-institucional, que conduza a novas práticas de saúde e de ensino na saúde.

4.5.3 Identificação e discussão das categorias de análise

A interação e a comunicação entre os profissionais das equipes de saúde são as categorias de análise mais abordadas por toda a literatura nacional e internacional (PEDUZZI, 2007).

A interação como categoria analítica abarca diferentes áreas de conhecimento. Ora é considerada no campo da gestão, ora no das relações humanas. No geral, a interação é representada por duas vertentes: relações humanas, significa que profissionais devem estabelecer uma modalidade de comunicação que busca o entendimento e reconhecimento mútuo; na vertente da interação social, a articulação entre o conhecimento técnico-científico dos profissionais e as ações que desenvolvem e resultam em impacto social. O caminho para a comunicação é o atendimento às necessidades do usuário, com superação das concorrências intraprofissionais por meio do agir comunicativo. Envolve o

acolhimento e a escuta intraprofissionais e entre profissional/usuário, com reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano.

O pensamento habermaseano é com base numa razão a um limite. Considera-se que o endeusamento da racionalidade pode chegar a extremos irracionais, como é o caso do totalitarismo. O paradigma da racionalidade moderna precisa ser criticado numa razão mais completa, com base no diálogo, no exercício da intersubjetividade. Desse modo, Habermas (2003) faz uso da razão comunicativa não subjetivista, mas dialogal. Essa construção dialogal entre as pessoas é sustentada por argumentos sedimentados, bem fundamentados e que podem levar a um consenso. Enfim, a linguagem, a palavra, o discurso, têm importância decisiva na tarefa de se chegar a um consenso, ou seja, a uma ética, por meio da construção de uma pluralidade de vozes que utilizam argumentos.

Entretanto, deve-se ter um cuidado diante das pessoas que se valem da persuasão, pois o interesse da comunidade deve se sobrepor ao interesse particular. A postura ética de um profissional não deve estar acima do “todo” coletivo. O autor parte de um ponto de vista universal e observatório, no qual permeia uma teoria ou instância de validação da norma existente feita por “nós” e não por uma consciência solitária, solipsista e intimista. Essa forma é pautada no diálogo e seria o aspecto de maior relevância na construção de uma sociedade mais equânime e tolerante. A forma básica do pensamento é reflexiva e autorreferente, valendo-se do discurso, da argumentação em comum, sempre mediatizados pela linguagem (PEREIRA JÚNIOR, 2011).

No entanto, argumentar demanda compromisso. E a palavra não pode ser vazia de sentido, pois, se assim for, não se sustentará e não terá valor perante os outros. O indivíduo, assim, precisa de argumentos como condição vital. A todo instante, buscam fazer discursos e consensos; quando isso não ocorre, a justiça intervém para resolver os conflitos, o que não escapa da esfera dos argumentos, ou seja, argumentar significa comprometimento daquele que o faz (HABERMAS, 2003; PEREIRA JÚNIOR, 2011).

Compreende-se que a teoria da ação comunicativa desdobra-se na ética do discurso e tem como finalidade o consenso, chegando-se à verdade; não à verdade objetiva, mas às proposições validadas no processo argumentativo. Percebe-se que

a ética habermesiana pressupõe a autenticidade do discurso e a prioridade coletiva sobre a individual, não prometendo uma vida feliz para o sujeito social, mas uma construção coletiva, na qual o consenso das partes individuais decidiu construir e a verdade imperar. Portanto, uma pessoa que fala é obrigada a exprimir pretensões universais e possíveis de serem honradas. Nesse contexto, o discurso deve ser democrático uma vez que ninguém pode ser excluído da construção de uma sociedade melhor. A razão comunicativa deve prevalecer sobre a razão subjetiva, instaurando-se o mundo da sociabilidade, da espontaneidade, da solidariedade e da máxima cooperação (HABERMAS, 2003; PEREIRA JÚNIOR, 2011).

De acordo com Habermas (2003), um projeto comum só poderá ser construído a partir da interação como uma prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos entre os envolvidos no processo de trabalho em saúde.

A articulação e a interação dependem de como os profissionais gerenciam e aplicam os conhecimentos técnicos próprios de cada profissão na assistência à saúde, bem como se estabelecem os encontros entre os profissionais para a organização do trabalho profissional-usuário. Os consensos produzidos dessa relação de interação ocorrem a partir da distribuição de poderes entre os membros da equipe. No campo profissional, estão envolvidos conhecimentos e diferentes práticas, os quais devem ser valorizados individualmente para um fazer coletivo (MATTOS; PIRES; SOUSA, 2010).

Dentre as categorias de análise encontradas neste estudo a partir da contribuição dos autores, as ações compartilhadas aparecem em destaque. Percebe-se que essa categoria, **ações compartilhadas**, engloba a articulação da equipe para a determinação dos **objetivos comuns, planejamentos, metas e soluções conjuntas** para a construção de um **trabalho coletivo**.

Trabalhar com os diferentes saberes e modos de ver o mundo foi uma abordagem que ocorreu durante todo o processo desta pesquisa, sendo caracterizada como um encontro entre sujeitos. A construção de trabalhos coletivos como no compartilhamento das decisões, das metas, dos planos e das soluções conjuntas não ocorrem apenas pelo saber técnico-científico dos trabalhadores considerados no processo. Nesses casos, não são levadas em consideração as várias complexidades humanas, nas quais estão os anseios, a cultura, o saber, a imposição das verdades, o poder, os modos de ver o mundo, entre tantas outras,

tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários. A questão é considerar os indivíduos como seres extremamente complexos, inseridos em um contexto que possuem determinadas especificidades, em que é apenas uma razão que os constituem e os inserem no contexto da saúde. Essas dificuldades de ampliar o olhar dificilmente resultarão em um cuidado integral, uma vez que este é realizado apenas por partes, fato que compromete a responsabilização, as pactuações e as ações que possibilitam a construção conjunta de práticas geradoras de saúde (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011).

O trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, demanda a inclusão de tecnologias que levem em consideração os preceitos legais da integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a subjetividade das pessoas. Aponta principalmente para a ruptura de valores tradicionais na saúde, valorizando, inclusive, a interdisciplinaridade como um caminho que possibilita os diferentes saberes para superar a fragmentação no cotidiano dos serviços para um fazer coletivo.

Severo e Seminotti (2010) afirmam que o tensionamento do desafio da integralidade exige um processo interdisciplinar que produza ações, conhecimentos e emergências transdisciplinares na saúde coletiva, que visem minimizar o intenso processo de especialização que tem caracterizado as práticas na contemporaneidade. Dito de outra forma, um processo de trabalho compreende a construção co-operativa entre trabalhadores, entre gestores e entre usuários na realização de diretrizes e ações coletivas organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais. Assim, na construção de ações, de objetivos, de projetos e de serviços na coletividade, o processo de trabalho exige dos trabalhadores a incorporação dos distintos saberes e poderes peculiares às relações interprofissionais e direcionados à alteridade. Ou seja, trabalhadores devem produzir saúde, produzindo a si mesmos diante de suas complexidades como operadores e co-operadores na constituição de equipes. Portanto, o caminho para a efetivação da integralidade no fazer coletivo implica a recusa do reducionismo e de objetivação das pessoas na abertura ao diálogo constante.

A segunda categoria encontrada relaciona-se ao campo determinado aqui como **relacionamentos humanos** abarcando as necessidades de trabalhar as complexidades que a envolvem como **os conflitos, os afetos, os desejos, o saber,**

o fazer, o ouvir o outro, a cooperação, o respeito, a responsabilidade, a humildade e a ética.

Para Angerami-Camon e colaboradores (2002), agir eticamente é tomar uma possibilidade de escolha, de uma ação, de uma liberdade configurada em uma responsabilidade diante de uma dada situação, que implica um “poder fazer”. A ética consiste em traçar como se deve proceder frente a uma situação. “Dever fazer” implica em “poder fazer”. Logo, a ética pressupõe uma liberdade na qual o homem busca a consciência, vivencia o paradoxo e decide, construindo-se na busca, a partir de sua escolha. Porém, não há como garantir um comportamento ético e moral da sociedade. Esse se faz ausente em muitas situações e as ações deliberadas podem provocar caos social. Por isso, fazem necessárias as legislações, as normas a serem cumpridas, assim como é fundamental rediscuti-las constantemente em busca de novas ponderações para as práticas profissionais e para a implementação das políticas vigentes, nas quais está inserida a APS.

Entretanto, a norma ética não implica necessariamente uma lei ética, mas um princípio moral, cuja finalidade é cumprir uma função. O homem ético se dá conta de que não é possível ignorar as normas e as convenções do externo (ANGERAMI-CAMON, 2002). Existe essa função ética na pesquisa, no conhecimento, no saber acerca do mundo, na atuação profissional, em nós mesmos e na possibilidade de tornar uma vida melhor a partir do momento em que se pode ter essa atuação mais eficaz para as pessoas que necessitam de cuidados profissionais e para nós mesmos, enquanto meros aprendizes profissionais dessa longa e inesgotável dúvida.

Porém, existe uma responsabilidade do homem perante essa construção, na construção das diferenças, na valorização da interioridade em detrimento da exterioridade, encontrar-se nos princípios existenciais no cerne da ética. No campo dessa liberdade, o fazer, os afetos, os conflitos, a humildade, a cooperação, o ouvir o outro, enfim, implicam uma ação, uma responsabilidade maior por meio das faculdades humanas como a inteligência, o desejo, a memória e a busca do saber. A voz coletiva deve ser uma via de compromisso ético, na qual a regra básica é a solidariedade e o respeito pelas necessidades de saúde da população (ANGEDRAMI-CAMON, 2002).

Afinal, a civilização humana parece estar doente, em uma imensa convulsão, na qual os valores referenciais responsáveis pelos equilíbrios socioculturais estão caindo e sendo questionados. A própria família, alvo da ESF, passa por grandes transformações. A perplexidade e o pseudoconformismo passaram a ser uma manipulação da mídia. Com isso, nos segmentos da saúde, o pensar e fazer sofrem intensas angústias de um não saber fazer diante da complexidade humana. Os profissionais de saúde questionam a eficácia de seus saberes, adoecem, permanecem na angústia de um não fazer, mesmo de posse de um saber especializado, principalmente nas equipes multiprofissionais. Esse fato demonstra a deteriorização ética e moral das profissões. Entretanto, as crenças e os valores insistem por novas chances, por novas buscas e por formas para o trabalho coletivo (CHIATONE; SEBASTIANI, 2002).

[...] A ética passeia entre os tópicos de algumas legislações... Passeia como a própria utopia da dignidade humana. Frente aos experimentos científicos. Ética é ser aclamado por si mesmo..sem estética, nem ética; [...] Ética é implorar amor, compaixão e ouvir argumentos teóricos, científicos, razão em lugar da emoção.Um feto no lixo, uma vida na contramão...(ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 2).

Assim, a complexidade humana apresenta impossibilidade de ser simplificada. É impossível generalizar o comportamento humano nas experimentações, nas dificuldades em lidar com o novo, com o diferente, com novas posturas diante de novas pesquisas e de demandas que se abrem no contexto da saúde coletiva (ANGEDRAMI- CAMON, 2002).

Enfim, os modelos vigentes tidos como referenciais não têm encontrado mais sustentação no que se refere às condutas e às relações humanas. Nesse sentido, a ética nas relações interpessoais vem se apresentando como uma enorme lacuna nos sentidos de interação, aparecendo posturas inadequadas e contrárias às necessidades de prestação de assistência no cuidado à saúde. A complexidade social passou a gerar paradoxos em que vários valores da existência humana, entre eles, a ética, passaram a ser um grande problema das relações e, conseqüentemente, no trabalho (CHIATONE; SEBASTIANI, 2002).

Nos seguimentos de trabalho, vários fatores levam a repensar as práticas pelo pensamento mecanicista-cartesiano e que tornam profissionais especialistas em quase nada. Sabem detalhes das doenças, mas existe um distanciamento do indivíduo, assim como há uma imensa dificuldade de comunicação e de interação

com o saber com outros profissionais. Saber cada vez mais não tem trazido respostas necessárias à evolução da prática profissional, o que não quer dizer que as especialidades sejam importantes, ao contrário, são exigências da ciência (CHIATONE; SEBASTIANI, 2002). Desse modo, algumas perguntas não se esgotam do saber e devem fazer parte do cotidiano exercício das práticas e no processo de formação acadêmica: O que se tem feito para trabalhar a dimensão humana nas relações de trabalho? Como lidar com esse saber na busca do objeto de trabalho que é o ser humano? Como produzir uma comunicação mais efetiva?

Outra categoria analítica encontrada foi: **o reconhecimento do trabalho do outro ou legitimação do outro**, que se configura como necessidade urgente no processo do trabalho em equipe. Reconhecer de fato o trabalho do outro significa levar o trabalho do outro em consideração, o que abarca a dimensão da comunicação e da ética como uma necessidade da interação humana. Para a equipe alcançar um certo grau de integração, é preciso que todos os profissionais façam esforços de forma compartilhada para a articulação das ações, uma vez que essa possibilidade de ação não se faz por si só, por variados saberes num mesmo espaço físico. A necessidade de reconhecimento do trabalho do outro, associada à integração, é um destaque da literatura sobre as categorias do trabalho em equipe, pois trata-se de saber lidar com essa demanda de reconhecimento, da transversalidade de algumas ações e da existência de pontos comuns nos saberes, nas abordagens e na atuação das diferentes áreas (PEDUZZI, 2010).

