

Desafios do trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em um município do sul do Brasil

Natan Gonçalves de Lima João¹ (Orcid: 0000-0002-3141-0235) (ntanlima@gmail.com)

Antônio Augusto Schäfer² (Orcid: 0000-0002-8834-0434) (antonioaschafer@unesc.net)

Mônica Martins de Oliveira Viana³ (Orcid: 0000-0003-3049-4518) (monica.viana@isaude.sp.gov.br)

Jacks Soratto² (Orcid: 0000-0002-1339-7268) (jacks@unesc.net)

¹ Secretaria Municipal de Saúde. Criciúma-SC, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma-SC, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde. São Paulo-SP, Brasil.

Resumo: **Introdução:** O trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde requer profissionais que atuem colaborativamente, mas ainda há muitos desafios, como ações fragmentadas, baixa interação e estruturas hierárquicas rígidas. **Objetivo:** Identificar os desafios para a realização do trabalho em equipe sob a ótica dos profissionais que compõem as equipes Saúde da Família em um município do sul do Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 69 profissionais das equipes de Saúde de Família (eSF) no município de Criciúma-SC. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e o processo analítico foi permeado pela análise temática de conteúdo com o olhar teórico sustentado pela Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas. **Resultados:** Os desafios do trabalho em equipe no âmbito das eSF perpassam pelo pouco incentivo e tempo para reuniões, dificuldade de aproximação da gerência, predisposição para o trabalho individual, comunicação incongruente entre profissionais, compartimentalização das áreas, reuniões ineficazes, sobrecarga de trabalho e alta rotatividade, que se complementam com as dificuldades estruturais e de recursos. **Conclusão:** O déficit de incentivo e mobilização pessoal, dificuldades de relações interprofissionais, fragilidade na organização do trabalho e aspectos estruturais são desafios para o trabalho em equipe em eSF.

► **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Trabalho em equipe. Trabalho interprofissional. Pesquisa Qualitativa.

Recebido em: 09/08/2024

Revisado em: 20/05/2025

Aprovado em: 16/06/2025

Todos os dados da pesquisa estão disponíveis neste texto.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350332pt>

Editora responsável: Daniela Savi Geremia

Pareceristas: Jeferson Araújo e Roger Ceccon

Introdução

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), é o principal nível que permite o acesso à saúde. Compreende o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população (Brasil, 2017). As equipes de Saúde da Família (eSF) são o alicerce deste modelo de atenção à saúde mais abrangente, que permite a integração e organização das atividades de saúde em um território definido (Morais, 2020; Souza, Roncalli, 2021).

As eSF emergiram como a principal estratégia de APS no país, fundamentada nos atributos essenciais e derivados da APS (Trindade *et al.*, 2021), com aspectos de engajamento comunitário, colaboração interprofissional e diversidade disciplinar (Giovanella, 2021), e foco na pessoa e na família. Criaram vínculos com o usuário, promovendo a integralidade e a coordenação da atenção e atuando de forma intersetorial, com o objetivo de transformar o modelo assistencial biomédico centrado em queixas e doenças (Gomes *et al.*, 2021). Todavia, para que a efetividade da APS se concretize, um dos aspectos fundamentais é a realização do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar, com a integração dos saberes (Faria, 2022), além de práticas colaborativas que ampliem a capacidade de enfrentamento dos determinantes socioambientais a favor de melhores condições de vida (Silva *et al.*, 2014).

Em contraponto, o trabalho nas unidades de saúde, por vezes, é realizado com um baixo grau de interação entre as categorias profissionais, restrita basicamente aos momentos de reunião de equipe (Colomé *et al.*, 2008). Caracteriza-se como um processo de trabalho em que cada profissional executa sua função sem problematização ou busca de entendimentos coletivos (Machado *et al.*, 2021), resultando em uma atuação com ações fragmentadas, desarticuladas e individualistas (Sousa *et al.*, 2019). Limita, assim, não apenas o trabalho em equipe, mas a efetividade da APS e do cuidado realizado junto à população.

Embora existam estudos que apontem os entraves para o trabalho em equipe na APS – como por exemplo, a falta de colaboração entre os profissionais, estruturas organizacionais excessivamente hierarquizadas e a alta rotatividade dos profissionais (Kano *et al.*, 2023) – ainda são escassas as investigações que aprofundam, a partir da perspectiva dos próprios profissionais de diferentes núcleos, os aspectos relacionais, organizacionais e estruturais que interferem no agir comunicativo no cotidiano das equipes. Nesse contexto, a Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen

Habermas oferece um referencial teórico robusto para analisar essas questões, ao abordar a importância da comunicação e do entendimento mútuo para o trabalho colaborativo (Habermas, 1984; Gonçalves, 1999).

As relações entre os profissionais de saúde são tão complexas quanto o próprio trabalho em saúde. O estado de Santa Catarina (SC) é conhecido pelo seu potencial de investimento e cobertura em APS e isso, necessariamente, precisa se reverter em melhorias de implementação e de processo de trabalho. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar os desafios para a realização do trabalho em equipe sob a ótica dos profissionais que compõem as eSF em um município do sul de SC.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva que respeitou os critérios para coerência metodológica contidos no *Consolidated Criteria for Qualitative Research Reports* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

Local do estudo

O contexto do estudo foi o município de Criciúma, localizado no estado de SC, Região Sul do Brasil, com uma população de 214.493 pessoas (IBGE, 2023). Possui 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com eSF divididas em seis distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista, Centro, Quarta Linha e Próspera (Criciúma, 2022).

Foram contempladas 12 eSF do município de Criciúma-SC, sendo duas de cada distrito sanitário. A seleção das eSF participantes da pesquisa foi realizada de maneira aleatória, de acordo com distrito sanitário, por aplicação web de sorteio, disponível no endereço digital <<https://sorteador.com.br/sorteio-de-nomes>>, a partir da nomeação de todas as eSF habilitadas no município.

