



## A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem\*

*A network of relationships and interactions of the health care team in primary care, and implications for nursing*

*La red de relaciones e interacciones del equipo de salud en la Atención Básica e implicaciones para la enfermería*

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>1</sup>, Betina Hörner Schlindwein Meirelles<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as redes de relações e interações na equipe de saúde na Atenção Básica e suas implicações para a enfermagem. **Método:** Revisão Integrativa da Literatura para a identificação de produções sobre redes de relações e interações entre os membros da equipe de saúde na Atenção Básica e suas implicações para a enfermagem, publicadas no período entre janeiro de 2001 e julho de 2008. A busca ocorreu nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde e SCOPUS, contemplando um universo de 2.276 publicações, das quais foram selecionados 14 estudos completos, para análise aprofundada. **Resultados:** A literatura evidenciou que a rede de relações e interações da equipe de saúde necessita de ações interdisciplinares e inter-setoriais para agregar ao serviço de saúde o cotidiano da comunidade, visando a uma aproximação maior com o usuário, bem como para fortalecer e qualificar a assistência à saúde. **Conclusão:** Destaca-se que a rede de relações e interações vem avançando as fronteiras da unidade de saúde para agregar ao Serviço, o cotidiano da comunidade e parcerias com outros segmentos e Setores da Sociedade, visando uma aproximação maior com o usuário e seu contexto, bem como fortalecer e qualificar a assistência à Saúde.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Relações Interpessoais; Relações interprofissionais

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize the networks of relationships and interactions in the healthcare team in primary care, and its implications for nursing. **Method:** An integrative review of literature for the identification of papers about networks of relationships and interactions between members of the healthcare team in primary care and its implications for nursing, published during the period between January 2001 and July 2008. The search occurred using the databases of the Virtual Health Library and SCOPUS, contemplating a universe of 2,276 publications, of which 14 complete studies were selected for further analysis. **Results:** The literature showed that the network of relationships and interactions of the healthcare team requires interdisciplinary and inter-sectoral actions to add to healthcare service in the daily life of the community, aiming at closer contact with the user, as well as strengthening and qualifying health care. **Conclusion:** It is noteworthy that the network of relationships and interactions is advancing the frontiers of the health unit to add to the service, the daily life of the community and partnerships with other segments and sectors of society, seeking closer ties with the user and his context, and to strengthen and qualify Health care.

**Keywords:** Nursing; Primary health care; Patient care team; Interpersonal relations; Interprofessional relations

### RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar las redes de relaciones e interacciones en el equipo de salud en la Atención Básica y sus implicaciones para la enfermería. **Método:** Revisión Integrativa de la Literatura para la identificación de producciones sobre redes de relaciones e interacciones entre los miembros del equipo de salud en la Atención Básica y sus implicaciones para la enfermería, publicadas en el período comprendido entre enero del 2001 y julio del 2008. La búsqueda ocurrió en las bases de la Biblioteca Virtual en Salud y SCOPUS, abarcando un universo de 2,276 publicaciones, de las cuales fueron seleccionados 14 estudios completos, para el análisis profundo. **Resultados:** La literatura evidenció que la red de relaciones e interacciones del equipo de salud necesita de acciones interdisciplinarias e intersectoriales para agregar al servicio de salud el cotidiano de la comunidad, con el objetivo de lograr una mayor aproximación con el usuario, así como para fortalecer y cualificar la asistencia a la salud. **Conclusión:** Se destaca que la red de relaciones e interacciones viene avanzando las fronteras de la unidad de salud para agregar al Servicio, el cotidiano de la comunidad y sociedades con otros segmentos y Sectores de la Sociedad, con el objetivo de tener una mayor aproximación con el usuario y su contexto, así como fortalecer y cualificar la asistencia a la Salud.