O reconhecimento das responsabilidades e do trabalho dos outros profissionais da equipe, a articulação das disciplinas e dos saberes, possibilitam conexões entre as intervenções, buscando estabelecer pontes e ligações que requerem também a mediação da linguagem entre os profissionais e, destes, com os usuários. O reconhecimento do trabalho do outro contempla múltiplas dimensões acerca da integralidade no processo saúde-doença (PEDUZZI, 2010).

Assim, essa afirmação, requer uma análise dos processos específicos do trabalho, na dimensão tecnológica e técnica, com instrumentos materiais e imateriais do trabalho e nas necessidades dos resultados a serem produzidos. O trabalho em equipe requer também análise interativa e intersubjetiva para as mudanças nas práticas em direção à integralidade, o que demanda reflexão nos espaços de poder

entre os trabalhadores, no reconhecer o outro em sua possibilidade de atuação (PEDUZZI, 2010).

A **interdisciplinaridade** é uma importante categoria analítica no processo de trabalho em equipe na saúde. Compreende-se uma ação interdisciplinar como uma possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade social em que estão inseridos. Considera-se também que o trabalho em equipe pressupõe impactos sobre diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Desse modo, a assistência à saúde pode ser facilitada pela soma de olhares dos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Trabalhar na APS requer dispositivos que alterem a dinâmica médico-centrada. Para mudar essa lógica, fazem necessários dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, modificando os afazeres dos profissionais para uma nova lógica no agir e no cuidado à saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Assim, torna-se imprescindível não só a incorporação de novos saberes, constantemente, mas também mudanças comportamentais, culturais, na postura ética e no compromisso com a gestão pública.

Essa construção da interdisciplinaridade tem sido um processo crescente na saúde em função da necessidade de superar a fragmentação das ações e dos conhecimentos humanos, na busca de um olhar mais atento que dê conta da complexidade do ser humano. Por outro lado, o conceito de saúde busca também a qualidade de vida e, para tal, torna-se necessária a mudança do trabalho individual para o coletivo. Trata-se de reconhecer que pensamentos e ações são desiguais em qualquer ponto da existência humana. Porém, existem pontos comuns, objetivos que podem ser comuns para os profissionais que se responsabilizam por uma ação interdisciplinar (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Esses autores ressaltam que a totalidade nunca pode ser atingida. A interdisciplinaridade representa uma possibilidade de aproximação entre as partes. Portanto, é preciso adotar uma visão dialética dos obstáculos de sua construção.

Outra categoria analítica identificada neste estudo foi a **necessidades dos usuários**. As necessidades de saúde da população têm sido discutidas nas pesquisas, nos debates, nas políticas de saúde e podem ser reconhecidas nas articulações dos serviços de saúde com a população e nas demais articulações com

a rede de atenção. O reconhecimento das necessidades de saúde é essencial para se definir o processo de trabalho em equipe na saúde. Esse processo de trabalho é orientado para as necessidades sociais que o justificam. Assim como qualquer outra necessidade humana, as necessidades de saúde também são sociais, determinadas pela cultura e ultrapassam o simples fato de ser apenas uma conservação da vida. Essas necessidades são classificadas como *naturais* e *necessárias*. As naturais são relativas à conservação e à perpetuação da vida o que incluem a alimentação, abrigo, contato social, cooperação, relacionadas, portanto, à conservação da espécie. Já as necessárias, incluem a liberdade, a autonomia, a autorrealização, a auto-determinação, a atividade moral, a reflexão e outras (EGRY et al. 2009).

Para Santos, Bertolozzi e Hino (2010), as necessidades de saúde extrapolam o campo das doenças e das demandas médicas e englobam os “modos de vida e identidades”, envolvendo, assim, todas as condições necessárias para se ter saúde.

A concepção mais recente das necessidades de saúde no SUS considera como demandas de ações e de serviços de saúde consensos sociais provisórios, de acordo com o desenvolvimento tecnológico e a infraestrutura para o atendimento das necessidades de saúde, que deve ser legitimada pelos usuários do sistema e pelos atores envolvidos (EGRY et al., 2009).

Outro ponto a ser considerado nas necessidades de saúde, e em suas formas de reconhecimento, são as vulnerabilidades de grupos e de indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, na proteção ou na garantia dos direitos de cidadania ou de quaisquer outras formas de desigualdades sociais. Cabe ressaltar que a vulnerabilidade não se restringe apenas aos indivíduos, mas ao plano coletivo e que exige o desenvolvimento de ações em todos os âmbitos que possam resultar em respostas sociais solidárias e estratégicas para atender à essas necessidades de saúde (EGRY et al., 2009).

Contudo, Pinheiro e Mattos (2010) alertam que especialistas e economistas da área da saúde, admitem que é impossível definir as reais necessidades da população de forma precisa e ordenada. O fato é que existe uma imprevisibilidade de eventos que ocorrem nos processos saúde-doença, de cura e morte dos indivíduos com alto grau de subjetividade nas relações médico/paciente e paciente/serviços nos quais são passíveis da multidimensionalidade dos seres humanos.

Em meio a tantos significados e reflexões, uma ideia sedutora requer atenção. A ideia de “cuidado integral” e a preocupação com a “totalidade” trazem implicações no qual exigem cautela quando não se interroga se é mesmo possível atender às totalidades das necessidades dos seres humanos. O risco é a tentativa de controles sem precedentes, perda da autonomia e uma medicalização também integral para preencher os vazios existenciais (CAMARGO JÚNIOR, 2010). Assim, é necessário um caminho que leve sempre a busca de mais conhecimentos e reflexão crítica.

O atendimento das necessidades de saúde dos usuários requer das equipes da APS **habilidades e competências, saber-fazer e fazer com**. Falar sobre competências significa abordar a capacidade de atuação dos membros da equipe diante da imprevisibilidade e da diversidade do cotidiano das práticas de saúde, que envolve para além da atuação profissional, as estruturas, o interior das organizações e as políticas. Assim, o conceito de competência pode ser entendido como uma capacidade para aplicar as habilidades, os conhecimentos e as atitudes; habilidade para chegar a um propósito por meio da utilização do conhecimento; capacidade para utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade para mobilizar saberes, saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolver um problema no qual a capacidade de mobilização de conhecimentos “supera o tatear reflexivo” e aciona esquemas constituídos (MOTTA; AGUIAR, 2007). É importante ter um hábito de agir que possa ir além das reflexões, podendo o profissional se adaptar a qualquer situação inédita que possa fazê-lo modificar a prática, com avaliação e julgamento.

Assim sendo, a competência significa a construção de dispositivos que permitam mobilizar conhecimentos, no momento necessário e com discernimento. A competência se configura num mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e de atos necessários à realização de uma ação, sendo também uma condição para um bom desempenho, uma vez que envolve vários recursos que devem ser articulados e mobilizados perante uma nova situação. O desempenho, então, passa a ser uma consequência das competências. Porém, cabe ressaltar que uma ação pode demandar várias competências as quais podem corresponder tanto ao resultado do trabalho, quanto à reflexão das condições, dos meios utilizados, da finalidade e da organização da ação (MOTTA; AGUIAR, 2007).

O trabalho em equipe é extremamente reflexivo, marcado pelo campo das relações interpessoais e dependente do recrutamento de distintos saberes técnico-científicos. Também existe a complexidade que incorpora a diversidade profissional, os interesses, as tecnologias, as organizações heterogêneas em função da variedade dos processos de trabalho coexistentes, e principalmente da fragmentação conceitual, do pensar e do fazer entre as categorias (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Cabe destacar que a categoria **integralidade** aparece nas considerações de praticamente todos os autores de forma direta ou indireta. Existe uma relação intrínseca entre os conceitos sobre o trabalho em equipe na saúde e a integralidade.

Do ponto de vista legal, a articulação das ações de promoção, de prevenção, de tratamento e de recuperação associada ao princípio da integralidade é um pressuposto para a implementação do SUS no país. Para Mitchell, Tieman e Shelby-James (2008), a atenção integral é um conceito que reúne insumos, distribuição, gestão e organização de serviços relacionados a promoção, ao diagnóstico, ao tratamento e a reabilitação da saúde. A integração é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, à qualidade, ao usuário, à seleção e à oferta de serviços, considerando-se o nível de interdependência estrutural entre e dentro das organizações.

Em relação aos aspectos jurídico-legais, a Constituição Federal Brasileira estabelece diretrizes para a organização do SUS, destacando a integralidade como atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Já a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 19 de setembro de 1990), traz a integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações, de serviços preventivos e de curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei 8080 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Tal decreto, ao regulamentar a Lei 8080, no capítulo IV, artigo 20 diz: “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de Atenção à Saúde mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2012, p. 9).

A partir dessas documentações jurídicas, algumas políticas foram sendo estabelecidas pelo Ministério da Saúde, nas quais se configura a Política Nacional de Atenção Básica e, posteriormente, o PSF. A Política Nacional de Atenção Básica tem como um de seus fundamentos efetivar a integralidade em seus diversos aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Assim, o PSF atualmente denominado ESF, foi criado em 1994 com a proposta de reorganização dos serviços da Atenção Básica no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Essa estratégia, ampliada ao longo dos anos, veio construir uma nova perspectiva em relação à Atenção Primária no sentido de substituir o modelo biomédico por novas práticas assistenciais, rompendo com as práticas convencionais de saúde, com a proposta de gerar interação entre usuário e profissional, cuja operacionalização se dá por meio de equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Vários progressos foram alcançados no desenvolvimento da APS desde a implantação do SUS. Houve um crescimento expressivo na produção dos serviços nas Unidades de Saúde e um aumento da cobertura assistencial nas áreas com maiores problemas sociais. Entretanto, apesar dos avanços do SUS, o cumprimento dos princípios ainda não é uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde. O princípio da integralidade talvez seja o menos percebido nessas práticas e as mudanças em relação à integralidade acontecem de forma sutil (LINARD; CASTRO; CRUZ; 2011).

Dentre as políticas de saúde, o princípio da integralidade talvez seja o maior desafio do sistema de saúde do Brasil e é o mais negligenciado no âmbito do SUS. Na década de 1990, com a implantação da ESF, a discussão acerca da integralidade ganhou mais valorização (PAIM, 2009).

A assistência à saúde implica a ampliação e o desenvolvimento da ação cuidadora dos profissionais de saúde, o que lhes permite tornar-se responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e, ainda, de ser capazes de estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo de saúde-doença. Ressalta-se também que a menor ou maior prática da integralidade é

resultado da maneira como se articulam as ações dos profissionais, assim como os desafios para se ofertar um atendimento integral em um contexto da focalização das políticas. Desse modo, a integralidade aponta para a busca e para a compreensão das necessidades das pessoas e, ainda, para reconhecer a adequação das ofertas ao contexto específico, o qual é determinado pelo encontro da pessoa com a equipe de saúde. Desse modo, a integralidade passa simultaneamente como efeito e repercussão de interações positivas entre usuários e profissionais para atender às necessidades de saúde (NEVES, 2010).

Essa assertiva traz à tona os questionamentos acerca da necessidade do desenvolvimento efetivo do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade, no contexto da APS. A implantação da ESF como política de reorganização do modelo assistencial, com a ampliação considerável da cobertura no país, mostra a necessidade de uma maior articulação entre os preceitos legais e as concepções teóricas dos conceitos da integralidade e do trabalho em equipe. Trata-se, portanto, da valorização do acesso à atenção integral como direito fundamental e de cidadania da população.

O trabalho em equipe, com perspectiva na integralidade, se caracteriza como um processo de ações, voltados ao campo individual e coletivo por meio de uma rede de relações entre as pessoas e se caracteriza de formas variadas de acordo com as características das equipes. O poder e o fazer estão presentes quando o objetivo de trabalho desloca-se para o ser humano que demanda cuidado em qualquer ciclo da existência e não somente nas doenças.

5 OUTROS TEMAS RELEVANTES

Foram identificados dois temas, que não se configuraram como categorias de análise, mas que são importantes para o debate sobre o conceito do trabalho em equipe em saúde na perspectiva da integralidade: a formação acadêmica e o trabalho em equipe na saúde e a cultura interprofissional na construção do trabalho em equipe.

5.1 A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE

No que se refere às dificuldades do trabalho em equipes multiprofissionais, podem-se apontar vários fatores entre os quais se destacam: a deficiência na formação profissional e acadêmica; a falta de perfil para o trabalho integral na APS; a falta de educação permanente e a complexidade das relações humanas as quais são pouco abordadas no interior dos serviços.

Santos e Cutolo (2003) afirmam que, no campo da formação profissional tradicional, os profissionais receberam currículos restritos, desconectados entre as disciplinas, sem atenção às reais necessidades da população, baseados em modelos flexnerianos e estáticos e, principalmente, sem espaços para o trabalho em equipe, no qual um futuro profissional possa ser capaz de conceber espaços para a atuação conjunta, ainda no interior das universidades. Essa forma foi reconhecida pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do próprio MS, como prejudicial à humanização. Assim sendo, a formação profissional, com base na organização disciplinar e nas especialidades, caracteriza-se como um estudo fragmentado dos problemas de saúde das sociedades, levando à formação de sutis especialistas que não conseguem lidar com as totalidades ou complexidades. Os futuros profissionais saem das universidades preparados para os mais variados tipos de tecnologias, no entanto, são incapazes de lidar com a subjetividade, com a diversidade moral, social e cultural de si mesmos e, principalmente, das pessoas a qual são alvo de seus trabalhos.