Participantes do estudo

O processo de seleção dos participantes foi por conveniência após a definição do local do estudo. O pesquisador, ao chegar na UBS, se apresentava a gerência da eSF, posteriormente aos profissionais e perguntava ao profissional se tinha interesse em participar da pesquisa. Não houve recusas entre os profissionais convidados.

O estudo contou com 69 participantes que se enquadram nos seguintes critérios: ter pelo menos um ano de experiência de trabalho na saúde e na eSF e não ter se ausentado do trabalho no último ano por período maior de um mês. Esse número foi definido a partir dos critérios de saturação de dados utilizados em pesquisa qualitativa, ou seja, quando as respostas das questões explanadas pelos entrevistados somam substancialmente pouco ou não agregam nada de novo (Fontanella *et al.*, 2008).

Quanto ao perfil dos participantes, foram contemplados 12 agentes comunitários de saúde, 12 médicos, 12 enfermeiros, 12 odontólogos, 12 técnicos em enfermagem e nove auxiliares em saúde bucal. Houve predomínio do sexo feminino (60,9%), cor branca (89,8%), estado civil casado (60,9%) com faixa etária predominante de 35 a 39 anos (21,7%) e ensino superior completo (56,5%). O tipo de contrato prevaleceu concurso público (76,8%) com jornada de trabalho de 40 horas semanais (95,8%), tempo de experiência entre um e quatro anos de trabalho na equipe (43,6%) e de experiência profissional entre cinco e nove anos (31,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo. Criciúma-SC, 2024

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	42	60,9
Masculino	27	39,1
Cor		
Branca	62	89,8
Negra	4	5,8
Parda	3	4,4
Estado Civil		
Casado(a)	42	60,9
Solteiro(a)	22	31,9
Separado(a)	4	5,8
Viúvo(a)	1	1,4

continua...

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
20 a 24 anos	1	1,4
25 a 29 anos	11	15,9
30 a 34 anos	11	15,9
35 a 39 anos	15	21,7
40 a 44 anos	12	17,4
45 a 49 anos	6	8,8
50 a 54 anos	8	11,7
55 anos ou mais	5	7,2
Escolaridade		
Ensino superior completo	39	56,5
Ensino médio completo	21	30,4
Ensino superior incompleto	8	11,7
Ensino fundamental completo	1	1,4
Profissão		
Agente comunitário de saúde	12	17,4
Dentista	12	17,4
Enfermeiro(a)	12	17,4
Médico(a)	12	17,4
Téc. em enfermagem	12	17,4
Aux. em saúde bucal	9	13,0
Regime de trabalho		
Concurso	53	76,8
Processo seletivo	9	13,0
Contrato	6	8,8
Residência	1	1,4

continua...

Variáveis	n	%
Carga horária de trabalho		
40 horas	66	95,8
10 horas	1	1,4
44 horas	1	1,4
40 horas + 20 horas plantão	1	1,4
Tempo de atuação na ESF		
1 a 4 anos	30	43,6
5 a 9 anos	22	31,9
10 a 14 anos	10	14,5
15 a 19 anos	5	7,2
20 a 24 anos	1	1,4
25 a 29 anos	1	1,4
Tempo de experiência profissional		
1 a 4 anos	10	14,5
5 a 9 anos	22	31,9
10 a 14 anos	13	18,8
15 a 19 anos	13	18,8
20 a 24 anos	7	10,2
25 a 29 anos	2	2,9
Acima de 30 anos	2	2,9
Total	69	100

Fonte: dados da pesquisa.

Coleta de dados

O processo de coleta dos dados foi desenvolvido por um pesquisador, masculino, dentista, cisgênero, que foi qualificado em duas oficinas formativas de 90 minutos cada, pelo coordenador do estudo. O entrevistador trabalhava no mesmo município da coleta de dados como residente em Atenção Básica e Saúde da Família (R1), porém em UBS diferente das contempladas nesse estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, que abordou questões relacionadas ao perfil sociodemográfico dos participantes e perguntas relacionadas ao trabalho em equipe, interação com colegas, atividades realizadas em conjunto e outros aspectos relacionados ao objetivo do estudo. Antes da realização da entrevista, foram feitos dois testes para melhoramento do instrumento entre pesquisador e coordenador do estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente entre os dias 10 abril a 16 de junho do ano de 2023, de modo presencial nas UBS sorteadas, em espaço reservado e em horário previamente acordado com o profissional gerente.

Durante a realização das entrevistas, foram realizadas notas em um diário de campo, para registro de pausas, eventuais desconfortos e situações que chamaram a atenção do pesquisador. Essas notas serviram para auxiliar na transcrição, não sendo utilizadas para fins analíticos.

Para captação do áudio e posterior transcrição em documento de texto, foi utilizado um gravador de celular. Cada entrevista teve em média 15 minutos para sua concretização. As transcrições dos áudios foram feitas integralmente pelo pesquisador principal utilizando o *software Transcribe*, conferidas pelo coordenador da pesquisa, sem serem devolvidas aos participantes para validação.

Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida pelo pesquisador principal, cirurgião-dentista com formação em Saúde Coletiva e atuação na Estratégia Saúde da Família, e apoiada pelo coordenador do estudo, docente com experiência em pesquisa qualitativa e análise temática.

Foi realizada a análise temática de conteúdo subsidiada pelo *software Atlas.ti 23*, dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Minayo, 2012; Soratto; Pires; Friese, 2020).

A pré-análise foi empreendida mediante a transcrição minuciosa de todas as entrevistas, seguida por uma leitura inicial, ajustes ortográficos e salvamento do arquivo. Esses arquivos foram salvos, sendo que cada um deles recebeu um nome específico iniciado pela letra "P" seguida de dois algarismos distintos, identificando assim cada entrevistado (a) de maneira única e garantindo o anonimato.