**Descriptores:** Enfermería; Atención primaria de salud; Grupo de atención al paciente; Relaciones interpersonales; Relaciones interprofesionales

\* Estudo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde" – apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>1</sup> Pós-graduanda Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil. Bolsista CAPES.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido de forma coletiva, multiprofissional e em cooperação, no entanto, permeado por ações fragmentadas, em que cada área se responsabiliza por uma parte do cuidado ofertado<sup>(1)</sup>. Assim, a interdependência entre os agentes envolvidos é evidenciada nesse processo, já que as relações e interações entre os membros da equipe de saúde e clientes são condições do cuidado humano.

No Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica, a equipe de saúde passou a considerar o usuário inserido em seu contexto familiar e comunitário. Com isso, foi necessário pensar a saúde/doença, não exclusivamente do ponto de vista do indivíduo, mas baseada no indivíduo, como um ser social<sup>(2)</sup>. Já as equipes tradicionais foram modificadas, com a incorporação de novas diretrizes, e acrescentou-se um novo trabalhador em saúde: o Agente Comunitário de Saúde que atuará sob a supervisão preferencial do enfermeiro. Suas principais características são: o fato de morar na comunidade onde atua e de introduzir a atenção em saúde no cotidiano das famílias.

O Agente Comunitário de Saúde, bem como os demais trabalhadores na Unidade Básica de Saúde não se incorporam à equipe de saúde sozinhos, muito pelo contrário, trazem consigo suas redes, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim, suas vidas em comunidade<sup>(3)</sup>. As redes podem ser entendidas como a forma de visualizar o indivíduo e seus atributos, para as relações que eles estabelecem entre si. Além de enfocar o vínculo interpessoal, a rede também considera os recursos materiais e simbólicos que os membros dos grupos dispõem para compor a dinâmica da vida, seja em um grupo primário, como a família ou um grupo secundário, como as associações formais<sup>(2)</sup>.

Nessa mesma perspectiva, as redes são classificadas pelos contextos e camadas das quais se originaram, a saber: redes sociais primárias, secundárias e intermediárias<sup>(4)</sup>.

Assim, em uma rede social primária, cada pessoa é o centro de sua própria rede, que é formada por todas as relações significativas estabelecidas ao longo da vida: sendo composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participam: políticas, religiosas, socioculturais, entre outras<sup>(4)</sup>.

As redes sociais secundárias são constituídas por profissionais e trabalhadores de instituições públicas ou privadas e por organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade, que fornecem atenção especializada, orientação e informação<sup>(4)</sup>.

As redes sociais intermediárias são compostas por pessoas que receberam capacitação especializada para atuar na prevenção e apoio, em determinadas ações. Elas

são denominadas de promotoras, e podem vir do setor saúde, da educação ou da própria comunidade<sup>(4)</sup>.

As redes, ainda, são entendidas como sistemas flexíveis, informais, em que a autorregulação parece ser seu modo de funcionamento<sup>(5)</sup>. É por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador desenvolve relações humanas sustentáveis, favorecendo o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e conhecimentos que proporcionam “decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes”<sup>(6)</sup>.

Compreende-se, assim, que o trabalho das equipes de saúde na Atenção Básica envolve vários participantes, que estão conectados e constituem teias estruturais que compõem e caracterizam interações, identificadas por um “emaranhado de redes inseridas em redes maiores”<sup>(7)</sup>. Dessa forma, várias questões emergem e convergem para a necessidade de aprofundar os conhecimentos a respeito da rede de relações e interações na equipe de saúde. Dentre elas: Quais as dimensões e características das relações e interações entre os membros das equipes de saúde? Qual a abrangência dessas redes e sua repercussão para a área da enfermagem? Para atender à amplitude dessas questões, buscou-se realizar um estudo de caráter documental, com o objetivo de caracterizar a rede de relações e interações na equipe de saúde da Atenção Básica e suas implicações para a enfermagem. Com isso, buscou-se conhecer a equipe de saúde na atenção básica, demonstrando suas características e potencialidades, para que possa ser melhor utilizada e articulada com as ações de saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura<sup>(8)</sup> para a identificação de produções sobre redes de relações e interações entre os membros da equipe de saúde na Atenção Básica e suas implicações na enfermagem.