Porém, nesse século XXI, as Diretrizes Curriculares da área de saúde do Ministério da Educação, publicadas em 2001, associadas às exigências das políticas de saúde, vieram com o intuito de corrigir as deficiências na formação dos

profissionais. A tentativa foi eliminar a ênfase nas especializações, dando lugar a atores sociais com formação generalista, direcionada primordialmente à APS, com capacidade mínima para resolver parte dos problemas que afligem a população no contexto da saúde coletiva. As propostas de formação e do trabalho em equipes multiprofissionais já são apresentadas como necessidade da sociedade, não cabendo legitimidade ao contrário (CECCIM, 2010).

A necessidade do trabalho em equipe consta das Diretrizes Circulares Nacionais para os cursos de graduação na grande área da saúde e nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS. Faz-se necessário reconhecer urgentemente a imposição social da multiprofissionalidade, partindo da admissão dessa condição, já de antemão, para negociar em cada realidade os modos, os meios, os processos e as dinâmicas para sua efetivação. Um profissional resulta das políticas de ensino, das políticas do exercício profissional e das do trabalho em saúde (CECCIM, 2010). Assim sendo, torna-se fundamental fazer uso das palavras de Vergote (1989, p. 34) “Somos convidados ao trabalho, para sempre inacabado, de uma catarse no movimento das verdades que falam em nós e que propagam ao infinito as malhas de sua significância”.

Dessa forma, compreende-se que é imprescindível e emergente, além das diretrizes legais, trabalhar a subjetividade humana no campo das relações para a religar e dar novos sentidos aos saberes, uma vez que todos os profissionais da saúde estão inseridos no contexto do sistema de saúde. Os processos de formação em saúde devem ainda contemplar a articulação de ações e de saberes, enxergar a realidade além dos limites dos conhecimentos, trabalhando a interdisciplinaridade para a necessidade do transcender e atravessar conhecimentos fragmentados, buscando a unidade do saber (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2011).

Como afirma Schnitman (1996), a inteligência humana abarca dificuldades empíricas, lógicas e compreende que o que está a nossa volta, está inscrito em nós mesmos e que não há como separar o mundo das estruturas do conhecimento.

5.2 A CULTURA INTERPROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

Para se falar em cultura, faz-se necessário lembrar que os primeiros ensinamentos para a inserção do homem como ser social são as palavras. Na medida das necessidades socioculturais, esse campo da comunicação vai se ampliando e adotando-se também as teorias científicas como direcionamento para as condutas. Segundo Araújo e Cardoso (2007), as teorias são relatos de uma determinada realidade, a partir da observação, da experimentação, da análise e da conclusão, por meio das quais se procura compreender e descrever a realidade enfocada. Algumas teorias passam a ser verdades que orientam um grande número de pessoas; quando ganham peso, passam a ser hegemônicas e se naturalizam, de acordo com os interesses de cada época. Com isso, possibilita-se o poder simbólico, o poder de fazer ver e fazer crer. A realidade, então, passa a ser representada por uma teoria, no seu sentido lato, que corresponde à determinada construção anterior e que, ao mesmo tempo, corresponde ao meio ou à cultura em que se vive. Quanto mais familiar o modo de ver a realidade, maior a potencialidade de transformá-la.

Assim, percebe-se que esse “poder ver e fazer crer” real, pautado por contextos teóricos, faz parte de um processo cultural ao longo das décadas. O SUS é um processo com diretrizes bem sedimentadas que vem sendo construído de acordo com a evolução sociocultural. A partir da implementação do SUS, os conceitos de saúde também foram se modificando, ampliando, dizendo de novas demandas. Dessas novas demandas, foram pensadas novas políticas de saúde que culminaram em novas estratégias, como é o caso da ESF, que se tornou um modelo assistencial do país. Porém, essa “nova” estratégia demanda novos questionamentos para a prática coletiva, a qual demanda equipes multiprofissionais que possam desenvolver o trabalho a partir de um objeto comum. Mas como situar essa demanda sem resgatar a questão cultural? Esse processo no qual os profissionais das equipes estão inseridos ainda se apresentam como lentas tentativas de um “saber fazer”, uma vez que a teoria do trabalhar em equipe ainda está longe de ser hegemônica.

Um sofrimento pode ser visto como uma questão cultural sujeita a variações de diferentes tipos e lugares, para o qual deve haver atenção necessária e de acordo com as possibilidades existentes. Da percepção desse sofrimento, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e dos recursos disponíveis, é que surgem as demandas por serviços de saúde. Ou seja, as dimensões da demanda (sofrimento) e da oferta (atenção) são dialeticamente produzidas constantemente (CAMARGO JÚNIOR, 2010).

Nesse sentido, Peduzzi (2012) também afirma que o trabalho em equipe foi formado historicamente pela noção de integração a partir de um conceito estratégico ocorrido ao longo dos movimentos sociais, pela medicina preventiva, comunitária e pelos programas implantados no Brasil; pelas mudanças na abordagem do processo saúde-doença e pela busca de ampliação dos objetos de intervenção, de redefinição da finalidade do trabalho e pelos novos instrumentos e tecnologias.

Camargo Júnior (2010) lembra que os agentes de cuidado e as instituições são processos históricos entrelaçados, num processo de constante reelaboração e rearticulação, produzindo num corte transversal, na sociedade moderna, complexos médicos-industriais. Isso quer dizer que esses processos constantes da atenção à saúde se ajustam uns aos outros e a superação das insuficiências percebidas não ocorrerá por pequenos ajustes nem por pontos isolados do sistema. Assim, a ênfase nos aspectos biológicos, a atenção fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes são praticamente opostas às ideias de integralidade.

Vale dizer que a equipe de saúde surgiu de uma demanda respaldada pela necessidade de atenção integral ao paciente, porém ainda se mantém numa falta de reestruturação médico-centralizadora, sedimentada por décadas, em torno dos quais, outros trabalhos especializados se agregam. A incorporação de novas categorias profissionais não se configura como uma prática complementar e interdependente entre os trabalhadores. Isso deveria configurar-se como um processo social de mudanças da concepção saúde e doença provocando alterações nos processos de trabalho e no modelo assistencial. O trabalho em equipe não tem apenas o sentido de ampliar acesso e a cobertura populacional, bem como não o tem apenas racionalizar a assistência médica, no sentido de melhor custo-benefício do trabalho (PEDUZZI, 2012).

Essas considerações não valorizam o imobilismo, mas propõem um desenho de limites para se pensar em formas mais estratégicas para a superação dos problemas existentes e para uma atuação de acordo com a nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Estratégias são formuladas e desenvolvidas por meio de práticas concretas, não por indivíduos ou por categorias profissionais isoladas e limitadas para dar conta desse fazer pelos outros que sofrem, mas apontam o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como uma necessidade fundamental, contrariando a tentativa de se criar superprofissionais de saúde que possam atender a qualquer necessidade da população. Assim, a preocupação do termo integralidade e de trabalho em equipe é tomá-los mais que conceitos, é tomá-los como algo que se tem a praticar, impossível de ser plenamente atingido, do qual constantemente pode-se aproximar (CAMARGO JÚNIOR, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou, por meio da revisão integrativa da literatura, apresentar o conceito e as categorias de análise do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade uma vez que esses têm sido insuficientemente abordados no interior das práticas assistenciais e da gestão na APS. Como afirma Ceccim e Fuerwerker (2004), não se trata de impor um conceito ou um modelo para a atenção ou para a formação. A integralidade poderia estar para as práticas de saúde e de ensino da saúde, assim como a objetividade está para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingida, mas numa busca de aproximação constante.

Reconhece-se que as equipes de saúde, em especial a ESF, enfrentam muitas dificuldades para a realização eficaz de um trabalho colaborativo, uma vez que se percebe que a inserção de novas categorias profissionais ainda não refletiram mudanças consideráveis nos espaços de formação e nas práticas profissionais (GOMES et al., 2010). Assim, a definição e o levantamento das categorias de análise do trabalho em equipe, na perspectiva da integralidade, podem contribuir para o desenvolvimento de novas práticas por diferentes categorias profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da APS.

Evidenciou-se que não existe um consenso sobre o conceito do trabalho em equipe na saúde na perspectiva da integralidade, apesar de esse princípio ser um preceito legal assegurado constitucionalmente. Foram identificadas nove categorias analíticas das quais as mais citadas foram comunicação, interação e ações compartilhadas.

Esta pesquisa evidenciou, ainda, a necessidade de um amplo debate acerca dessa temática, inclusive nos espaços de formação, que possa fundamentar novos desafios do saber e do fazer interdisciplinares para a consolidação do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde In: ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, cap. 3, p. 61-112, 1997.
- ANGERAMI- CAMON, V. A. et al. (Org.) *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- ARAÚJO, I. S; CARDOSO, J. M. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Rev. Saúde Soc*, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.
- BAKER, D.P; DAY, R; SALAS, E. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, v. 41, n.4, p. 1576-1598, London, UK. 2006.
- BARROS, M. E. B; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.
- BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*, São Paulo, v.12, n4, p.753-760, jan. 2010. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a22.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2012.
- BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em 4 localidades brasileiras In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.
- BONALDI, C. et al. A orquestração do trabalho em equipe: a diferença como valor ético para o estabelecimento de uma responsabilidade coletiva na produção do cuidado em saúde In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/ UERJ-ABRASCO, 2010.
- BORGES, M. J. L; SAMPAIO, A. S; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência

ambulatorial às pessoas vivendo com AIDS em PE. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n 1, p. 147-156, jan. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamentação da Lei nº 8080/90*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Legislação do SUS. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

BRASIL. Legislação do SUS. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 02 nov. 2011.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, set. 2003.

CARDOSO, A. S. F; DALL AGNOLL, C. M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm*, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1412-1418, dez. 2011.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set./out. 2004.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva *Entre-Disciplinar* na produção dos atos terapêuticos In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

CECCIM, R.B; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.)

Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

CHAVES, E. C. L. *Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual.* 2005. 255f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

CHIATOTTONI, H. B. C; SEBASTIANI, R. W. A. Ética em psicologia hospitalar. In: ANGEDRAMI, CAMON, V. A. (Org.). *A ética na saúde.* São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

CHIAVENATO, I. *Introdução a teoria geral da administração.* 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier: Campus, 2011.

COSTA, R. K. S; ENDERS, B. C; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Rev. Ciên. Cui. Saúde,* São Paulo, v. 7, n. 4, p. 530-536, out/dez. 2008.

DRUMOND, H. *Movimento pela qualidade.* São Paulo: Littera, 1998.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm,* São Paulo, v. 43, n. 2, p.1181-6, dez. 2009.

FARIA, H. P. et al. *Processo de Trabalho em Saúde.* 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Rev do NESME,* São Paulo, v. 2, n. 6, p.113-219, 2009.

FERREIRA, R. F; VARGA, C. R; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciên. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./out. 2009.

FORTUNA, C. M et al. O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação em enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 690-695, set./out. 2002.

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. *Research in nursing & Health,* New York, v. 10, n. 1, p.1-11, feb. 1987.

GOMES, R. S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R; BARROS. M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.). *Trabalho em Equipe sob o eixo da*

integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

GONZALEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 757-752, maio. 2011.

HONORATO, C. E. M; PINHEIRO, R. “Trabalho político” construindo uma categoria analítica para a análise da integralidade como dispositivo para o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

HABERMAS, J. *Consciência moral e o agir comunicativo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, dez. 2009.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEITE, R. F. B; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Rev. Psicol. Ciênc. Prof*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, jun. 2008.

LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 63, n. 3, p. 366-370, maio/jun. 2010.

LINARD, A. G; CASTRO, M. M; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, set. 2011.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-72, set./out. 2009.

LOUZADA, A. P. F; BONALDI, C; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

MATOS, E; PIRES, D. E. P; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set./out. 2010.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto - Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346 abr./jun. 2009.

MATTIONI, F. C; BUDÓ, M. L. D; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da ESF: saberes e práticas, *Texto Contexto - Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-271, abr./jun. 2011.

MATTOS, R. A. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.). *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out.2004.

MEDEIROS, C. S. et al. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. *Rev. Bras. de Ciências da Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. *Texto Contexto- Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário: *o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MITCHELL, G. K.; TIEMAN, J. J.; SHELBY-JAMES, T. M. Multidisciplinary care planning and teamwork in primare care. *Medical Journal of Austrália*, Camberra, v. 188, n. 8, p. 61-64, apr. 2008.

MOTTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, mar./abr. 2007.

MUIR GRAY, J. A. *Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v.13, n. 2, p. 217-223, abr./jun. 2010.

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

PAIM, J. S. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S. A investigação em sistemas e serviços de saúde. In: PAIM, J. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CESP/ISC, 2002. p. 435-44.

PARANHOS, V. D; PINA, J. C; MELLO, D. F. Integrated Management of Childhood Illness With the Focus on Caregives: an Integrative Literature Review. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*,Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 203-211, jan./fev. 2011.

PEDUZZI, M. *Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde*: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007.247f. Tese (Livre-Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

PEDUZZI, M. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <[http://www.epsiv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho em-Equipe-ts-pdf](http://www.epsiv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho%20em%20Equipe-ts-pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

PEREIRA, R. C. A. *O trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes*. 2011.134f. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP- Fio cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA JÚNIOR, J. F. Habermas - O diálogo para a busca pelo consenso. *Rev. Conhecimento Prático Filosofia*, n.16, p. 23-25, 2011.

PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.) *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

PIRES, V. M. M. M; RODRIGUES, V. P; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. *Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 622-627, out./ dez. 2010.

PIRES, V. M. M. M. *Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família*. 2007. 135f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual Feira de Santana, Bahia, 2007.

PIROLLO, S. M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. A. Integralidade do cuidado e a ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensa. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, dez. 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RESTA, D. G; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. *Texto Contexto-Enferm*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 109-117, nov. 2005.

SÁ, A. C. *O cuidado emocional em enfermagem*. São Paulo: Robe. 2001.

SALA, A. et al. Integralidade e APS: avaliação na perspectiva dos usuários de Unidades de Saúde do município de São Paulo. *Rev. Saude Soc*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, out./dez. 2011.

SANDBERG, H. The concept of collaborative health. *Jornal of Interprofessional Care*, November, Londres, Inglaterra, v. 24, n. 6, p. 644-652, 2010.

SANTANA, J. P. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1997.

SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-73, 2003.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, maio./jun. 2007.

SANTOS, P. T; BERTOLOZZI, M. R; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. *Rev. Acta Paulista*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 788-795, ago. 2010.

SCHINITMAN, D. F. et al (Org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SEVERO, S. B; SEMIOTTI, N. O. Sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva, *Psic. USP*, São Paulo, v. 18, n, 4, p. 53-78, out./dez. 2007.

SEVERO, S. B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1685-1698, jun. 2010.

SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Rev. Ciênc Cuid Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.

SILVA, F. H; BARROS, M. E. B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: CAMARGO JUNIOR, K. R; LUZ. M .T; PINHEIRO, R, et al (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro, CEPESC, 2010.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface*, Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, fev. 2005.

SOUZA, M. G. S; PUENTE-PALACIOS. A influência do autoconceito profissional na satisfação com a equipe de trabalho. *Rev. Estud. Psicol*, Campinas, v. 28, n. 3, p. 315-325, jul./set. 2011.

SOUZA, D. R. P; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para sua prática em um serviço de saúde. *Rev. Eletrônica de Enferm*, Goiás, v. 11, n. 1, p.117-123, 2009.

SOUZA, W. S; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abr./jun. 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

SOUZA, R. A. *As relações interpessoais entre profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Município do Recife*. 2011.50f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SPAGNOL, F. C; FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. *Rev.Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n. 1, p. 10-20, jan, 2002.

SPAGNOL, C. A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.119-127, mar. 2005.

STETLER, C. D. et al. Evidence based practice and role of nursing leadership. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 25, n. 7, p. 45-53, jul./aug. 1998.

TORRES FILHO, R. R. *NIETZSCHE: Os pensadores*. . 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

VERGOTE, A. Prólogo In: LEMAIRE, A. *Jaques Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Campos, 1989.

WALKER, L. O; AVANT, K. C. *Strategies for theory construction in nursing*, New Jersey, 4 ed, *Pearson Prentice Hall-Upper Saddle*. 2005.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

XYRICHIS, A; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Londres, v. 61, n. 2, p. 232-241, 2007.

APÊNDICE A - Análise das produções científicas das bases eletrônicas LILACS, PUBMED, SCIELO, CINAHL e outras publicações da revisão integrativa