Na exploração do material, foi realizado o processo de codificação, criando e mesclando eventuais códigos similares, atribuindo a cada código uma cor

específica para facilitar visualmente a seleção e diferenciação dos dados. Essa técnica proporcionou uma análise detalhada e sistemática dos relatos, permitindo uma compreensão mais profunda das dinâmicas e elementos-chave relacionados ao trabalho em equipe. Foram utilizados também recursos do Atlas.ti de co-ocorrência de códigos, frequência de menções entre outros, além de ser feitas duas rodadas de avaliação pelo pesquisador e coordenador do estudo para estabelecimento do consenso dos códigos.

Por fim, na inferência ou interpretação dos resultados, os códigos definidos foram agrupados (categorias) por similaridade temática, realizada por atribuição de cores dentro do *software* para cada código, com vistas a facilitar o processo analítico. Os códigos com cores iguais foram aglutinados em grupos próprios, estabelecendo, assim, as categorias analíticas. Para assegurar rigor analítico foram feitas novamente duas rodadas de avaliação pelo pesquisador e coordenador do estudo para estabelecimento do consenso das categorias analíticas. Esta etapa buscou respeitar os princípios de reflexividade e coerência metodológica preconizados pelo protocolo COREQ, assegurando rastreabilidade e transparência no processo interpretativo.

Os resultados da análise foram expressos por rede de visualização, frequências relativas (%) e absolutas (n) das categorias, subcategorias e códigos. Por sua vez, os trechos de citação dos códigos escolhidos foram aqueles que tiveram maiores frequências, co-ocorrência, ou seja, conexões com outros códigos, e mais significativo na perspectiva do pesquisador, de modo, a representar com mais nitidez a temática contemplada na respectiva subcategoria. A rede de visualização foi utilizada para síntese dos achados.

O olhar teórico foi sustentado na perspectiva do agir comunicativo (Habermas, 1984; Gonçalves, 1999), utilizando-a como um guia para interpretar os dados de forma que considerasse não apenas as estruturas e recursos, como também as relações e dinâmicas humanas que influenciam a qualidade do trabalho em equipe. Foram consideradas, ainda, para sustentações das inferências dos autores, as produções relacionadas a processo de trabalho em saúde (Pires, 2000), trabalho multiprofissional, trabalho interprofissional e práticas colaborativas (Peduzzi, 2001; Peduzzi *et al.*, 2020).

Aspectos éticos

O projeto foi desenvolvido após submissão e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, aprovado sobre o número 5.821.159. O aceite dos participantes ocorreu mediante assinatura de duas vias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações metodológicas, riscos, benefícios e considerações éticas referentes à pesquisa.

A garantia do anonimato foi preservada pela inclusão de um código alfanumérico composto pela letra P e um número cardinal sequencial na entrevista com abreviatura da categoria profissional, por exemplo: P4 – MED, refere-se ao participante 4 que é médico(a).

Os áudios das gravações foram excluídos após a transcrição e as transcrições foram salvas em *hard drive* externo que se encontra de posse do coordenador do estudo.

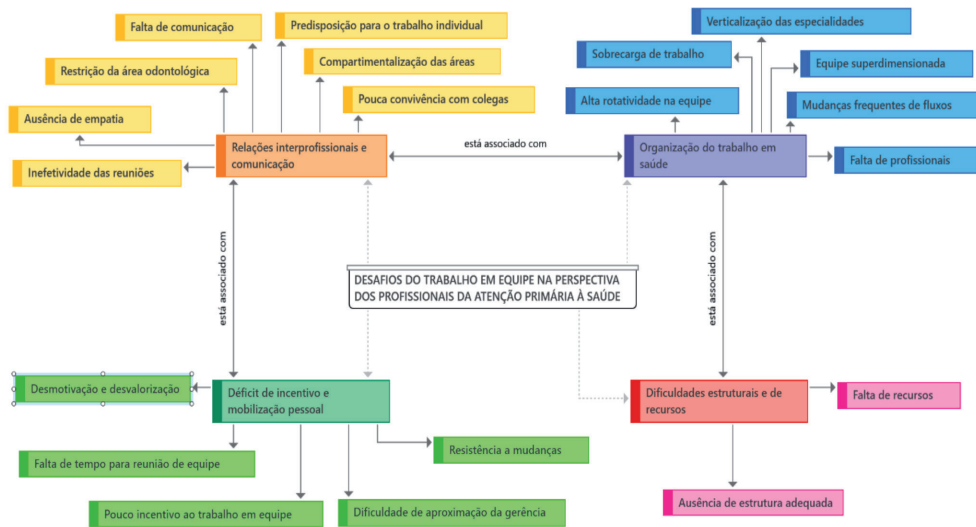
Os recursos de inteligência artificial foram utilizados para conferência das referências segundo as normas de publicação deste periódico; conferência das citações mencionadas no corpo do texto e as referências, e conferência das porcentagens das tabelas.

Resultados e Discussão

Os desafios do trabalho em equipe para profissionais que atuam nas eSF foram agrupados nas seguintes categorias: Déficit de incentivo e mobilização pessoal; Relações interprofissionais e comunicação; Organização do trabalho em saúde; Dificuldades estruturais e de recursos (Figura 1).

As categorias estão interligadas e formam uma rede de desafios que se retroalimentam, de modo que a comunicação impacta diretamente a organização do trabalho e a mobilização da equipe. Por sua vez, as dificuldades estruturais interferem no processo de trabalho. É necessária uma postura de cogestão para enfrentar esses desafios, instigando a promoção da motivação e valorização profissional, pensando em melhorias reestruturação dos processos organizacionais e o fortalecimento da comunicação interprofissional, além de ajustes nas condições estruturais.

Figura 1. Conexões sobre os desafios dos profissionais das Unidade Básicas de Saúde para o trabalho em equipe



Fonte: dados da pesquisa.