Todas as etapas da Revisão Integrativa da Literatura estão alicerçadas em uma estrutura formal e rígida de trabalho que permite a inclusão simultânea de dados de literatura teórica e empírica, visando definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos<sup>(9)</sup>. Ainda, inclui o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, com base em um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Nesse sentido, foram adotadas as seis etapas<sup>(8,9)</sup> indicadas para constituição da Revisão Integrativa da Literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e

conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada.

A busca pela literatura ocorreu nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e SCOPUS, com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME): *Interprofessional Relations OR Interpersonal Relations OR Social Support, Community Networks AND Primary Health Care*, que contemplaram um universo de 2.276 estudos. Os critérios de inclusão adotados consideraram estudos disponíveis gratuitamente no formato completo, publicados no período entre janeiro 2001 e julho de 2008, nos idiomas português, espanhol e inglês, resultando 80 artigos.

De posse de todos os estudos, foi excluída, de acordo com o protocolo, toda produção duplicada, cartas, editoriais e produção não relacionada com o escopo do estudo. Iniciou-se, assim, a leitura flutuante das publicações, e, considerando o critério de pertinência e consistência do conteúdo, foram selecionados 14 estudos completos para análise mais aprofundada, pois respondiam à pergunta de pesquisa. Em concordância com o terceiro item das

etapas estabelecidas na Revisão Integrativa da Literatura, para a extração dos dados da amostra selecionada, foi construída uma tabela, contendo colunas discriminando as seguintes informações: autores, título do estudo, ano de publicação, tipo de estudo, característica das redes de relações e interações e contribuições para a prática. Destaca-se que o processo analítico não foi pautado na frequência de citação dos estudos, pelo contrário, os dados foram agregados conforme a identificação de semelhanças e diferenças, compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes.

## RESULTADOS

Do processo de análise, emergiram quatro categorias: *Contexto e características da rede de relações e interações nas equipes de saúde na Atenção Básica, As relações de poder e a necessidade de lideranças na equipe de saúde, As relações e interações no contexto comunitário e A rede de relações e interações como promotora da saúde: necessidades e direções*, que foram sustentadas por 14 estudos apresentados nos dados do quadro 1:

**Quadro 1.** Artigos selecionados nas bases BVS e SCOPUS sobre as relações e interações entre os membros da equipe de saúde na Atenção Básica no período de 2001-2008

Base	Ano	Autores	Título	Revista
BVS	2001	Pedrosa JIS, Teles JBM	Agreements and disagreements in the Family Health Care Program	Rev Saude Publica.
BVS	2001	Peduzzi M.	Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia	Rev Saude Publica.
BVS	2005	Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB	O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos.	Rev Latinoam Enferm.
BVS	2006	Oliveira EM, Spiri WC	Family Health Program	Rev Saude Publica
BVS	2008	Prochet TC, Silva MJP.	Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial.	Texto & Contexto Enferm.
SCOPUS	2002	Naish J, Naish J, Carter YH, Gray RW, Stevens T, Tissier JM, Gantley MM	Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies.	Fam Pract.
SCOPUS	2002	Simon C, Kumar S, Kendrick T	Who cares for the carers? The district nurse perspective.	Fam Pract.
SCOPUS	2003	Hawthorne K, Rahman J, Pill R.	Working with Bangladeshi patients in Britain: perspectives from Primary Health Care.	Fam Pract.
SCOPUS	2004	Grumbach K, Bodenheimer T	Canhealth care teams improve primary care practice?	Jama.
SCOPUS	2005	Verdoux H, Verdoux H, Cournard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F.	How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?: A postal survey in South-Western France.	Soc Psychiatr Psychiatr. Epidemiol.
SCOPUS	2006	Bailey P, Jones L, Way D.	Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration.	J Adv Nurs.
SCOPUS	2007	Ben-Arye E, Scharf M, Frenkel M.	How should complementary practitioners and physicians communicate? A sectional study from Israel.	J Am Board Fam Med.
SCOPUS	2008	Xyrichis A, Lowton K.	What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review.	Int J Nurs Stud.
SCOPUS	2008	Hornor G.	Child Advocacy Centers: Providing Support to Primary Care Providers.	J Pediatr Health Care.