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
MATTIONE, F. C; BUDÓ, M. L. D; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da ESF: saberes e práticas. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v. 20, n.2, p. 263-271, abr./jun. 2011.	Conhecer as práticas de cuidado de uma equipe de estratégia de saúde da família e sua relação com a integralidade.	Estudo qualitativo	Foram encontrados os sentidos da integralidade como percepção das diferentes dimensões e da complexidade dos usuários; como articulação das formas de cuidar; como identificação e atendimento das necessidades em saúde; como esforço da equipe em produzir saúde; como cuidado a grupos específicos.	Afirma-se na necessidade de construir novas práticas voltadas para a reorientação do modelo assistencial, visando tornar possível o exercício da integralidade. Aborda diferentes dimensões que compreendem o ser humano, superando o modelo cartesiano e biologista.
AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. <i>Rev. Saúde Soc</i> , São Paulo, V.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.	Examinar desde uma perspectiva hermenêutica, alguns desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde.	Estudo de caso	O conceito ontológico de cuidado (Sorge), de Heidegger, em suas relações como os modos de ser (do) humano, é a base da revisão crítica empreendida acerca das características atuais da atenção à saúde.	Projeto de vida, construção da identidade, confiança e responsabilidades são apontados como traços principais para as interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos chave para a construção ética, política.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
FERREIRA, R. F; VARGA, C. R; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v.14, supl.1, set./out. 2009.	Analisar a percepção dos residentes médicos em Saúde da Família acerca do trabalho multiprofissional desenvolvido no PSF.	Estudo qualitativo	Construiu-se 3 categorias empíricas: âncoras e balizas da visão interdisciplinar no trabalho em equipe permeiam a perspectiva da residência em saúde da família; os conflitos e paradoxos do trabalho em equipe e a manutenção da linha de montagem	Aponta para o avanço que o trabalho em equipe multiprofissional traz para a formação médica, pois permite uma visão de perspectivas que, sem a equipe, não seria possível.
LOCH-NECKEL, G; SEEMANN, G; EIDT, H. B; RABUSSKE, M. M; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1463-1472, set./out. 2009.	Refletir sobre a relação entre integralidade na Atenção Básica e a composição das equipes de Saúde da Família como integrantes da equipe mínima do PSF.	Estudo quali-quantitativo	Identificado os problemas de acesso no PSF, resultantes da insuficiência de recursos humanos, e as dificuldades na referencia, apontando como principais ações de mudanças a serem realizadas.	Analisou-se como a Estratégia de Saúde da Família tem atingido os integrantes os integrantes que compõem as equipes no contexto local e evidenciou de que maneira a integralidade e a interdisciplinaridade tem sido entendidas pelos membros, e as relações entre a composição das equipes e as (im) possibilidades de concretizá-la.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
RESTA, D. G; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v.14, n.2, p.109-117, nov. 2005.	Compreender a família como integrante no processo de construção do novo modelo de saúde, no qual os profissionais visualizem e integrem-se na diversidade e complexidade do mundo familiar.	Estudo qualitativo	Apontou as lacunas do saber-fazer profissional em cuidar da família na sua integralidade, identifica alternativas para avanços nos modos de cuidar em enfermagem e para conquistas ao modelo de saúde.	O PSF é uma estratégia promissora para propiciar encontros entre as equipes de saúde e as famílias, buscando aproximações do cuidado que facilitem as evidências de riscos vividas pelo grupo familiar.
CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, Set. 2003.	Analisar o processo de construção e implementação da integralidade, princípio constitucional que talvez seja, o maior desafio da saúde no Brasil e apresentar as propostas de vigilância da saúde como via para vencer esse desafio.	Estudo qualitativo	Se a constituição brasileira possibilitou a conformação de um modelo para a saúde, outras medidas devem transformar o cotidiano das organizações e do trabalho em saúde. Novos modos de estruturação de equipes devem ser pensadas para atingir a integralidade, a equidade e participação da comunidade.	O desafio para a saúde brasileira para o presente e futuras gerações é tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
MATOS, E; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346 Abr./Jun. 2009.	Conhecer, na organização do trabalho das equipes, as experiências que potencializam os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade e do agir interdisciplinar.	Estudo qualitativo	Os resultados mostraram que práticas de planejamento coletivo, de reuniões sistemáticas de equipe e com familiares, usuários contribuem para a integralidade do cuidado em saúde, para a educação permanente e para a satisfação no trabalho.	Conclui-se que a perspectiva interdisciplinar é um caminho promissor para a melhoria da qualidade do cuidar em saúde.
SOUZA, D .R. P; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para sua prática em um serviço de saúde. <i>Rev. Eletrônica de Enferm</i> , Goiás, v.11, n.1, p.117-123, 2009.	Identificar as concepções que os profissionais de saúde possuem sobre a interdisciplinaridade e os limites para sua prática.	Estudo qualitativo	Revelou-se que a interdisciplinaridade é um meio de abordar uma situação-problema através da integração e intersecção de conhecimentos objetivando preencher lacunas do conhecimento. Relatam a importância do relacionamento interpessoal e comunicação, da capacitação permanente e consideram como consequência o cuidado integral, humano e mais qualificado, valorização profissional e dos serviços prestados pela instituição.	Conclui-se que os profissionais possuem postura favorável a interdisciplinaridade, mas precisam vivenciar espaços que integram a teoria e a prática, objetivando superação da formação cada vez mais fragmentada e disciplinar, que reflete nas suas atitudes.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, fev. 2001.	Apresentar um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe.	Estudo qualitativo	Há possibilidade de construção de equipe-integração mesmo nas situações nos quais se mantêm relações assimétricas entre distintos profissionais. O que poderá diferenciar maior ou menor integração será a prática da arguição técnica e da desigual valorização social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético.	O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.
LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. <i>Rev. Bras. Enferm</i> , Brasília, v. 63, n. 3, p. 366-370, Mai./Jun. 2010.	Construir um perfil de competências para as ações educativas da enfermeira em seu processo assistencial.	Estudo qualitativo	Todos estão integrados num saber-fazer integrado, no qual o cuidado é pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre profissionais e usuários.	Promover a integralidade do cuidado é uma competência fundamental a ser desenvolvida na formação inicial em enfermagem.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SOUZA, W. S; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. <i>Interface</i> , Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, Abr./Jun, 2008.	Problematizar e considerar os documentos da Política Nacional de Humanização, confrontando com o princípio constitucional da integralidade.	Estudo descritivo documental	Nos documentos a pesquisa engloba: a atenção ou prestação de cuidados (prática dos profissionais), a gestão dos processos de trabalho e a participação dos usuários ou controle social nos processos de trabalho na saúde.	Discutir humanização significa: rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações, e colocar em análise a forma como os grupos de organizam em seus processos de trabalho.
PIRES, V. M. M. M; RODRIGUES, V. P; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. <i>Rev. Enferm</i> , Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 622-627, out./dez, 2010.	Compreender os sentidos da integralidade do cuidado em saúde.	Estudo qualitativo	Os sentidos da integralidade, a partir dos cuidados, estão embasados nos dispositivos das tecnologias leves, entretanto, observou-se em certos momentos, contradição entre a teoria e a prática, privilegiando o superado modelo biomédico.	Para a concretização da integralidade do cuidado, as políticas públicas de saúde devem articular-se À política de formação de profissionais de saúde, visando à resolubilidade dos problemas.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
KANTORSKI, L. P; JARDIM, V. M. R; PEREIRA, D. B; COIMBRA, V. C. C; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. <i>Rev. Gaúcha Enferm</i> , Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 594-601, dez. 2009.	Abordar a integralidade do cuidado com ênfase no trabalho da equipe multiprofissional, objetivando identificar o cotidiano das práticas, as potencialidades e os limites para viabilizar a integralidade.	Estudo qualitativo	Verificou-se práticas alternativas que fogem do modelo tradicional, consideradas como potencializadoras da integralidade. Também foram apontados obstáculos à integralidade, como dificuldade de acesso dos usuários a determinadas especialidades e inexistência de acolhimento no serviço.	Mesmo reconhecendo a importância das normas que regulamentam a ESF, assinala-se a necessidade de espaços nos quais os profissionais possam exercer a criatividade e, conjuntamente com a comunidade, construir novas formas de fazer saúde, sem os quais corre-se o risco de cair no engessamento habitual dos demais programas, muitas vezes verticais e assistencialistas.
CARDOSO, A. S. F. C; DALLAGNOLL, C. M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> , Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, 1412-1418, dez. 2009.	Analisar o processo grupal de uma equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, à luz da Teoria do Grupo Operativo de Pichon-Rivières.	Estudo qualitativo	Os resultados foram agrupados em 4 grupos categorias temáticas: concepção de trabalho em grupo, a comunicação como aspecto central que dinamiza/obstaculiza o processo grupal, o distanciamento entre as categorias profissionais como principal nó crítico do processo grupal e estratégias para o trabalho em grupo.	Desprende-se que o conhecimento sobre o processo grupal necessita ser compartilhado, divulgado, discutido desde a formação acadêmica, no curso de enfermagem e desenvolvido durante toda a carreira profissional.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>MEDEIROS, C. S; CARVALHO, R. N; CAVALCANTI, P. B; SALVADOR, A. R. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios para a efetivação do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. <i>Rev. Bras. de Ciências da Saúde</i>, Brasília, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.</p>	<p>Analisar a percepção dos professores de nível superior da Atenção Básica sobre o processo de construção das equipes multiprofissionais nas equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa.</p>	<p>Estudo quali-quantitativo.</p>	<p>A efetivação da multiprofissionalidade perpassa diferentes aspectos: formação dos profissionais das equipes, diversidade de profissionais, concepções sobre a própria multiprofissionalidade, perfil da gestão e sua compreensão do processo saúde-doença. Questões objetivas fragilizam os trabalhadores e muitas vezes são questões que inviabilizam o exercício da prática multiprofissional.</p>	<p>Apesar da iniciativa de reestruturação do modelo de atenção à saúde, da ESF estar pautada no princípio do trabalho multiprofissional, há um movimento de desconstrução do trabalho multiprofissional quando ficam evidenciadas as ações fragmentadas, desarticuladas, individualistas.</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>FORTUNA, C. M; MISHIMA, S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. <i>Rev. Latino Am. Enfermagem</i>, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.</p>	<p>Contribuir com alguns elementos para reflexões sobre a formação, construção e revisão do trabalho em equipe.</p>	<p>Revisão de literatura</p>	<p>Nas equipe tem-se tarefas visíveis (faladas) e invisíveis(não ditas), que se modificam e precisam ser combinadas e conhecidas .A comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o clima, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe, as relações de poder, podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar e ir se construindo como equipe.</p>	<p>Aposta-se na possibilidade de crescimento e construção das equipes se houver disponibilidade p/ trabalhar seus processos grupais: a tarefa, a finalidade do trabalho, a imagem do outro, a forma como tem se dado a comunicação, como está a tele, a aprendizagem, a afiliação, a pertinência do grupo e a distribuição dos poderes. A supervisão externa pode auxiliar a equipe a produzir-se em equipe operativa, na direção de seu projeto de cuidar da vida.</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>PIROLLO, S. M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. A. Integralidade do cuidado e a ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensa. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i>, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1396-1402, dez. 2011.</p>	<p>Analisar a atuação interprofissional na terapia intensiva segundo Habermas.</p>	<p>Estudo de caso</p>	<p>A análise identificou 2 eixos temáticos: o cuidado individual instrumental frente às instabilidades clínicas e o cuidado coletivo fragmentado por funções. Tal resultado fragiliza a interação entre trabalhador/trabalhador e trabalhador/paciente e compromete a articulação das ações de saúde. Por não favorecer espaços de encontros à ação comunicativa, esta fica frágil e a ação estratégica/instrumental se evidencia.</p>	<p>O desafio do trabalho em saúde em buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde na perspectiva de articular as ações de saúde e estabelecer a interação entre os profissionais com vistas ao cuidado integral. O atual momento contempla a dimensão estético-ética nas práticas de saúde, precursoras da interação entre os profissionais. Identificamos a necessidade de investimentos expressivos e contínuos com vistas ao cuidado integral e ao agir comunicativo.</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SEVERO, S. B; SEMIOTTI, N. O Sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. <i>Psic. USP</i> , São Paulo, v. 18, n. 4, p. 53-78, out./dez. 2007.	Compreender aspectos dificultadores e facilitadores no processo de ativação da integralidade na ação transdisciplinar em uma equipe multiprofissional na saúde coletiva	Estudo qualitativo	A pesquisa trouxe o desvelamento da coexistência de duas lógicas que organizam os processos de trabalho na saúde: a lógica da doença/lógica disciplinar e a lógica da integralidade/lógica transdisciplinar.	O trabalho em equipe é uma realidade de reorientação do modelo assistencial à saúde como um dispositivo de integração dos diversos saberes existentes nos serviços e desenvolvimento de tecnologias na realização das tarefas. Os processos saúde/doença/cuidado são compreendidos na interligação com as condições socioambientais dos sujeitos, exigindo olhares multidimensionais e multirreferenciais de diversos profissionais.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SEVERO, S. B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. <i>Ciên. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1685-1698, Jun. 2010.	Refletir sobre o desafio de integrar as intervenções técnicas realizadas no atendimento dos usuários que geram necessidades de ações simultaneamente e interdependentes e autônomas entre os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais/CAPS que trabalham com diretrizes da integralidade.	Estudo descritivo exploratório	Observou-se que na organização a partir de uma lógica cartesiana/simplificadora há anulação do sujeito pelo terceiro termo excluído e a produção de adoecimento. Já a lógica transdisciplinar/complexa e do terceiro termo incluído, possibilita a produção de sujeitos e de saúde.	Os trabalhadores encontram dificuldades na reorientação do modelo assistencial na saúde quando sua lógica está centrada na doença.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. <i>Ciên. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, maio. 2011.	Buscar formular uma compreensão sobre a necessidade de formação mais integral para um serviço integral.	Estudo qualitativo	O ensino tradicional de educação desconhece as estratégias didático-pedagógicas que facilitam o aprendizado sob o eixo da integralidade.	Cabe a todos o papel de protagonistas na transformação de conceitos e práticas de saúde que orientam o processo de formação de profissionais capazes de compreensão e ação relativas a integralidade nas praticas em saúde e isto pode começar através da universidade, do departamento, mas se não chegar as salas de aula, de nada adiantará as mudanças nas diretrizes curriculares.
GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. <i>Ciên.Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 757-762, maio, 2010.	Discutir sobre as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento e as especificidades de atenção à saúde, de forma a sistematizar as competências para os profissionais de saúde.	Revisão de literatura	É necessário ampliar a discussão sobre o papel da educação a fim de fazer frente ao desafio de envelhecer com qualidade por meio da atuação interdisciplinar.	Apesar da legislação, não está claro o papel do órgão formador para a atuação interdisciplinar.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
COSTA, R. K. S.; ENDERS, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. <i>Rev. Ciência Cuidado Saúde</i> , São Paulo, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.	Analisar os aspectos contextuais do fenômeno trabalho em equipe em saúde, partindo da realidade prática das unidades de saúde de um município baiano.	Revisão Integrativa	O trabalho em equipe é caracterizado em quatro níveis interativos: imediato, específico, geral e metacontexto.	Conhecer e refletir sobre os desafios da construção do processo de trabalho coletivo articulado, interativo e compartilhado, comprometido, com a reconstrução de saberes e práticas profissionais.
LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família. <i>Rev. Gaúcha de Enf.</i> , Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, set. 2011.	Analisar o princípio do SUS integralidade da assistência na perspectiva dos integrantes da equipe de saúde da família.	Estudo qualitativo.	Os profissionais compreenderam a integralidade associada aos termos: holismo, atendimento nos três níveis de atenção, interdisciplinaridade e conceito ampliado de saúde.	A característica plural da integralidade e a sua transversalidade e enquanto princípio do SUS sinaliza a necessidade de repensar os diversos sentidos atribuídos a integralidade, ampliando as possibilidades de discussão do tema nos cenários de prática de saúde.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
XYRICHIS, A; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Inglaterra, v. 61, n. 2, p. 232-241, 2007.	Fazer um relatório da análise do conceito de trabalho em equipe que contribua para a compreensão de sua utilização no âmbito dos cuidados em saúde e fornecer uma definição operacional para futuras pesquisas nesse contexto.	Estudo descritivo qualitativo exploratório	A investigação do trabalho em equipe é criticada por falta de um entendimento conceitual básico que esse conceito representa. Não existe definição universal para os profissionais de saúde nas literaturas publicadas.	O trabalho em equipe não tem um entendimento comum do conceito e põe em perigo a investigação para essa forma de trabalhar e sua utilização na prática. A definição proposta ajuda a conciliar as discrepâncias de como esse conceito é compreendido por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Um entendimento comum pode de facilitar a comunicação em educação, na pesquisa e é fundamental para melhorar a clareza e uma investigação futura.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SANDBERG, H. The concept of collaborative health. <i>Jornal of Interprofessional Care</i> , November, Inglaterra, v. 24, n. 6, p. 644-652, 2010.	Mostrar o conceito de colaboração em saúde como consequência lógica de estudos empíricos sobre equipes interprofissionais e a atenção geral para a aplicação desse conceito.	Estudo descritivo qualitativo exploratório	A discussão de saúde colaborativa tem o papel de destacar as novas exigências de colaboração nos serviços de saúde e cria espaço para novas perspectivas de pesquisa. Isso também cria a necessidade de levar o trabalho em equipe para a questão da saúde colaborativa no qual é um novo discurso para o trabalho em saúde.	O conceito de saúde colaborativa requer mais estudos de bases científicas confiáveis para mostrar como novas possibilidades de uso do conceito podem desempenhar papel importante tanto na teoria como na prática.
MATOS, E; PIRES, D. E. P; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. <i>Rev. Bras. Enferm</i> , Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set./out. 2010.	Pensar as relações de trabalho ao analisar as contribuições das experiências para a constituição de novas formas de organização do trabalho (NFOT) em saúde.	Estudo qualitativo	Os resultados revelam que a perspectiva interdisciplinar possibilita melhores relações de trabalho entre profissionais e entre eles e doentes/família, aproxima os profissionais das necessidades do doente e contribui para uma assistência de melhor qualidade.	Conclui-se que a prática interdisciplinar aproxima-se de NFOT favorecendo o vínculo, o acolhimento, o acesso, contribuindo para a efetivação do SUS.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. <i>Rev. Saúde Pública</i>, São Paulo, V. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.</p>	<p>Analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do Programa de Saúde da Família.</p>	<p>Estudo qualitativo, na vertente da fenomenologia.</p>	<p>O trabalho em equipe se caracteriza por dedicação durante as atividades diárias. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integradas, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. O contato próximo com as famílias permitiu melhor intervenção nos problemas e o trabalho integrado é fundamental para a atuação eficaz e de qualidade.</p>	<p>O fenômeno desvelado engendra nova perspectiva de atuação para os profissionais e possibilita a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional.</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
<p>FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. <i>Rev do NESME</i>, São Paulo, v. 2, n. 6, p.113-119, 2009.</p>	<p>Enfatizar a importância das equipes multiprofissionais para a efetivação deste projeto de saúde, desenvolvendo uma reflexão ético-filosófica acerca dos objetivos e subjetivos, para o exercício da prática transdisciplinar no cotidiano das instituições de saúde.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>O cotidiano dos profissionais de saúde diante do paradigma emergente não se depara apenas com mudanças técnicas e recursos, mas principalmente, com uma profunda transformação cultural que permita novas formas de abordar a realidade, estabelecer relações interpessoais e conceber a ciência e com a reestruturação das relações de poder que possibilite interações e trocas, mesmo diante da diversidade. Nas relações entre individual e coletivo, global e local, todo e partes, universal e singular não se deve escolher apenas um dos lados desses opostos. É necessário enfrentar a interação entre esses elementos distintos, mas igualmente constitutivos de uma mesma realidade.</p>	<p>Não se pode reformar a instituição se anteriormente as mentes não forem reformadas; mas não se podem reformar as mentes se a instituição não for previamente reformada. Existe aqui uma impossibilidade lógica, mas é desse tipo de impossibilidade que a vida nutre.</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. <i>Rev. Ciênc Cuid Saúde</i> , São Paulo, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.	Identificar estudos acerca da integralidade em saúde, e mais, especificamente, identificar e analisar concepções sobre a integralidade em saúde voltadas para o processo de trabalho de enfermagem e sua articulação nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.	Revisão integrativa	Emergiram 4 eixos temáticos: “Sentidos e significados da integralidade”, “Eixo integrador dos sistemas de saúde e integralidade”, “Formação profissional e integralidade” e “Trabalho em equipe e integralidade.”	A análise dos estudos evidenciou que o interesse dos profissionais pelo tema vem crescendo, e, embora seja um importante princípio do SUS, a integralidade nem sempre é conhecida e praticada pelo profissional de saúde.
SILVA, I. Z. Q. J; TRAD. L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. <i>Interface</i> , Botucatu, v. 9, n.16, p. 25-38, set. 2004./fev. 2005.	Analisar a experiência de uma equipe de PSF num município baiano, buscando identificar as evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas as construção de um projeto assistencial comum, assim como os fatores que vêm facilitando ou dificultando a construção deste projeto.	Estudo de caso	Identificou-se a ocorrência de articulação entre as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais, embora com limitações. Do ponto de vista da interação, com vistas ao projeto comum, foi identificado aspecto favorável a partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade. Por outro lado, foi observado que o planejamento das ações se encontra nos profissionais de nível superior, de forma individualizada.	É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
LEITE, R. F. B; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. <i>Rev Psicol. Ciênc.</i> Brasília, v. 28, n. 2, p. 374- 389, jun. 2008.	Analisar os limites e perspectivas do trabalho em equipe no PSF e verificar se há intercâmbio de saberes voltado para a construção de um trabalho interdisciplinar ou se prevalece o trabalho cotidiano fragmentado.	Pesquisa qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas e observação	O trabalho em equipe no PSF é representado como uma convivência compartilhada num mesmo espaço físico, numa abordagem multiprofissional, sem que seja evidenciada a interdisciplinaridade.	O desafio que se apresenta para os profissionais reside em romper o paradigma tradicional da saúde, calcado, entre outros aspectos, na fragmentação do conhecimento.
ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.	Apresentar considerações preliminares sobre o trabalho em equipe na ESF sinalizando entraves e possibilidades na construção desse modelo assistencial.	Revisão de literatura	A teoria da ação comunicativa representa a possibilidade de construção de um novo e democrático agir nas práticas de saúde, buscando uma compreensão do mundo no qual a teoria e a prática estariam interligadas, através de ações concretas numa dinâmica de interação entre os atores.	Para o desenvolvimento de ações na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com as velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo hegemônico.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. <i>Arquivos Catarinenses de Medicina</i> , Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-73, 2003.	Analisar o exercício do trabalho em equipe no PSF, buscando reconhecer suas limitações e propor soluções para o problema, que envolve a própria formação dos profissionais de saúde ainda na graduação.	Análise documental	A partir da conceituação de interdisciplinaridade, procurou-se analisar o exercício do trabalho em equipe no PSF, buscando reconhecer suas limitações e propor soluções para o problema, que envolve a própria formação dos profissionais de saúde ainda na graduação.	Conclui-se ser necessário uma modificação dos currículos a fim de formar profissionais de cunho generalista, que se insiram na realidade da população, criando vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.
OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.	Analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para o profissionais do Programa de Saúde da Família.	Estudo qualitativo na vertente da fenomenologia.	Os temas revelaram que o trabalho em equipe se caracteriza por dedicação durante as atividades diárias. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integrais, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. O contato próximo com as famílias permite melhor intervenção nos problemas e o trabalho integrado é fundamental para atuação eficaz e de qualidade.	O fenômeno desvelado engendra nova perspectiva de atuação para profissionais e possibilita a compreensão do trabalho em equipe, a construção de propostas integradas e articuladas às realidades das famílias em seu contexto específico.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão da literatura. <i>Rev. Ciênc. Cui Saúde</i> , São Paulo, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.	Identificar estudos acerca da integralidade em saúde, e mais, especificamente, identificar e analisar concepções sobre a integralidade em saúde voltadas para o processo de trabalho de enfermagem e sua articulação nos diferentes níveis de complexidade do sistema.	Revisão integrativa	Foi constatado que ainda existem poucos estudos acerca da integralidade, embora sua importância para o campo multiprofissional tenha gerado preocupação dos profissionais sobre o tema. Numa análise geral, foi revelado que apesar do sistema de saúde ter avançado, a integralidade é um dos princípios de grande complexidade e dificuldade de operacionalização e nem sempre conhecida e praticada pelo profissional de saúde.	A análise dos estudos evidenciou que o interesse dos profissionais pelo tema integralidade vem crescendo, e embora seja um importante princípio do SUS, a integralidade nem sempre é conhecida e praticada pelo profissional de saúde.