Com vistas a ratificar e complementar esses achados, destaca-se o número de trechos de citação relacionados aos códigos e subcategorias dos desafios para o trabalho em equipe em UBS no município estudado (Tabela 2).

Tabela 2. Trechos de citação, códigos e subcategorias relacionadas aos desafios dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho em equipe. Criciúma-SC, 2024

Subcategorias e códigos	n	%
Déficit de incentivo e mobilização pessoal (n = 79 – 42,2%)		
Pouco incentivo ao trabalho em equipe	31	16,6
Falta de tempo para reunião de equipe	20	10,7
Dificuldade de aproximação da gerência	18	9,6
Desmotivação e desvalorização	6	3,2
Resistência a mudanças	4	2,1

continua...

Subcategorias e códigos	n	%
Relações interprofissionais e comunicação (n = 66 – 35,3%)		
Predisposição para o trabalho individual	14	7,5
Falta de comunicação	14	7,5
Ausência de empatia	12	6,4
Restrição da área odontológica	9	4,8
Pouca convivência com colegas	6	3,2
Inefetividade das reuniões	6	3,2
Compartimentalização das áreas	5	2,7
Organização do trabalho em saúde (n = 38 – 20,3%)		
Falta de profissionais	17	9,1
Sobrecarga de trabalho	15	8,0
Equipe superdimensionada	2	1,1
Alta rotatividade na equipe	2	1,1
Verticalização das especialidades	1	0,5
Mudanças frequentes de fluxos	1	0,5
Dificuldades estruturais e de recursos (n = 4 – 2,1%)		
Ausência de estrutura adequada	3	1,6
Falta de recursos	1	0,5

Fonte: dados da pesquisa.

Déficit de incentivo e mobilização pessoal

A categoria “déficit de incentivo e mobilização pessoal” perpassa a falta de estímulo ou reconhecimento por parte da liderança em relação ao trabalho colaborativo, o que acaba desmotivando os profissionais.

A nossa gerência é muito boa, então tá sempre valorizando o trabalho em equipe. Mas em termos gerais, digo de prefeitura, gestão (municipal, se referindo a órgão maior), não tem incentivo nenhum para isso. Às vezes a gente se pergunta o que a gente tá fazendo aqui. Às vezes eu me pergunto isso (P05 – TÉC. ENF.).

O relato revela tensões dentro do contexto organizacional da UBS e de gestão da equipe, destacando um contraste entre a valorização do trabalho em equipe observada na gerência direta do serviço (UBS) e a ausência de incentivo percebida na gestão

municipal como um todo. Além disso, o(a) trabalhador(a) expressa um sentimento de desmotivação e questionamento da própria relevância do trabalho realizado.

Embora os participantes tenham relatado a ausência de incentivo ao trabalho em equipe por parte da gestão municipal, alguns discursos destoaram desse padrão. Em determinados relatos, observou-se a percepção de uma atuação mais presente da Secretaria de Saúde. Essas exceções reforçam a heterogeneidade do contexto municipal e evidenciam que, embora os desafios sejam estruturais, experiências pontuais mais positivas podem servir de referência para estratégias institucionais mais amplas.

Quando eu entrei eu senti que não tinha isso, era cada uma fazendo o seu, com o tempo foi mudando sabe, não sei de quem partiu isso, mas a realidade dos postos mudou (P12 – ENF).

A presença dessas falas dissonantes não invalida os achados predominantes, mas aponta para oportunidades de aprofundamento em estudos futuros que investiguem variações entre território.

Outro fator destacado foi a escassez de tempo disponível para reuniões, o que prejudica a comunicação e a resolução de problemas em equipe. Na perspectiva do trabalho em equipe, as reuniões são ferramentas para promoção do diálogo e troca de conhecimentos; sendo assim, ao não ter tempo hábil suficiente para a realização deste momento dificulta-se o trabalho interdisciplinar.

Elas (as reuniões) poderiam ser mais eficazes se a gente tivesse mais tempo, a gente só tem 1 hora, nós estamos aqui em 12, antigamente era duas horas, era tranquilo. Porque todo mundo tem suas opiniões, troca de ideias e tal, e uma hora mal dá pro gerente passar as informações, não dá tempo pra discutir (P07 – ASB).

Só tem 1h de reunião, é pouco tempo para resolver casos de pacientes, a gente acaba resolvendo mais atribuições do dia a dia da unidade e repassar informações importantes, não dá tempo de se sentar e conversar sobre pacientes (P15 – ASB).

Os participantes destacam que uma hora de reunião é insuficiente para discutir casos de pacientes e promover troca de ideias, o que leva a uma abordagem superficial e focada apenas em tarefas administrativas e da transmissão de informações gerenciais, em vez de discussões mais profundas e colaborativas como discussões de casos de pacientes.

Identificou-se a necessidade de uma melhor aproximação da gestão com a realidade da APS, uma vez que a própria atenção primária deve ser a coordenadora do cuidado, partindo dela as demandas. Os trechos abaixo trazem a opinião dos

participantes quando questionados sobre melhorias e incentivos para o trabalho em equipe pela gestão em saúde.

Eu penso assim, eles pedem muito (referindo-se a secretaria de saúde), às vezes os pacientes fazem alguma ouvidoria, e eles frisam muito que é pra fazer um trabalho melhor, mais qualificado, com mais comunicação, às vezes, eles não falam muito a nossa língua, porque a realidade é diferente, mas eles buscam melhorias, sim (P02 – ACS).

O(a) profissional ressalta a desconexão entre as demandas da Secretaria de Saúde e a realidade enfrentada pelas equipes no cotidiano. A frase “não falam muito a nossa língua” nos mostra a dificuldade de comunicação entre os níveis hierárquicos, evidenciando uma lacuna na integração das políticas públicas com as práticas operacionais.

Por sua vez, o relato abaixo indica uma experiência contrastante: enquanto a gestão local promove a participação e a união da equipe, a presença da gestão municipal é percebida como esporádica e reativa, remetendo a um modelo de gestão centralizado e pouco participativo, que prioriza a resolução de crises em vez de um acompanhamento contínuo e proativo.