### Contexto e características da rede de relações e interações nas equipes de saúde na Atenção Básica

Considerar as características das redes de relações no trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso<sup>(10)</sup>. Nas relações e interações pessoais, encontram-se momentos de conflitos que podem ser considerados “negativos”, “ruins”, ou algo a ser evitado. No entanto, são aspectos inerentes à dinâmica do trabalho em equipe, podendo transformar-se em possibilidades de crescimento, se forem bem trabalhados.

Os conflitos entre os membros da equipe surgem pela variedade de opiniões e posturas; alguns profissionais tentam controlar toda a organização do serviço e outros se acomodam, não realizando adequadamente suas funções<sup>(11)</sup>. Ainda, a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho gera descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, evidenciando-se a desarticulação entre as ações curativas, educativas, administrativas e um baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários<sup>(12)</sup>.

Assim, muitas barreiras do processo interativo estão relacionadas, sobretudo aos, desafios dos relacionamentos humanos e peculiaridades das personalidades de cada membro da equipe<sup>(12,13)</sup>. Ressalta-se também a falta de solidariedade de alguns profissionais que não dão suporte aos outros<sup>(14)</sup>.

Tal desarticulação e obstáculos, na rede de relações e interações, podem estar relacionados à indefinição quanto à função de algum dos membros da equipe. Um dos estudos aponta o Agente Comunitário de Saúde, como um membro da equipe que gera desconforto nos demais profissionais, por ser um novo personagem que se integrou à equipe de saúde da família, sem ter necessariamente formação prévia na área<sup>(12)</sup>. Em contrapartida, certos estudos indicam outras fontes de fragilidades do trabalho em equipe, no entanto, vislumbram a importância do trabalho integrado e quão gratificante é presenciar o resultado das ações, quando há compartilhamento de experiências e a resolução dos problemas pelo conhecimento da situação de cada usuário<sup>(11)</sup>.

Evidencia-se, assim, a distinção entre as duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos<sup>(15)</sup>. Uma equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores em um mesmo estabelecimento de saúde, e sim, precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação<sup>(10)</sup>. Dessa forma, as associações entre as pessoas são consideradas, como um sistema extremamente complexo que se “auto e co-organiza” em um conjunto onde não há uma verdade absolutamente certa, mas contínuo diálogo com a incerteza<sup>(16)</sup>.

O ambiente de trabalho, palco que proporciona o desenvolvimento de relações humanas sustentáveis, fa-

vorece o estabelecimento de inter-relação entre atitudes e conhecimentos que promovem “decisões compartilhadas, aproximações não convencionais, convívios entre diferentes”<sup>(6)</sup>. A dinâmica gerada pelo encontro/movimento dos elementos do sistema equipe de saúde tem a ordem e a desordem, como ponto de partida para o estabelecimento de uma nova forma/estruturação/organização, possibilita ainda a construção de equipes integradas, mesmo quando se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais<sup>(15)</sup>.

### As relações de poder e a necessidade de lideranças na equipe de saúde

Historicamente, a equipe de saúde era regida pela polaridade entre as pessoas – as que podiam mais e as que podiam menos, suas ações estavam diretamente vinculadas ao domínio do conhecimento. Assim, o profissional médico detinha o poder na equipe, o que pode, agora, dificultar sua inserção em uma posição diferente que não na parte mais elevada da pirâmide hierárquica<sup>(10)</sup>. O rompimento com modelo clássico e a estruturação em equipes de saúde da família, o diálogo horizontal foi proposto entre todos os profissionais e trabalhadores, visando a atuação interdisciplinar e harmoniosa.