APÊNDICE B - Conceitos/concepções e categorias de análise das produções científicas das bases eletrônicas e das publicações impressas

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
MATTIONE, F. C; BUDÓ, M. L. D; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da ESF: saberes e práticas. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v. 20, n.2, p. 263-271, abr./jun. 2011.	Sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para compreenderem os diferentes aspectos que influenciam os estado de saúde. Conhecimento técnico e habilidades políticas para viabilizar a resolução compartilhada dos problemas dos usuários.	Sensibilidade Disponibilidade Conhecimento técnico Resolução compartilhada dos problemas dos usuários
AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. <i>Rev. Saúde Soc</i> , São Paulo, V.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.	A integralidade demanda esforços coletivos e pragmáticos com a interação entre diversas pretensões, exigências e interesses de disputa numa relação de construção compartilhada. Compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, (...) com valores voltados a felicidade humana e democraticamente validados como bem comum.	Esforços coletivos e pragmáticos Interação Ações compartilhadas Integralidade
FERREIRA, R. F; VARGA, C. R; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out. 2009.	Integrar ações biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades com novos modos de agir e interagir para responder as necessidades de saúde. Requer alta complexidade de saberes para o trabalho coletivo. Profissionais devem capazes de conhecer e analisar o trabalho do outro, compartilhando conhecimentos e saberes. O trabalho em equipe exige construção coletiva das ações em saúde e superação de conflitos. Busca de um melhor plano terapêutico, colocando a cooperação como instrumento para o fazer. A comunicação propicia a articulações das ações multiprofissionais e a cooperação. Requer humildade e disponibilidade dos profissionais. O trabalho em equipe consiste numa modalidade do trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação das áreas.	Integrar ações biopsicossociais Agir e interagir-necessidades de saúde Alta complexidade de saberes Trabalho coletivo Conhecer e analisar o trabalho do outro Compartilhar conhecimentos e saberes Construção coletiva das ações Superação de conflito Plano terapêutico Cooperação Interação Comunicação: Articulações das ações Humildade e disponibilidade Relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
LOCH-NECKEL. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1463-1472, set./out. 2009.	Reconhecer e respeitar a especificidade dos conhecimentos do outro, diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita os enfrentamentos profissionais, a assistência humanizada e cidadã que auxiliam na melhoria da compreensão da realidade.	Reconhecer o trabalho do outro Comunicação Compartilhamento Interação
RESTA, D. G; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v.14, n.2, p.109-117, nov. 2005.	Atrelar as propostas do PSF na perspectiva das famílias, interagindo e considerando a complexidade de saberes e dimensões no processo de trabalho da equipe. Refletir e (re)planejar as ações com base na família discutindo estratégias mais apropriadas. Interação entre as famílias-profissionais para a construção de um saber-fazer para o planejamento coletivo das ações de saúde, criando espaços para participação das famílias, com compartilhamento de saberes e tarefas. Conhecer a valorizar os saberes das famílias, a interdisciplinaridade para ações sociais no intuito de aprender a complexidade e a diversidade.	Considerar complexidade de saberes e compartilhar tarefas Interação Saber-fazer Planejamento coletivo/famílias Conhecer a valorizar os saberes das famílias Interdisciplinaridade
CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. <i>Ciênc. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, Set. 2003.	O princípio da integralidade prevê trabalhar de forma articulada as ações de promoção, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação- segundo a dinâmica do processo saúde-doença, considerando o agravo aos níveis de intervenção, segundo as tecnologias e conhecimentos disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos e estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema. As equipes precisam oferecer mais que a prestação de um serviço formal, tendo mais sensibilidade, na escuta do outro.	Articulação e integração Sensibilidade Escuta do outro Trabalho coletivo e individual

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
MATOS, E; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. <i>Texto Contexto-Enferm</i> , Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, Abr./Jun. 2009.	Conjugação do trabalho dos profissionais para atender as necessidades dos usuários. Reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada mais complexas no contexto do trabalho. A interdisciplinaridade, a articulação das ações, a integração entre profissionais, as reuniões de equipe sistemáticas, planejamento coletivo, visitas multiprofissionais, estudos de casos contribuem para a integralidade do cuidado em saúde.	Necessidades dos usuários. Reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano Interdisciplinaridade Articulação das ações Integração entre profissionais. Reuniões de equipe sistemáticas Planejamento coletivo Visitas multiprofissionais Estudos de casos
SOUZA, D. R. P; SOUZAM. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para sua prática em um serviço de saúde. <i>Rev. Eletrônica de Enferm. Goiás</i> , v. 11, n. 1, p. 117-123, 2009.	Equipe multiprofissional pode ser entendida como uma modalidade de trabalho coletivo, onde existe uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas, interação e cooperação entre os profissionais, por meio da comunicação. Há necessidade de ser equipe-integração. O trabalho em equipe interdisciplinar sugere articulação entre os diferentes profissionais na busca de um objetivo comum o que implica em reconhecer as especificidades de cada profissão no processo de trabalho, conscientizando-se de sua função, seu objeto de trabalho, seus limites e subjetividade. Diálogo, empatia, respeito e articulação, saber ouvir para aprender, ponderando e refletindo a verdade.	Trabalho coletivo Relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas Interação Cooperação Comunicação. Integração. Interdisciplinaridade Objetivo comum Reconhecer especificidades Conscientizar-se da função, objeto de trabalho, limites e subjetividade. Diálogo, empatia, respeito e articulação Ouvir, ponderar e refletir a verdade

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional: conceito e tipologia. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.	Observa-se a distinção que recobrem a idéia de equipe: equipe agrupamento entre agentes(fragmentação) e equipe integração de trabalhos(integralidade), determinando-se critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho. Características: comunicação entre os sujeitos de trabalho (como denominador comum na equipe e que se apresentam em 3 formas), projeto assistencial comum (integração da equipe, trabalhos diferentes e trabalhos desiguais, especificidades dos trabalhos especializados “versus” flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.	Integração Integralidade Comunicação Projeto assistencial comum Autonomia técnica, de caráter interdependente Trabalhos especializados-divisão do trabalho
LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. <i>Rev. Bras. Enferm</i> , Brasília, v. 63, n. 3, p. 366-370, maio/jun, 2010.	Trabalho em equipe como necessidade do olhar partindo da necessidade do usuário para a promoção do cuidado ampliado .Saber-fazer integrado, comprometido, responsável, sincero e de confiança com atividades de promoção, prevenção e recuperação de saúde de forma integrada, numa visão interdisciplinar e com a incorporação da pratica do conceito ampliado de saúde. Integralidade como eixo.	Necessidade dos usuários - cuidado ampliado Saber-fazer integrado Cuidado comprometido, responsável, sincero e de confiança Atividades integrais Integralidade como eixo das ações
SOUZA, W. S; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. <i>Interface</i> , Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abr/Jun, 2008.	Integralidade como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população. Tal consideração contribui para ampliar a base conceitual da ação de cada profissional na direção de uma equipe voltada para a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, potencializando cada ação.	Integralidade Necessidades de saúde Interdisciplinaridade Potencialização das ações
PIRES, V. M. M. M; RODRIGUES, V. P; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na Saúde da Família. <i>Rev. Enferm. UERJ</i> , Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, out. 2010.	Integralidade como sentido orientador das práticas de saúde, o que implica numa recusa ao reducionismo conceitual, valorizando a subjetividade humana, a abertura para o diálogo e a aplicação das mais variadas formas de agir em saúde, com ações articuladas para dar conta das demandas do indivíduo/família/ grupos populacionais.	Integralidade Valorização da subjetividade humana Diálogo Aplicação das mais variadas formas de agir em saúde Articular ações

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
KANTORSKI, L. P; et. al. Integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. <i>Rev. Gaúcha Enferm</i> , Porto Alegre(RS), v. 30 , n. 4, p. 594-601, dez. 2010.	Reuniões com todos os trabalhadores que configure um espaço de planejamento das ações e articulação das praticas voltadas ao cuidado integral. Organizar-se no trabalho buscando uma conexão entre as varias áreas desenvolvidas pelos diversos profissionais. Articular saberes dos vários profissionais possibilitando a construção de processos coletivos, considerando a complexidade dos indivíduos. Organizar trabalho com foco no usuário. Articular entre os diversos níveis assistenciais partindo da rede para as tecnologias necessárias para o cuidado.	Reuniões Planejamento das ações Articulação das práticas Integralidade. Organização Conexão Articular saberes- construção de processos coletivos Considerar a complexidade dos indivíduos Organizar trabalho com foco no usuário Articulação
CARDOSO, A. S. F. C; DALL AGNOLL, C. M. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> , São Paulo, v. 45, n. 6, p.1412-1418, dez. 2011.	Entende-se o trabalho em equipe como um processo de interrelação, analisando as relações entre os trabalhadores enquanto processos grupais.	Interrelação Utilização de críticas e reflexões distintas
MEDEIROS, C. S; CARVALHO, R. N; CAVALCANTI, P. B; SALVADOR, A. R. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. <i>Rev. Bras de Ciências da Saúde</i> , Brasília, v. 15, n. 3, p. 319-328, 2011.	Aborda Equipe agrupamento e equipe integração na perspectiva interdisciplinar, ampliação do olhar, articulação dos saberes, criação de elos comunicativos sendo ferramenta para assistência e compartilhamento de atividades com foco no paciente e no processo de trabalho. Comunicação. União. Confiança, processo de trabalho como mediação simbólica da linguagem, articulação das ações e cooperação dos agentes dos diferentes núcleos do saber e construção de novas abordagens.	Equipe integração na perspectiva interdisciplinar Articulação dos saberes Comunicação Necessidades dos usuários União. Confiança Articulação das ações Cooperação Construção de novas abordagens.

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i>, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 262-268, mar/abr. 2005.</p>	<p>Trabalho em equipe como rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e desejos, onde é possível identificar processos grupais; como possibilidade de “recomposição” do trabalho em saúde numa outra direção, o da interdisciplinaridade. VETORES para constituir equipes: afiliação, pertença, comunicação, aprendizagem, cooperação, pertinência, tele, pertinência dos grupos e distribuição de poderes.</p>	<p>Rede de relações entre pessoas Relações de poderes, saberes, afetos Interdisciplinaridade VETORES: afiliação, pertença, comunicação, aprendizagem, cooperação, pertinência, tele, pertinência dos grupos e distribuição de poderes.</p>
<p>PIROLLO, S. M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. A integralidade do cuidado e a ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i>, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1396-1402, dez. 2011.</p>	<p>Desenvolver um novo olhar para o doente, para o colega e para si mesmo, com vistas a ir além de atos formais. Pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração, devendo ser potencializadas com diferentes saberes e práticas para a concretude da integralidade, assim como trabalhar o agir comunicativo entre os profissionais. Na multiprofissionalidade, os profissionais poderão construir um saber comum referente às práticas de inter-relação que expresse a dimensão comunicacional da ação instrumental. Os profissionais devem orientar suas praticas na perspectiva da interprofissionalidade, pela necessidade de articular ações e por entender que o cuidado integral se constrói a partir da complementariedade e interdependência das ações de saúde , mas estando a equipe nas tomadas de decisões. O trabalho em equipe é um saber-fazer comum, um fazer com.</p>	<p>Reconhecimento do outro e de si mesmo Articulação da ação e integração Diferentes saberes e práticas Agir comunicativo Integralidade Interprofissionalidade Saber-fazer comum, um fazer com. Complementariedade Interdependência das ações, mas com tomada de decisões</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SEVERO, S. B; SEMIOTTI, N. O Sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. <i>Psic. USP</i> , São Paulo, v. 18, n. 4, p. 53- 78, out/dez. 2007.	O trabalho em equipe possibilita a transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é a articulação de saberes até chegar a transdisciplinaridade, que pressupõe unificação de saberes. A intersubjetividade pode ser reconhecida e integrada na alteridade como sistema e estratégia para realização de tarefas coletivas no qual a produção subjetiva entre os trabalhadores, gera novas estratégias e invenções. É nas equipes, no processo e na organização em que todos conhecem e reconhecem em seus modos de existência, nas diferenças, nas semelhanças que a experiência reflexiva propicia o reconhecimento e legitimação das lógicas, podendo viabilizar a integração de saberes.	Transdisciplinaridade Interdisciplinaridade Intersubjetividade-tarefas coletivas e invenções Reconhecimento dos modos de existência, nas diferenças, nas semelhanças Integração de saberes