Percebo incentivo da parte da gestão da unidade, nas próprias reuniões ela chama a gente pra participar da gerência mesmo, ela procura sempre unir. A gestão municipal aparece pouco aqui, só quando aparece algum problema, quando a população vai lá reclamar (P58 – TÉC. ENF.).

Diversos elementos elencados surgem como desencorajadores para a perpetuação da atuação interdisciplinar dos profissionais na eSF. Essencialmente, esses desafios derivam, por vezes, da subvalorização e da falta de incentivo, sinalizando que há necessidade de estratégias para a promoção e fortalecimento do trabalho em equipe e reconhecimento por parte da gestão da sua importância para o bom desenvolvimento do trabalho.

É necessário haver a materialização efetiva desse reconhecimento por meio de ações concretas que promovam a expansão e fortalecimento contínuo da ESF (Rocha *et al.*, 2023).

Os cenários de trabalho que envolvem a equipe de saúde frequentemente se caracterizam por jornadas laborais prolongadas, desvalorização profissional, sensação de insegurança abrangendo aspectos pessoais, profissionais e ambientais, adicionalmente, a exposição a acidentes de trabalho e a predisposição a infecções, bem como o risco de adoecimentos físicos e psicológicos, contribuem para a complexidade desse contexto laboral (Machado *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2020).

Isto, aliado à falta de incentivo relatado, se torna uma grande barreira para o trabalho de modo interdisciplinar, pois o bem-estar dos profissionais de saúde está diretamente relacionado à sua capacidade de se engajar em processos comunicativos, essenciais para a Ação comunicativa (Habermas, 1984).

Outro desafio encontrado foi o temporal, para a realização das reuniões, revelando a pressão constante sobre os gestores de equipe, que dispõem de pouco tempo para a efetivação das reuniões. Embora as práticas multiprofissionais estejam intrinsecamente entrelaçadas à rotina laboral das equipes, é nas reuniões de trabalho que essas dinâmicas se revelam efetivamente palpáveis (Kano *et al.*, 2023).

À vista da teoria de Habermas, as reuniões representam um espaço potencial para a construção de consenso e integração entre os profissionais. No entanto, essa limitação do tempo e o foco em tarefas operacionais reduzem esse espaço a um ambiente de transmissão unilateral de informações, comprometendo o diálogo e a colaboração. Reestruturar as reuniões pode transformar esse espaço em um momento de interação comunicativa genuína, onde a troca de ideias promova melhores práticas e fortaleça o trabalho em equipe.

Além disso, as reuniões se configuram como estratégia facilitadora para a elaboração do planejamento, servindo como mecanismos direcionados à consecução de objetivos específicos. Nesses encontros, os profissionais compartilham informações para embasar processos decisórios, estabelecendo conexões entre si, mesmo diante de características e especificidades singulares, enquanto atores provenientes de diversos contextos. Essa interação colaborativa destaca a importância desses momentos na potencialização da sinergia entre os membros da equipe (Macedo; Oliveira, 2023).

Em se tratando de incentivo ao trabalho em equipe no contexto da ESF, a gestão em saúde necessita responder às demandas da APS, uma vez que ela deve ser a coordenadora da rede de saúde. Nesse sentido, os relatos de falta de aproximação da gestão com a realidade da APS e a falta de uma linguagem clara em que ambos os lados se entendam impõe-se como uma barreira ao desenvolvimento do trabalho em saúde.

Apesar do notável progresso da APS no Brasil ao longo do século XX até os dias atuais, se reconhece a necessidade de superar desafios para alcançar os objetivos estabelecidos na política nacional e desempenhar efetivamente o papel da atenção básica, articuladora do sistema de saúde e coordenadora dos cuidados prestados (Lima *et al.*, 2024).

Relações interprofissionais e comunicação

A categoria relações interprofissionais e comunicação, reforça comunicação efetiva e a construção de relações interpessoais são áreas sensíveis que impactam diretamente no desempenho da equipe. A preferência por trabalhar de forma individual foi um desafio relatado pelos participantes, dificultando a colaboração e o compartilhamento de responsabilidades, podendo surgir devido a uma cultura organizacional que valoriza mais o desempenho individual do que a colaboração em equipe.

Existem barreiras de alguns profissionais que não aceitam alguma ordem, ou ter que impor algo, ou questionar e eles não gostam (P43 – ENF.).

A falta de abertura ao diálogo, associada à imposição de ordens, pode gerar atritos entre os membros da equipe e comprometer a construção de consensos.

Às vezes quando tem uma pessoa arrogante, que tá se achando superior as outras, ela cria conflitos, por isso que aqui todo mundo é igual, já aconteceu de uma pessoa não querer que o ACS entrasse na sala pra passar os casos, mas o ACS são nossos olhos nas ruas, isso é essencial, arrogância dificulta muito (P55 – MÉD.).

Nas equipes da APS, em que cada membro tem um papel específico, mas interdependente, comportamentos individualistas geram um grande potencial de exclusão e conflitos, comprometendo a eficácia do trabalho em equipe.

O reconhecimento de que o ACS é essencial como no trecho "os olhos nas ruas" reforça a ideia de que a integração entre os profissionais, com base no respeito mútuo, é fundamental para o sucesso das equipes. No entanto, a arrogância dificulta essa integração, levando à fragmentação do trabalho e à redução na própria qualidade da assistência.

Além disso, a falta de comunicação foi trazida à tona pelos membros das equipes. A comunicação não objetiva pode levar a mal-entendidos e conflitos, prejudicando a coordenação das atividades de saúde como destacado a seguir:

Aqui falta muita comunicação, é a parte mais falha, porque os profissionais são ótimos (são ótimos nos encaminhamentos técnicos da profissão quando não requer interlocução com outros profissionais) (P14 – ACS.).