Essa transição foi percebida, quando a figura do médico, apontado como personagem único e central na coordenação dos cuidados e serviços<sup>(16)</sup> foi substituída pela do enfermeiro, indicado como um coordenador, com a função de promover a integração entre os membros da equipe, incentivando os profissionais para a oferta de assistência integrada e com qualidade, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado<sup>(11,17)</sup>. Ainda foi indicada como possibilidade de liderança alguém de fora da equipe, capaz de auxiliar a equipe a conversar e a encontrar as respostas para os problemas<sup>(10)</sup>.

Em uma equipe em constituição inicial, em razão dos medos e insegurança, existe a tendência para expor as diferenças – o quanto que um sabe mais que o outro – e, conseqüentemente, o quanto este “pode” mais que o outro<sup>(10)</sup>. É por meio do estabelecimento das relações entre os membros da equipe que o trabalhador fortalece a noção do movimento das informações e ações que aprende, ensina, troca, elabora, dá significado, ressignifica e transforma os conhecimentos de sua prática de saúde e de cuidado<sup>(18,19)</sup>. Compreende-se, assim, a importância da interação como um meio de troca, dependência e/ou domínio pelo discurso entre os seres humanos. À medida que os integrantes da equipe se conhecem, aceitam-se, compreendem suas diferenças e semelhanças de um modo mais amplo, considerando que as relações de poder são complementares e interdependentes, ela deixa de ter ditadores e submissos, pois um não existe sem o outro<sup>(10)</sup>.

### As relações e interações no contexto comunitário

Os profissionais da equipe de saúde percebem que a relação com a comunidade é dinâmica, passando por uma fase inicial de desconfiança que evolui para a participação efetiva<sup>(12)</sup>. Alguns estudos destacaram que esse processo é favorecido com a presença do Agente Comunitário de Saúde, que estabelece vínculo com a população, facilita a aderência ao programa e à abordagem da equipe. O contato próximo com a família oportuniza um laço de confiança com esse trabalhador, permitindo que os usuários façam confidências. Assim, o sucesso da comunicação com as famílias oportuniza o desenvolvimento de ações preventivas e a organização da demanda.

No entanto, a comunicação também pode ser uma barreira, quando problemas nas relações e diferenças culturais entre a equipe de saúde e os usuários dificultam não só a assistência, como também o acesso ao serviço<sup>(20)</sup>.

Ainda, verificou-se, em um dos estudos, que os médicos preferem se comunicar por ofícios, a fazerem verbalmente com os outros profissionais. Embora essa forma de comunicação pareça impessoal e limitada, no contexto do estudo era bem empregada<sup>(21)</sup>.

Assim, quando a comunicação se dá de forma efetiva, cada profissional desempenha seu papel, trocando informações com os outros membros, para conhecer os usuários integralmente e melhor assisti-los<sup>(11,22)</sup>. As comunicações verbais e não verbais constituem elementos básicos para as atividades em saúde; e cabe ao profissional ficar atento para esses aspectos e propor o estabelecimento de uma comunicação terapêutica adequada ao indivíduo<sup>(23)</sup>, levando ao estabelecimento de interações efetivas que ampliem as ações em saúde e fortaleçam os vínculos entre os envolvidos.

### A rede de relações e interações como promotora da saúde: necessidades e direções

A compreensão de rede como um sistema complexo, com seus nós e entrelaçamentos pressupõe pontos de encontro nos quais é difícil atuar de forma individual e independente dos demais elementos. Assim, estabelecer um diálogo conjunto entre os diferentes segmentos surge como uma necessidade, quando se abordam a qualidade de vida das pessoas e a saúde.

Novas relações entre os membros da equipe saúde da família são percebidas como necessárias, para a (re) construção do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção<sup>(12)</sup>. A adequação da rede de relações às mudanças conceituais do ESF, ao considerar o usuário da saúde em sua totalidade, implica um trabalho interdisciplinar que compreenda a construção de novas práticas e saberes, a partir de diversos olhares, inclusive o do usuário. A nova dinâmica entre as partes que compõem o todo, bem como seus rearranjos constantes, revelam que a “teia”

de relações que coexiste entre os membros da equipe de saúde ultrapassa os limites das unidades de saúde e avança para a comunidade.