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
XYRICHIS, A; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Londres, v. 61, n. 2, p. 232–241, 2007.	O trabalho em equipe é proposto como um processo dinâmico que envolve 2 ou mais profissionais de saúde com origens e habilidades complementares, compartilhando objetivos comuns, esforços físicos e mental na avaliação, ou tratamento do paciente. É realizado por meio da colaboração interdependente, comunicação aberta e tomada de decisão compartilhada e gera valor ao paciente, aos resultados, à organização, e pessoal .o trabalho é visto como a melhor maneira de “bater” em conhecimentos e habilidades da força de trabalho, aumenta o aprendizado, auxilia o desenvolvimento de perspectivas integrativas e habilidades, melhora a auto-confiança, o a apreço e tolerância aos companheiros de equipe. É também é um meio de segurança, pode promover autonomia dos enfermeiros e melhorar resultados aos pacientes, facilitar tomada de decisões, melhorar cuidados, satisfação no trabalho e retenção e diminuir rotatividade de pessoas. Equipe como um grupo que compartilham metas e objetivos comuns de saúde, determinada pelas necessidades da comunidade, para a realização que cada membro contribui, em conformidade com sua competência e habilidade e em coordenação com a função dos outros. Trabalho em equipe como diversas disciplinas com conhecimentos e habilidades compartilhadas, objetivos comuns, que utilizam a colaboração interdependente, incluindo a comunicação e a partilha de conhecimentos, para a prestação de serviços aos pacientes.	Habilidades complementares Esforços físicos Colaboração interdependente Comunicação Decisões compartilhadas Conhecimentos e habilidades Aprendizagem Integralidade Auto-confiança, apreço e tolerância Segurança Autonomia Necessidades de saúde Contribuição de cada membro Competência e habilidade Conhecimentos e habilidades compartilhadas Metas e Objetivos comuns Colaboração interdependente Comunicação Compartilhamento dos saberes Satisfação e motivação Inovação organizacional

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SANDBERG, H. The concept of collaborative health. <i>Jornal of interprofessional care</i> , November, Inglaterra, v. 24, n. 6, pp. 644-652, 2010.	Alcançar a sinergia funcional do trabalho a partir da saúde colaborativa exige um conjunto de fatores estruturais e processos de apoio. Isso inclui a necessidade dos pacientes, competências individuais e suporte para trabalhar as relações interpessoais. Assim, O trabalho é representado pela interação frequente com ampla comunicação, pelo reconhecimento das controvérsias, resistências físicas e emocionais individuais. A saúde emocional da equipe e a prática da colaboração como um processo de realimentação. Demanda trabalho de time, com tarefas e objetivos comuns e bem-estar da equipe, compartilhamentos, metas orientadas por perspectivas de resultados para os pacientes. Deve ser desenvolvido como ferramenta organizacional onde deve discutir as relações interpessoais.	Necessidade dos pacientes Competências individuais Trabalhar as relações interpessoais Interação Comunicação Reconhecimento das controvérsias Resistências físicas e emocionais individuais Saúde emocional da equipe Colaboração Tarefas e objetivos comuns Compartilhamentos Metas orientadas Discutir as relações interpessoais

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SEVERO, S. B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. <i>Ciê. Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1685-1698, jun. 2010.	Exige dos trabalhadores distintos saberes e poderes peculiares as relações interprofissionais, direcionados a alteridade. Trabalhadores que produzem saúde e produzem a si mesmos como co-operadores das equipes e na atenção ao usuário que buscando a integralidade “implica recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e afirmação para o diálogo. Trabalhar a lógica transdisciplinar para a potencia do processo de trabalho. O trabalho em equipe remete a complexidade e promove experiências que exigem o encontro das disciplinas, com as diferenças e vulnerabilidades dos agentes sociais. Alteridade do sujeito complexo e intersubjetivo. Diálogos entre os sujeitos disciplinares, integração disciplinar (transversalização de saberes). Considerar a visão dos outros, para a melhoria da qualidade da ação. Trabalhar como instrumento de aprendizagem, empreendendo uma ação na incerteza e integrar a incerteza na conduta de ação, enfrentando o complexo com competência, iniciativa e decisão.	Distintos saberes e poderes Cooperação Integralidade Comunicação Referência de cada membro à equipe Transdisciplinaridade Transversalização de saberes Valorizar o outro Trabalhar como instrumento de aprendizagem Integrar a incerteza na conduta de ação Competência, iniciativa e decisão
LINARD, A. G; CASTRO, M. M; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia de saúde da família. <i>Rev. Gaúcha Enferm</i> , Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, Set. 2011.	Democratizar os processos de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, atividades interdisciplinares e multiprofissionais, incorporar renovação de práticas na perspectiva da integralidade. Exercício de conversar, dialogar, trocar experiências, avaliar o contexto e aprender. Atitude interdisciplinar para a busca, a transformação, a pesquisa e a construção coletiva. Interligar saberes	Horizontalizar saberes, atividades interdisciplinares e multiprofissionais Integralidade Comunicação Interdisciplinaridade Transformação, pesquisa e construção coletiva Interligar saberes

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v.15 n.3, p. 757-752, maio. 2011.	O TE veicula-se como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na saúde. Deve contemplar a articulação de ações e saberes, enxergar a realidade além dos limites dos conhecimentos, trabalhando a interdisciplinaridade para a necessidade do transcender e atravessar conhecimentos fragmentados, buscando a unidade do saber. Utilizar metodologias ativas de ensino e aprendizagem para a integração inter- transdisciplinar e multiprofissional, não estando estes, restritos a universidades.	Articulação das ações e saberes Enxergar realidade além dos limites dos conhecimentos fragmentados Unidade do saber Integração inter-transdisciplinar e multiprofissional
MOTTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. <i>Ciência Saúde Coletiva</i> , Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 363-369, mar./abr. 2007.	Equipe agrupamento e equipe integração. Articulação das ações, com forte comunicação para integralidade, quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas de distintos campos. Profissionais realizam intervenções de suas áreas, mas executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes e práticas, interdisciplinaridade e integração entre as áreas.	Equipe agrupamento e equipe integração Articulação das ações Comunicação Integralidade Saberes e práticas Ações comuns, nas quais estão integrados saberes e práticas Interdisciplinaridade e integração

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
COSTA, R. K. S; ENDERS, B. C; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. <i>Rev Cien. Cuid. Saúde</i> , São Paulo, v. 7, n. 4, p. 530-536, ou/dez. 2008.	A equipe multiprofissional é considerada um pressuposto orientador para a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde com vista a transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença da população a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem. O trabalho em equipe como instrumento articulador das metas inseridas na reorganização da atenção à saúde no SUS. A articulação e a interação entre profissionais é essencial para a configuração do trabalho e precisam contemplar os princípios da universalidade e da integralidade da assistência em seu espaço de ação. O trabalho em equipe define-se também como uma prática que contempla a comunicação entre profissionais no exercício cotidiano do trabalho, na articulação das ações e na interação de seus agentes e deve contemplar a complexidade de saberes, a responsabilidade coletiva das ações e a efetiva interação.	Interação Metas Reorganização da atenção Saberes distintos Interação Articulação Universalidade Integralidade Comunicação Responder à complexidade dos problemas de saúde Responsabilidade coletiva das ações
MATOS, E; PIRES, D. E. P; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. <i>Rev. Bras. Enferm</i> , Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set./out. 2010.	A atuação coloca a necessidade de relações com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, no acolhimento das diferenças. Acrescenta a necessidade das relações sustentarem-se cooperação e na troca entre as disciplinas, na interação entre profissionais, na articulação dos saberes e fazeres, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades. O trabalho nas equipes conjuga vários fatores: vínculo, acolhimento, humanização da assistência e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde.	Comunicação Respeito ao outro e ao conhecimento Acolhimento das diferenças Cooperação Interação Articulação dos saberes e fazeres Horizontalização das relações e na participação das tomadas de decisões Elaboração e expressão de subjetividades Vínculo Acolhimento humanização

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>OLIVEIRA, E. M, SPIRI, W. C. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública, São Paulo, V. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.</p>	<p>Equipe associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para a realização pretendida. Permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe. Assim, é importante a interação. O PSF constitui-se de equipes que devem atuar na perspectiva interdisciplinar. Os membros articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente. A equipe é a base para ações integrais na saúde e para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida. A equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho, compartilhamento de decisões. O TE integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los. A integração entre os membros da equipe revelou que a equipe integrada em prol das famílias compartilhando experiências, atendendo suas necessidades, resolvendo problemas pelo conhecimento da situação de cada usuário.</p>	<p>Trabalhos compartilhados Interação Articular práticas e saberes Soluções conjuntas Integralidade Interdisciplinaridade Planejamento de ações Compartilhamento de decisões. Conhecimento e valorização do trabalho do outro construir de consensos quanto aos objetivos a serem alcançados. Integração Necessidades de saúde</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. <i>Rev do NESME</i>, São Paulo, v. 2, n. 6, p.113-219, 2009.</p>	<p>Atender ao princípio da integralidade, exige das equipes multiprofissionais e instituições o desenvolvimento de metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, horizontalidade dos poderes, co-responsabilidades e auto-organização. Diante do paradigma, os profissionais de saúde precisam de uma profunda transformação cultural que permita novas formas de abordar a realidade, estabelecer relações interpessoais, conceber a ciência e com uma reestruturação de poder que possibilite interações e trocas, mesmo diante das diversidades.</p>	<p>Trocas criativas entre as diferentes especialidades e áreas do saber Horizontalar poderes Co-responsabilidades Auto-organização Transformação cultural Novas formas de abordar a realidade Relações interpessoais Interações e trocas</p>
<p>SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. <i>Rev. Ciênc Cuid Saúde</i>, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.</p>	<p>O trabalho em equipe é pautado em relações de legitimação do outro, em que potenciais, qualidades e desejos são percebidos, mas também os defeitos, limites e angústias. É no agir com o outro que as práticas da integralidade em saúde são produzidas. A integralidade pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes. O trabalho delinea-se pela potencialidade, pelo desafio que a articulação dos profissionais representa na produção da saúde, uma vez que esta se coloca como meta compartilhada e finalidade comum das diversas ações. Tal articulação pressupõe o mútuo conhecimento e respeito entre as diferentes especificidades e responsabilidades.</p>	<p>Legitimação do outro Potenciais, qualidades e desejos, defeitos, limites e angústias Agir com o outro Integralidade Fazeres e saberes Articulação-meta compartilhada e finalidade comum Mútuo conhecimento Respeito Responsabilidade</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SILVA, I. Z. Q. J; TRAD. L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. <i>Interface</i> , v. 9, n.16, p. 25-38, fev. 2005.	É recomendado como panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas da prática de saúde decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional. A eficiência e eficácia dos serviços, requerem uma forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais. Em uma equipe, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional.	Solucionar problemas complexos Conectar as diferentes ações e com distintos profissionais. Articulação Distintos saberes
LEITE, R. F. B; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. <i>Psicol. Cienc. Prof</i> , Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, jun. 2008.	Trabalho: atividade contínua e necessária a uma ação que envolve o conjunto de arranjos institucionais que transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho (relação de subordinação e dominação e/ou de cooperação conflito. Equipe: conjunto de profissionais que se aplicam a desenvolver trabalho conjunto a partir da definição de objetivos. As diferenças técnicas possibilitam a melhoria dos serviços, aprimoramento do conhecimento e do desempenho em determinada área de atuação e maior produção. A interdisciplinaridade sugere um trabalho integrado e compartilhado com diversas áreas do saber, remetendo-nos ao conceito de trabalho em equipe veiculado ao PSF.	Desenvolver trabalho conjunto Definição de objetivos. Interdisciplinaridade Integração e compartilhamento do saber Maior conhecimento, desempenho técnico Interdisciplinaridade

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. <i>Ciência Saúde coletiva</i>, Rio de Janeiro, v.12, p. 455-467, mar/abr. 2007.</p>	<p>É uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação. Resultados: equipe como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços; Relações: análise das equipes com base nas relações interpessoais, assim como nos processos psíquicos; interdisciplinaridade: a articulação de saberes e a divisão do trabalho, ou seja, da especialização do trabalho em saúde. Equipe agrupamento e equipe integração. Equipe implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe. Na ESF, a equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte de um exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem. É uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos.</p>	<p>Trabalho coletivo Relação recíproca-trabalho e interação Resultados, relações Interdisciplinaridade Articulação de saberes Equipe integração Compartilhar: planejamento, tarefas Cooperação e colaboração Interação entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades Comunicação Articulação Habilidades humanas Visão global e coletiva dos objetivos da comunidade</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
SANTOS, M. A. M; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. <i>Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis</i> , v. 32, n.4, p. 65-73. 2003.	Atuação multiprofissional e interdisciplinar deve respeitar os limites do conhecimento e a atuação de cada profissional. Interdisciplinaridade é a exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade. O trabalho interdisciplinar pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum, partilhado vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que reporta ao conceito de equipe multiprofissional com base no PSF.	Interdisciplinaridade Respeito dos limites do conhecimento e a atuação de cada profissional Interdisciplinaridade Compreensão dos limites Diversidade Criatividade Trabalho coordenado Objetivo comum Integração Saberes distintos
OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa de Saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. <i>Rev. Saúde Pública</i> , v. 40, n. 4, p. 727-733. 2006.	Equipes multiprofissionais devem atuar na perspectiva interdisciplinar, articular práticas e saberes, propor soluções conjuntas e intervir. TE é a base para as ações integrais em saúde, presta assistência integral e efetiva, contínua, com qualidade, considerando a perspectiva da família por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões, porém exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.	Interdisciplinaridade Articulação de práticas e saberes Soluções conjuntas Ação integral e efetiva Interdisciplinaridade Planejamento de ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões Conhecimento e valorização do trabalho do outro Construir consensos