Às vezes ocorre alguma falta de comunicação, que tem bastante aqui. Às vezes acontece alguma coisa aí ninguém passa pra equipe o paciente chega e ninguém sabe de nada (P33 – MÉD.).

A falta de comunicação não se associa à ausência necessariamente, mas também a incongruência comunicacional. Observou-se uma escassa propensão ao diálogo

e a mera intenção de estabelecer ou reconhecer a necessidade dessa prática, a preferência por um trabalho fragmentado e individual vai contra o caminho da interdisciplinaridade no qual se percebe a importância do conhecimento do outro campo para determinado fim.

O diálogo ocorre quando há uma troca mútua de perguntas e respostas e para a existência de uma situação comunicativa, é basilar a simetria de participação, com direitos iguais e ausência de coação, elementos que não podem ser alcançados sem o reconhecimento recíproco entre os participantes (Habermas, 1984; Gadamer *et al.*, 2008).

Assim, é a racionalidade e os argumentos e não a força ou as influências externas que irão determinar as ações, e em vez de organizações coercitivas haverá as de interação social, comprometidas com a comunicação entre os sujeitos (Habermas, 1984). Baseando-se na relação entre as pessoas, serão construídos os vínculos, que se articulam dentro das instituições, que representam a base para a formação das redes de atenção à saúde (Ayres, 2004).

Reconhece-se, entretanto, que há estruturas no trabalho em saúde que insistem na reprodução deste modelo, tais como a formação voltada para o modelo biomédico hegemônico e o modelo gerencialista de contornos neoliberais que privilegiam a lógica de avaliação por indicadores de produção ainda reducionistas e pouco vinculados ao modelo ESF (Giovannella *et al.*, 2020; Duarte *et al.*, 2023).

A dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde está entre os principais fatores que contribuem para erros médicos, eventos adversos e, conseqüentemente, para a redução da qualidade dos cuidados (Bagnasco *et al.*, 2013). Nesse contexto, a forma como a comunicação ocorre entre os profissionais tem sido destacada por pesquisadores como um elemento fundamental para garantir a segurança no cuidado à saúde (Lee *et al.*, 2012).

A comunicação, o conhecimento e as interações entre os profissionais são fatores primários para a coordenação, exercendo influência direta na continuidade do cuidado e na qualidade da assistência (Souza, 2019; Jesus *et al.*, 2018).

Alguns elementos têm sido apontados como importantes para facilitar a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde, incluindo o contato visual, a prática da escuta ativa, a confirmação da compreensão da mensagem, a liderança objetiva, a participação de todos os membros da equipe, discussões construtivas de informações relevantes e a consciência situacional – esta última se

refere à compreensão do ambiente atual e à capacidade de antecipar com precisão problemas futuros (Prado *et al.*, 2023).

Esta identificação fortalece a necessidade de aprimorar habilidades comunicativas e resolver conflitos interpessoais, proporcionar o desenvolvimento destas habilidades deve ser uma estratégia para o alcance do trabalho em equipe, através da Educação Permanente em Saúde (EPS) (Fornereto *et al.*, 2023).

Organização do trabalho em saúde

A categoria organização do trabalho em saúde, o desafio da carência de profissionais é uma realidade segundo os participantes, podendo este sobrecarregar a equipe existente com uma grande demanda de trabalho, comprometendo assim o trabalho em equipe.

Um problema é a falta de profissional, a gente é uma equipe grande, mas está incompleta, então alguém sempre tá sobrecarregado, a gente tá com a equipe de enfermagem completa agora, mas teve época que ficou só uma, então aí não dá de desenvolver trabalho com excelência, algum ou outro sempre acaba assumindo uma demanda maior (P01 – ENF.).

A ausência de suporte administrativo, atrelado à falta de trabalhadores, sobrecarrega os profissionais de saúde com tarefas que fogem de suas atribuições principais, como realizar agendamentos e encaminhamentos, comprometendo não apenas a eficiência no atendimento, mas também o foco na qualidade do cuidado ao paciente.

Tem coisas que fazem parte da rotina, imprevistos, mas tem coisas que não são de hoje que são problemas, por exemplo, a gente não tem administrativo na recepção para encaminhar pros setores, fazer agendamento, é algo que desgasta porque a gente tem que parar e ir pra recepção (P24 – ENF.).

Percebe-se que a excessiva demanda de trabalho gera estresse e certo esgotamento entre os profissionais, afetando negativamente todo o ecossistema de trabalho.

Eu acho que o pessoal tá muito cansado, estressado, sobrecarregado, está cada um fazendo o seu e não estava disponível para ajudar, ali por janeiro e fevereiro, agora está melhorando, mas a gente estava sendo muito cobrado, daí a gente ia pedir uma ajuda só que todos já tinham trabalho, já estavam sobrecarregados (P21 – DENT.).

A falta de profissionais é uma fragilidade em qualquer instituição, porém, na saúde esse problema pode interferir na qualidade do serviço prestado na APS (Costa *et al.*, 2020).

A escassez de profissionais impõe desafios aos integrantes das eSF, considerando que o trabalho requer uma abordagem multidisciplinar e a ausência deste componente essencial prejudica o fluxo do processo de trabalho gerando sobrecarga nos profissionais de saúde (Reis *et al.*, 2024). Essa desvantagem se revela particularmente crítica em momentos decisivos, gerando frustrações e insatisfações tanto para os profissionais quanto para os usuários (Dejours, 2012).

A efetividade de propostas inovadoras, como a da ESF, está intrinsecamente conectada às condições de trabalho, incluindo a presença de equipes em quantidade e qualidade (Lima *et al.*, 2014).

Ligada à falta de profissionais, a sobrecarga também afeta negativamente o trabalho em equipe, afinal, os fatores relacionados à gestão do trabalho estão muito associados às condições para se efetuar o mesmo, que englobam vários elementos, incluindo a força de trabalho, considerando número e qualificação, salário e a jornada (Soratto *et al.*, 2017).