Ainda, as redes secundárias são apontadas como fundamentais para o sucesso do cuidado, em especial, à saúde da criança<sup>(24)</sup>. Hoje, não há como atender à complexidade dos problemas que afetam a sociedade, sem a associação entre os profissionais da Atenção Básica com outras instituições – governamentais ou não –, atuando de forma mais próxima e com diálogo aberto. “A busca por ações conjuntas envolvendo vários setores da sociedade é reconhecida como a possibilidade de maior abrangência para a prevenção e promoção da saúde, porém estas ações ainda se apresentam em dessintonia”<sup>(25)</sup> sendo necessário investir maiores esforços para que essa prática seja mais frequente, já que no contexto atual é a quebra de fronteiras territoriais, econômicas, culturais e de informação.

O rompimento das barreiras de comunicação, informação e diálogo é colocado não só como necessidade, mas, como direcionamento para o exercício de uma prática colaborativa e solidária. Ações educativas são indicadas como facilitadoras para o estabelecimento e fortalecimento das redes de relações interpessoais como equipe de saúde. O investimento na formação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários também tende a melhorar o relacionamento e ampliar a busca por soluções de forma compartilhada<sup>(26)</sup>. A inserção de enfermeiros, médicos e usuários em uma prática clínica diária, sem orientação alguma, não favorece a consolidação de práticas colaborativas<sup>(22)</sup>. Dessa maneira, devem ser ampliados os financiamentos para a educação interprofissional, como uma forma de potencializar as ações em saúde, que precisam centrar-se em aspectos da comunicação entre os grupos<sup>(19,22)</sup>.

Essa prática pode facilitar o desenvolvimento da prestação de cuidados em parceria, caracterizada por uma ação complementar e interdependente<sup>(27)</sup>. No entanto, ações educativas nos moldes de uma capacitação, ou seja, um treinamento introdutório para o trabalho, com orientações que proporcionem a integração entre os membros da equipe e a organização do trabalho, muitas vezes, não acrescentam novidades e não são suficientes para preparar para a atuação, por não oferecerem visualização mais prática<sup>(12)</sup>.

Assim, outras iniciativas vinculadas às instituições, como: metas claras, resultados mensuráveis, sistemas clínicos e administrativos, divisão de trabalho e, treinamento, aliados à comunicação efetiva são características que contribuem para a clareza e confiança dos profissionais, concorrendo para sua evolução nos relacionamentos colaborativos na equipe<sup>(13,25)</sup>. Ainda, as reuniões periódicas com discussão em grupo são apontadas como uma forma útil para incentivar a reflexão sobre a prática da equipe, favorecendo o compartilhamento de informações e experiências<sup>(19,20)</sup>.

## CONCLUSÃO

O relacionamento humano é colocado como um desafio no trabalho em equipe, compreendendo como principais barreiras as condutas individuais de cada membro e a inserção de trabalhadores com uma nova função, aqui representada pelo Agente Comunitário de Saúde.

Os textos indicaram o diálogo, a comunicação efetiva, cursos e capacitações, como recursos para solucionar os obstáculos do processo interativo do trabalho em equipe. A atuação integrada e, interdisciplinar é valorizada como uma prática a ser cultivada nos serviços. Como estratégias para fortalecer as redes de promoção à saúde na Atenção Básica, o exercício da interdisciplinaridade e intersectorialidade são apontadas como uma forma de articular saberes e setores diferenciados, visando a uma prática colaborativa e solidária.

A atenção em saúde é permeada por diferentes ações e instâncias, com diferentes graus de abertura e comunicação entre profissionais, grupos e comunidade que se refletem nas práticas em saúde. Exige relações em que ocorra interação, com base na troca, que só acontece quando as pessoas envolvem-se em encontro verdadeiro e genuíno, que é conquistado progressivamente entre os atores envolvidos.