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão da literatura. <i>Ciênc Cui Saúde</i>, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 593-601, jul./set. 2010.</p>	<p>O trabalho em equipe passa a ser “pautado em relação a legitimação do outro”, em que potenciais, qualidades e desejos são percebidos, mas também o são os defeitos, limites e angústias. É no agir com o outro que as práticas da integralidade em saúde são produzidas. A integralidade pressupõe encontro entre afazeres e saberes efetivos de diferentes atores. O TE “delinea-se pela potencialidade, pelo desafio da articulação, uma vez que se coloca como meta compartilhada e finalidade comum das diversas ações. Tal articulação pressupõe conhecimento e respeito entre as diferentes especificidades e responsabilidades. Para se integrar deve preservar especificidades dos diferentes trabalhos e articular as ações realizadas por parte de cada um e por todos.</p> <p>A integralidade ocorre quando diferentes profissionais potencializam suas próprias capacidades e pactuam alvos e estratégias, sendo necessário agir com o outro, ousadia e promoção do diálogo entre os atores sociais.</p>	<p>Legitimação do outro Agir com o outro Fazeres e saberes Potencialidade Articulação Meta compartilhada Conhecimento e respeito entre as diferentes especificidades e responsabilidades Integração Preservação das especificidades Potencialização das capacidades Ousadia e diálogo</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. <i>Ciên. Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 455-467, mar./abr. 2007.</p>	<p>É uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação. Destaca-se os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Resultados: aumento da produtividade e racionalização dos serviços. Relações: base nas relações interpessoais e pela interdisciplinaridade: articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou especialização. Equipe agrupamento e equipe integração: articulação das ações e interação dos agentes. Consenso: ambos conceitos implicam o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. A interação democrática entre os atores, saberes, práticas, interesses, necessidades representam a possibilidade do trabalho em equipe como pessoas com objetivos comuns, com compartilhamentos, habilidades complementares, comprometidas, com práticas comunicativas e articuladas. O trabalho é uma forma de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.</p>	<p>Trabalho coletivo Interação Relações interpessoais. Interdisciplinaridade Integração Articulação e interação dos agentes Compartilhar: planejamento, tarefas, a cooperação e a colaboração Saberes, práticas, interesses, necessidades Habilidades complementares Práticas comprometidas Ação comunicativa e articulada Compartilhamento de tarefas Cooperação Objetivos comuns</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>GOMES, R. S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO. R; BARROS. M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.). <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>Saberes, métodos e técnicas provenientes das profissões e especialidades que as constituem. Valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho. Postura ética e alteridade. Ser capaz de correr riscos, saber-fazer ético para compreender a realidade e prática da integralidade. Aprender consigo mesmo, com o outro e com o ambiente com ação incorporada e transparente, viver a ética na inserção do mundo da convivência como uma conexão para a ação. Trabalhar em equipe a dimensão ética e sua interface na integralidade como sutileza das relações nos serviços de saúde. Trabalhar a legitimação do outro, fazendo com que os modos de fazer, ser e saber dos outros membros da equipe e dos usuários emergem como co-produtores das práticas de saúde. Aceitar o outro com qualidades, potenciais e desejos, mas também seus defeitos, limites e angústias. É perceber onde cada ação de cada um pode e deve ir e quanto os diferentes saberes podem contribuir para a ação de saúde e eficácia dos serviços de saúde. Agir com o outro para praticas de integralidade.</p>	<p>Saberes, métodos e técnicas das profissões Postura ética Alteridade Ser capaz de correr riscos Saber-fazer ético Integralidade Aprender consigo mesmo, com o outro e com o ambiente com ação incorporada Viver a ética- ação Legitimação do outro Aceitar o outro: qualidades potenciais e desejos, defeitos, limites e angústias Diferentes saberes Agir com o outro</p>
<p>LOUZADA, A. P. F; BONALDI, C; BARROS, M. E. B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>Ter postura ética nas relações entre os diferentes atores implicados no processo de produção da saúde, inscrevendo seus atos na rede de outros atos na concepção da integralidade. Trabalhar com o pressuposto da integralidade: encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes atores. Pautar em princípios éticos que tenham o reconhecimento da alteridade dos usuários e dos diferentes sujeitos guiados pelo principio da integralidade. Atualização dos afazeres e saberes, para além das decisões e /ou responsabilidades individuais, remetendo ao plano coletivo.</p>	<p>Postura ética Integralidade Fazeres e saberes efetivos Atualizar afazeres e saberes Plano coletivo Responsabilidade</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em 4 localidades brasileiras. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>Trabalhar em equipe pressupõe a tessitura de um “saber-fazer” comum, “um fazer com”. Acontece com profissionais com distintas formações na área da saúde e delinea-se pela potencialidade, pelo desafio que a articulação desses diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, tem de produzir saúde. Salienta-se a necessidade de desfragmentar os processos em equipe e não equipar como iguais- os diferentes saberes e afazeres. As diferenças desses saberes e afazeres devem ser harmonizadas e não negados ou minimizadas. Cada trabalhador deve saber o que fazer, quando e de acordo com cada nova situação e com a atuação dos demais membros da equipe. A atuação baseia-se no respeito às especificidades e responsabilidades de cada profissional.</p>	<p>“Saber-fazer” comum, “um fazer com” Articulação Diferentes saberes e práticas Harmonizar diferenças dos saberes e afazeres Saber o que fazer Situações e com a atuação dos demais membros da equipe Respeito Responsabilidade</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>BONALDI, C. et al. A orquestração do trabalho em equipe: a diferença como valor ético para o estabelecimento de uma responsabilidade coletiva na produção do cuidado em saúde. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>A orquestração do trabalho em equipe é resultante da composição de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho. A orquestração do trabalho em saúde se baseia numa espécie de “humildade epistemológica”, no reconhecimento de que os diferentes saberes profissionais possuem zonas de incultura e que a presença de diferentes formações e funções pode reduzi-la. A noção de responsabilidade compartilhada nos/pelos coletivos, apresenta-se como outra possibilidade de análise fundamental para entendermos a equipe como gestão coletiva: a cooperação e a confiança. Os coletivos podem produzir cooperação fixando status, papéis, os domínios de competência e de autoridade e as responsabilidades de cada um. O trabalho em equipe na saúde requer gestão de um saber orientado por valores éticos que norteiam as escolhas coletivas e potencias formativas (não isentas de conflitos) na efetivação da integralidade da atenção e no cuidado em saúde.</p>	<p>Forças, saberes e práticas Harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças Reconhecimento do saber do outro Humildade epistemológica Responsabilidade compartilhada nos/coletivos Cooperação e confiança Competência e autoridade Responsabilidade Saber orientado por valores éticos Integralidade</p>
<p>BARROS, M. E. B; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>O grupo, a equipe, o time passam a ser estratégias que buscam mudar o rumo dos modos de organização do processo de trabalho. Faz-se equipe novamente para recolher, captar aquilo que se mantém como imprescindível para trabalhar. O foco privilegiado não é mais vigiar indivíduos, mas estimular a competição, com aumento da produtividade. Maior eficiência e menor custo. Trabalho em equipe e não mais individual.</p>	<p>Recolher, captar aquilo que se mantém como imprescindível para trabalhar Estimular a competição para aumento da produtividade Trabalho em equipe e não mais individual</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>HONORATO, C. E. M; PINHEIRO, R. “Trabalho político” construindo uma categoria analítica para a análise da integralidade como dispositivo para o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO. R; BARROS, M. E. B; MATTOS. R. A. (Org.) <i>Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas</i>. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.</p>	<p>“Equipe” é um conjunto de atores engajados em determinada ação, socialmente constitutiva e constituinte de outras ações. A equipe só existe em função do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa. (...) pensar em ação conjunta, engloba multiplicidade dos saberes envolvidos propõe tipologia dois 2 tipos de equipes segundo como se dão a interdisciplinaridade e a articulação de saberes: a equipe como agrupamento e a equipe como integração.</p>	<p>Ações conjuntas Multiplicidade dos saberes Interdisciplinaridade Articulação de saberes Integração</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>SOUZA, R. A. <i>As relações interpessoais entre profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, no Distrito Sanitário IV, Município do Recife.</i> 2011.50f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.</p>	<p>O trabalho em equipe requer a capacidade de trabalhar com grupos de pessoas que detêm habilidades e conhecimentos diversos e complementares, propiciando a participação de todos na busca de objetivos comuns. Ocorre de forma integrada, para além dos saberes específicos de cada profissão, devendo ter um campo de cuidado e práticas comuns próprias de quem trabalha com saúde. Ouvir, vincular-se e responsabilizar-se é essencial, possibilitando a integração de saberes e práticas. Dentro do contexto do PSF, pode definir o trabalho como um dos pilares para o alcance de seus objetivos, no sentido de representar uma estratégia para a mudança do atual modelo de saúde. A dinâmica está relacionada à integração dos profissionais de saúde, interdisciplinaridade dos saberes e ao bom desempenho das relações interpessoais. Requer alta complexidade de saber, responsabilidade coletiva no trabalho e interação. Não existe equipe sem plano ou projeto assistencial comum e requer interação constante e intensa para o atendimento integral e reconstrução dos modos de lidar com os saberes, o que significa saber trabalhar com as diferenças e conflitos. A comunicação é considerada como principal instrumento para que os conflitos sejam convertidos em crescimento.</p>	<p>Habilidades e conhecimentos diversos e complementares Objetivos comuns. Integração de saberes e práticas Práticas comuns Ouvir, vincular-se, responsabilizar-se Interdisciplinaridade Relações interpessoais Complexidade saber Interação Trabalho coletivo Contribuição dos saberes Plano assistencial comum. Integralidade Reconstrução dos saberes Trabalhar com as diferenças e conflitos Comunicação</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
<p>PEREIRA, R. C. A. <i>O trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes</i>. 2011.134f. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP- Fio cruz, Rio de Janeiro, 2011.</p>	<p>É considerado como uma modalidade de trabalho coletivo que se constitui por meio de uma relação recíproca entre as ações técnicas executadas pelos distintos profissionais e a interação desses atores e pelo agir comunicativo. A comunicação é o veículo que possibilita a conexão entre os profissionais. É uma alternativa para recomposição de trabalhos especializados na perspectiva da atenção integral à saúde. Na equipe interação, para além da complementariedade e da interdependência, ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes por meio de uma prática comunicativa em que há elaboração conjunta de linguagens, objetivos e propostas. Assim como, no que tange a autonomia técnica, a tomada de decisão se expressa de forma interdependente entre os profissionais. Trabalho em equipe como rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais à luz da teoria dos grupos operativos. Essa relação não está isenta de conflitos e confrontos, que não precisam ser eliminados, mas devem ser encarados como oportunidade de aprendizagem, de resignação, de troca.</p>	<p>Agir comunicativo Trabalho coletivo Saberes distintos Interação Integralidade Complementariedade Articulação Ações conjuntas: linguagens, objetivos e propostas Interdependência Relações humanas: poderes, saberes, afetos, interesses e desejos Conflitos</p>
<p>PEDUZZI, M. <i>Trabalho em equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população</i>. 2007. 247f. São Paulo. Tese (livre-docência)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.</p>	<p>A literatura do trabalho em equipe usa uma diversidade de categorias de análise: processo de trabalho, divisão do trabalho e as correlatas interdependência e complementariedade, autonomia profissional, autogoverno, comunicação, interação profissional-usuário, acolhimento, vínculo e responsabilização na relação profissional-usuário, campo e núcleo de competência.</p>	<p>Interdependência Complementariedade Autonomia Autogoverno Comunicação, Interação Acolhimento, Vínculo Responsabilização Competência</p>

TÍTULO/AUTOR(ES) PERIÓDICO/ANO	CONCEITO/CONCEPÇÃO	CATEGORIAS ANALÍTICAS
PIRES, V. M. M. <i>Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de um a prática de relações</i> . 2007. 135f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2007.	O trabalho pode ser entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo os profissionais que se organizarem para produzirem serviços individuais e coletivos, no sentido de buscar compreender as necessidades de ações e serviços de saúde, de forma integrada.	Conjunto de saberes, instrumentos e meios Organização Integração Trabalhos coletivos e individuais Necessidades de ações e serviços
BRASIL. <i>Constituição da República Federativa do Brasil</i> . Brasília: Senado Federal, 1998.	Integralidade como atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais.	Integralidade
BRASIL. Legislação do SUS. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf >. Acesso em: 18 nov. 2011.	Integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações, serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade.	Integralidade Articulação das ações Ações e serviços preventivos e curativos Ações individuais e coletivas
BRASIL. Legislação do SUS. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: < www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html >. Acesso em: 08 nov. 2011.	Integralidade em seus diversos aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.	Integralidade Integração de ações Articulação das ações Coordenação do cuidado na rede de serviços