Dentre os elementos que contribuem para a sobrecarga, podem ser enfatizadas as limitações organizacionais e administrativas inerentes aos serviços de saúde mental, salários reduzidos, escassez de profissionais qualificados e excesso de exigências de trabalho (Trevisan *et al.*, 2019).

Uma etapa importante e que se destaca nesse sentido é o dimensionamento, essencial para realizar uma previsão precisa de profissionais, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade, com o objetivo de atender às necessidades da população atendida em conformidade com as particularidades dos diferentes contextos dos serviços de saúde, garantindo assim a qualidade da assistência e a segurança tanto dos usuários quanto dos trabalhadores (Santos *et al.*, 2019).

Na AB, o trabalho em equipe deve ser reconhecido e aplicado como uma maneira de estruturar e organizar os processos de trabalho, baseando-se nas relações interpessoais, comunicações eficazes e integração de práticas e conhecimentos construídos de forma colaborativa, e ainda, envolvendo a inclusão dos usuários e da comunidade na elaboração do cuidado (Guimarães; Castelo Branco, 2020).

Dificuldades estruturais e de recursos

Por fim, a última categoria, “dificuldades estruturais e de recursos”, associa-se aos desafios relacionados às condições físicas e materiais das UBS. A segurança e a salubridade são primordiais para que o trabalho se desenvolva, por mais se

tratando do trabalho em saúde. Sendo assim, a carência de infraestrutura destaca a importância de investir em instalações físicas que atendam às necessidades dos profissionais e pacientes.

[...] o ambiente em si também, não tem sala, não comporta a própria equipe às vezes (P51 – TÉC.ENF.).

Espaços designados para interação facilitam a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros membros da equipe. Além disso, contribuem para a interação e o fortalecimento do vínculo.

Quando a estrutura e o fornecimento de equipamentos essenciais para a realização das tarefas são inadequados ou limitam o desempenho das atividades, os trabalhadores tendem a ficar desmotivados devido à frustração com a organização do trabalho (Dario; Lourenço, 2017).

O conceito de ambiência como preconizado pelo Ministério da Saúde deve ser adotado como uma prescrição para a construção das UBS, e que significa na prática a construção de um espaço físico acolhedor e humano para atenção à saúde, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (Brasil, 2017).

Com estrutura física adequada, as equipes conseguem desenvolver o trabalho da forma ideal como foi organizada com o trabalho em equipe intrínseco no processo.

A quantidade inadequada de profissionais nas equipes, ausência de padronização dos processos de trabalho, não definição das áreas de cobertura, déficit de manutenção de equipamentos, sistemas de informação que não se comunicam, ausência de veículos e a estrutura precária de algumas UBS foram os principais achados que representam requisitos de estrutura que influenciam na qualidade da APS (Scherer *et al.*, 2024).

Como limitações do estudo, destacamos que o mesmo foi realizado em um único município, com características específicas e se restringiu ao discurso dos profissionais, sem incluir outros atores, o que pode limitar possíveis replicação dos resultados para outros contextos ou regiões com diferentes configurações de atenção básica. Não obstante, trata-se de um estudo qualitativo onde a generalização dos resultados não é o foco principal.

Uma das principais fortalezas do estudo foi contemplar participantes de diferentes núcleos de atuação profissional o que amplia a diversidade e a relevância

dos achados, associado a Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas como referencial teórico.

Conclusão

Os desafios do trabalho em equipe na APS do município estudado são diversos, perpassam o pouco estímulo e tempo para o trabalho colaborativo, agravado por um certo distanciamento entre gerência e equipe, desmotivação e resistência a mudanças. As relações interprofissionais e comunicação são prejudicadas por uma inclinação ao trabalho individual, dificuldade de comunicação e pouca empatia, que fragmentam a interação entre núcleos profissionais. Ainda, a organização do trabalho em saúde sofre com sobrecarga, alta rotatividade e fluxos instáveis que dificultam a continuidade do cuidado.

Para superação desses desafios, há necessidade de compromissos mútuos entre a gestão e os profissionais de saúde, que devem procurar atuar no fortalecimento de práticas que favoreçam construções coletivas para que o trabalho no âmbito da eSF não seja fragmentado nas suas competências formativas, de modo a prevalecer atuação compartilhada em detrimento de uma prática e do cuidado individual.

Além disso, medidas mais práticas e locais podem ser adotadas para a superação da fragmentação do trabalho, como a adoção de agendas fixas para reuniões interprofissionais com apoio da gestão local, a implementação de práticas de cogestão inspiradas na Clínica Ampliada e na Política Nacional de Educação Permanente e o contínuo fomento à capacitação interprofissional, com discussões de casos clínicos em equipe e construção de projeto terapêutico singular.¹

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), pelo apoio financeiro relacionado à chamada pública nº 21/2024, termo de outorga 2024TR002229.

Referências

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017 Set 22; Seção 1:68.

BAGNASCO, A.; TUBINO, B.; PICCOTTI, E. *et al.* Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013.

COLOMÉ, I. C. dos S.; LIMA, M. A. D. da S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

COSTA, E.; FERRAZ, F.; TRINDADE, L. L. *et al.* Challenges in the work process in the Family Health Strategy. *Revista CEFAC*, v. 22, n. 2, p. e7619, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/4ThRY8f8L49ZGXZbvxyVkh/?format=html&lang=en>. Acesso em: 18 out 2025.

CRICIÚMA. *Plano municipal de saúde de Criciúma 2018-2021*. Criciúma, 2022. Disponível em: https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/60be69f32234b-plano-municipal-de-saude_2018_2021.pdf. Acesso em: 09 ago. 2024.

DARIO, V. C.; LOURENÇO, M. L. Cultura organizacional e vivências de prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com professores de instituições federais de ensino superior. *Revista Organizações em Contexto*, v. 14, n. 27, p. 345, 2017.