Conviver e relacionar-se é um processo contínuo de aprendizado, considerando as diferenças entre os sujeitos e a flexibilização das ações, um processo de mudanças

constantes baseadas nas relações que se estabelecem pautadas nos valores éticos e no comprometimento entre os seres humanos. Sendo assim, este processo constituiu-se em um desafio para os profissionais de saúde e enfermagem, diante da nova composição das equipes de saúde.

Para a liderança das equipes, o enfermeiro é indicado como promotor de integração entre os membros, fortalecendo sua importância não apenas na dimensão assistencial, como também na gerencial. Sugere-se para futuras investigações o aprofundamento sobre a liderança e sua influência na construção da rede de relações e interações na Atenção Básica.

Este estudo apresenta como limitações a abrangência dos idiomas, recorte histórico, e o cenário onde as equipes de saúde estão inseridas. O Sistema Único de Saúde brasileiro e a Atenção Básica em Saúde são modelos ímpares em relação ao restante do mundo, com garantia de atendimento público e gratuito a todas as pessoas inseridas no território nacional. Ainda, a perspectiva do trabalho em equipe, a presença do agente comunitário de saúde e a maior horizontalidade nas relações de poder, fazem do enfermeiro figura central, que deve ter seu potencial de trabalho explorado pela equipe de saúde.

Destaca-se que a rede de relações e interações vem avançando as fronteiras da unidade de saúde para agregar ao serviço, o cotidiano da comunidade e parcerias com outros segmentos e setores da sociedade, visando a maior aproximação com o usuário e seu contexto, bem como fortalecer e qualificar a assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. 2a ed. São Paulo: Annablume; 2008.
2. Martins PH. Ação pública, redes e arranjos familiares. In: Fontes B, Martins PH, editores. Redes, práticas associativas e gestão pública. Recife: Universitária da UFPE; 2008.
3. Fontes B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: Fontes B, Martins PH, editores. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2a ed. Recife: Universitária da UFPE; 2008.
4. Meirelles BH. Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem; 2004.
5. Godbout J. Digressão sobre as redes e os aparelhos. In: Fontes B, Martins PH, editores. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2a ed. Recife: Universitária da UFPE; 2008.
6. Sousa FG; Terra MG, Erdmann AL. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2005 [cited 2007 Sep 2]; 4(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/44/17>.
7. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 9a ed. São Paulo: Cultrix; 2004.
8. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.
9. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto-Enferm. 2008; 17(4): 758-64.
10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJ. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(2): 262-8.
11. Oliveira EM, Spiri WC. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. Rev Saúde Pública. 2006; 40(4): 727-33.
12. Pedrosa JI, Teles JB. [Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team]. Rev Saúde Pública. 2001; 35(3):303-11. Portuguese.
13. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA. 2004; 291(10):1246-51.
14. Naish J, Carter YH, Gray RW, Stevens T, Tissier JM, Gantley MM. Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. Fam Pract. 2002;19(5):504-10.
15. Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1):103-9.
16. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.
17. Simon C, Kumar S, Kendrick T. Who cares for the carers? The district nurse perspective. Fam Pract. 2002; 19(1):29-35.

18. Erdmann AL, de Andrade SR, de Mello AL, Meirelles BH. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto & Contexto-Enferm*; 2006; 15(3):483-91.
19. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(1):140-53.
20. Hawthorne K, Rahman J, Pill R. Working with Bangladeshi patients in Britain: perspectives from Primary Health Care. *Fam Pract*. 2003; 20(2):185-91.
21. Ben-Arye E, Scharf M, Frenkel M. How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel. *J Am Board Fam. Med*. 2007; 20(6):565-71.
22. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40(11):892-8.
23. Prochet TC, Silva MJ. Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial. *Texto & Contexto Enferm*. 2008; 17(2): 321-26.
24. Hornor G. Child advocacy centers: providing support to primary care providers. *J Pediatr Health Care*. 2008; 22(1):35-9.
25. Meirelles BH. Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
26. Brunello ME, Ponce MA, Assis EG, Andrade RL, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):131-5.
27. Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *J Adv Nurs*. 2006; 53(4):381-91.