DE MACEDO, J. F. S.; OLIVEIRA, P. R. de. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 18, n. 45, p. 3878, 2023.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, v. 17, p. 363-371, 2012.

DUARTE, L. S.; VIANA, M. M. de O.; SCALCO, N. *et al.* Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, p. e210401pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/alsZYBrYxpztDC4DSXnXHT8fy/?lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.

FARIA, L. *Educação em saúde e qualidade-equidade: sobre o cuidado realizado nas redes de atenção no contexto da Covid-19*. Salvador: Edufba, 2022. (Partituras).

FERNANDES, H. N.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R. *et al.* Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORNERETO, A. de P. N.; SOUSA, D. F. de; MARTINI, L. C. Educação Permanente em Saúde como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220221, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pDB5gxQg63dY55NYQxwnBtB/?lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.

GADAMER, H-G.; MEURER, F. P.; GADAMER, H-G. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção pensamento humano, 16).

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. supl 1, p. 2543-2556, 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GOMES, K. de O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. supl 1, p. 881-892, 2011.

GONÇALVES, M. A. S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. *Educação & Sociedade*, v. 20, n. 66, p. 125-140, 1999.

GUIMARÃES, B. E. de B.; CASTELO BRANCO, A. B. de A. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 143-155, 2020.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. [s.l.]: Tempo Brasileiro, 1984. (Biblioteca Tempo Universitário).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Panorama de Criciúma, SC*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/riciúma/panorama>. Acesso em: 09 ago. 2024.

JESUS, R. P. F. S. de; SANTO, A. C. G. do E.; MENDES, M. F. de M. *et al.* Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 423-434, 2018.

KANNO, N. P.; PEDUZZI, M.; GERMANI, A. C. C. G. *et al.* A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 10, p. e00213322, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A ‘Communication and Patient Safety’ training programme for all healthcare staff: can it make a difference? *BMJ Quality & Safety*, v. 21, n. 1, p. 84-88, 2012.

LIMA, L. de; PIRES, D. E. P. de; FORTE, E. C. N. *et al.* Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140003>. Acesso em: 19 abr. 2022.

- LIMA, J. P. M.; SOEIRO, A. C. V.; FOLHA, D. R. da S. C. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 22, p. e02679252, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wDW7ZNjkG8fTPk4VpKw7mJN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.
- MACHADO, M. de F. A. S.; XAVIER, S. P. L.; RODRIGUES, A. de L. *et al.* Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 987-997, 2021.
- MACHADO, M. H.; CAMPOS, F.; HADDAD, A. E. *et al.* Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 10, p. 2773-2784, 2023.
- MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MIRANDA, F. M. D'A.; SANTANA, L. de L.; PIZZOLATO, A. C. *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente à Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>>. Acesso em: 17 nov. 2023.
- MORAIS, H. G. de F.; BARROS, J. M. de; SILVA, W. R. da *et al.* Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 181-196, 2020.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. supl 1, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicações para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.
- PRADO, C. L. S. R.; PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. supl 2, p. e220823pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KWMrwf4CFvX8nxgBZqrPkJJ/?lang=pt>. Acesso em: 18 de out 2025.
- REIS, B. M. R.; ROCHA, G. B.; SALGADO, M. C. dos S. *et al.* Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 8, p. e14473, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14473>. Acesso em: 18 out 2025.

- ROCHA, A. A. *et al.* Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Aps, Juiz de Fora*, v. 3, n. 16, p. 269-277, abr. 2014.
- SANTOS, L. C. dos; ANDRADE, J.; SPIRI, W. C. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 3, p. e20180348, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/By9Yz6ZL767wGkvWCVcVCVn/?format=html&lang=en>. Acesso em: 18 out 2025.
- SCHERER, M. D. dos A.; FORTE, E.; ABREU, B. F. *et al.* Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Saúde em Debate*, v. 48, n. spe2, p. e8643, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R.; AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, 2014.
- SORATTO, J.; PIRES, D. E. P. de; FRIESE, S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, p. e20190250, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mrGZpcKHYbyK5sKSKvRB58D/?lang=en&format=html>. Acesso em: 18 out 2025.
- SORATTO, J.; PIRES, D. E. P. de; TRINDADE, L. L. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia da Saúde da Família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2022.
- SOUSA, M. F. de; PRADO, E. A. de J.; LELES, F. A. G. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 82-93, 2019.
- SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. supl 2, p. e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 out 2025.
- SOUZA, T. M. S. de; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.
- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
- TREVISAN, E.; HAAS, V. J. *et al.* Satisfaction and work overload at Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs in the Minas Triangle region, Brazil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 17, n. 4, p. 511-520, 2019.

Nota

¹ N.G. de L. João, A. A. Schäfer, M. M. de O. Viana e J. Soratto: projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Abstract

Challenges of teamwork from the perspective of Primary Health Care professionals in a municipality in Southern Brazil

Introduction: Teamwork in Primary Health Care (PHC) requires professionals to work collaboratively, yet persistent challenges remain, including fragmented care, limited interaction, and rigid hierarchical structures. **Objective:**

To identify teamwork challenges from the perspective of professionals in Family Health teams (eSF) in a municipality in Southern Brazil. **Methods:** This qualitative study included 69 eSF professionals in Criciúma, Santa Catarina, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews, and the analytic process used thematic content analysis, informed by Jürgen Habermas's Theory of Communicative Action.

Results: Teamwork challenges within eSF include limited incentives and time for meetings, difficulty engaging with management, a tendency toward individual work, inconsistent communication among professionals, siloed practice areas, ineffective meetings, heavy workload, and high staff turnover, compounded by structural and resource constraints.

Conclusion: Limited incentives and personal engagement, difficulties in interprofessional relationships, weaknesses in work organization, and structural constraints are challenges to teamwork in eSF.

► **Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Teamwork. Interprofessional Work. Qualitative Research.

