HELOISE LIMA FERNANDES AGRELI

**Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe
na Atenção Primária à Saúde**

**SÃO PAULO
2017**

HELOISE LIMA FERNANDES AGRELI

**Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe
na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área de Concentração: Fundamentos e Práticas em Gerenciamento em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Peduzzi

Co-orientador: Prof. Dr. Christopher Bailey

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Capa: Marcela Lima. Engrenagens-redes, 2017.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Agreli, Heloise Lima Fernandes

Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde / Heloise Lima Fernandes Agreli. São Paulo, 2017.

261p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi

Coorientador: Prof. Dr. Christopher Bailey

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem

1. Equipe de assistência ao paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermagem. I. Título.

Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
45	7	deferentes	diferentes
45	12	interpessoal	interprofissional

Nome: Heloise Lima Fernandes Agreli

Título: Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Com amor, dedico este trabalho e agradeço especialmente:

Aos meu pais, Raimundo e Benice, pela inspiração e apoio incondicional.

Ao Henrique, pela maravilhosa companhia nos sonhos e na vida.

Com quero caminhar sempre!

Agradecimentos

A Deus e Nsa. Senhora Aparecida por guiarem meus caminhos.

À Flávia, pelo amor, companheirismo e afeto. À minha família, de São Paulo e Rio Preto, pelo apoio e compreensão.

A meus sobrinhos e afilhadas, pelos deliciosos sorrisos e abraços apertados. Especialmente à Alice e Gael, minhas fontes de motivação e humor!

Aos amigos, por torcerem por mim e tornarem a jornada mais leve.

To my dearest colleagues from Southampton for making me feel at home, even miles from São Paulo.

A todas queridas integrantes do grupo de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional”, por compartilharem importantes reflexões e também muita energia positiva. Especialmente a Pilar Quiroz.

À Mariana Charantola, pela deliciosa parceria acadêmica, pelo afeto e encorajamento.

À Secretaria Municipal de Embu das Artes pela autorização e colaboração para a realização da pesquisa, e a todos os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família que me acolheram e participaram do estudo.

A todos os participantes da pesquisa, que compartilharam comigo seu tempo e preciosas reflexões.

Aos queridos funcionários e docentes da EEUSP e do Departamento de Orientação Profissional pelos ensinamentos compartilhados e atenção a mim dispensados. Em especial à Silvana Maximiano e à Milena Froes, que além do apoio acadêmico me brindaram com doses diárias de entusiasmo.

À CAPES e CNPq pelo apoio financeiro, e a OPAS/MS pelo apoio à participação em evento internacional de pesquisa.

À Prof. Dr^a Cinira Fortuna e ao Prof. Dr José Ricardo Ayres pelas contribuições no exame de qualificação.

Por último e de maneira especial, aos meus orientadores, sem os quais esta tese e a experiência internacional de pesquisa não seriam possíveis, os meus sinceros agradecimentos:

À Prof. Dr^a Marina Peduzzi, por me aceitar como sua orientanda e compartilhar comigo seu conhecimento. Por sua dedicação, comprometimento e por me proporcionar incontáveis oportunidades de desenvolvimento acadêmico. Minha eterna gratidão.

My sincere gratitude to Prof Dr. Chris Bailey for the patient guidance and advices he has provided throughout my time at Southampton and after that, for accepting to be my co-supervisor at USP. I am especially thankful for his contributions in the methodological design of this study and for his careful editing that contributed enormously to the production of research papers.

Obrigada! Thanks!

*O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem*

Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas

Agreli, HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: Nas organizações de saúde, a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) e Clima do Trabalho em Equipe (CTE) são essenciais para promoção do cuidado integrado e melhoria na qualidade da assistência em saúde. Entretanto, a implementação da PIC tem se mostrado um desafio, com lacuna de conhecimentos relacionados a sua operacionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como a PIC, o CTE preocupa-se com aspectos relacionais e organizacionais do trabalho interprofissional. Poucas investigações têm explorado a relação entre PIC e CTE. Este estudo considera as implicações do CTE para a PIC, destaca as ligações teóricas e empíricas entre os dois, e sugere como o CTE pode ter um papel na compreensão e operacionalização da PIC. **Objetivo geral:** Analisar a PIC em equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) com diferentes perfis de CTE. **Método:** estudo de método misto sequencial explanatório (quantitativo-qualitativo) realizado em 18 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em município da região metropolitana de São Paulo. Na fase 1 (quantitativa), o CTE foi avaliado com a aplicação da Escala de Clima do Trabalho em equipe (ECTE) em 18 equipes da ESF (N=144). Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, análise de agrupamentos (método Ward) e análise bivariada (t student). Na fase 2 (qualitativa), realizou-se estudo de caso múltiplo com entrevistas em profundidade com membros das equipes (N=24) que apresentaram escores contrastantes na ECTE. Na coleta e análise dos achados qualitativos foram utilizadas técnicas da teoria fundamentada em dados. Os resultados das fases 1 e 2 foram integrados. **Resultados:** Na fase 1 foram identificados dois agrupamentos de equipes: (A) com maiores e (B) de menores escores na ECTE. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas em todos os fatores da escala: participação na equipe ($p<0,001$), apoio para ideias novas ($p=0,002$), objetivos da equipe ($p=0,001$) e orientação para as tarefas ($p=0,015$). Achados da fase 2 corroboram os achados da fase 1, sendo as equipes do agrupamento A aquelas que apresentaram características relacionais e processuais mais favoráveis ao CTE e também à PIC. A análise interpretativa permitiu a identificação de duas modalidades contingenciais e dinâmicas de colaboração: 1) colaboração em equipe e 2) colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade. Em torno das modalidades identificadas foi proposto um modelo da PIC. O modelo descreve as condições em que a PIC ocorre, as formas como se apresenta e suas consequências na organização da assistência à saúde. **Conclusões:** A análise do CTE mostrou-se capaz de prover insights sobre a PIC nas equipes. O modelo proposto apresenta conhecimentos que contribuem para compreensão e operacionalização da PIC. Os resultados sugerem que embora o clima de equipe tenha um papel importante na construção da colaboração, a compreensão da PIC no âmbito do SUS requer a consideração de elementos pertinentes à inovação no trabalho interprofissional e da própria forma de organização da APS e das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras chaves: Trabalho em equipe. Colaboração interprofissional. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

Agreli, HLF. Interprofessional collaborative practice and team climate in Primary Health Care [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Background: In health care organizations, Interprofessional Collaborative Practice (ICP) and Team Climate (TC) are essential means to promote integrated care and improve health care quality. However, implementing ICP presents a series of challenges, and there is a lack of knowledge of how to operationalize this approach within the Brazilian Health Care System (SUS). Like Interprofessional Collaborative Practice, Team Climate is concerned with the effectiveness of relational and organisational aspects of interprofessional work. Few studies have explored the relationship between these two concepts or the role that Team Climate might play in establishing the operational conditions needed for Interprofessional Collaborative Practice. This study considers the implications of Team Climate for Interprofessional Practice, highlights the theoretical and empirical links between the two, and suggests how Team Climate may have a role in understanding and operationalising Interprofessional Collaborative Practice more effectively. **Aim:** To analyse ICP in Primary Health Care (PHC) teams with different TC. **Methods:** This is a mixed methods sequential explanatory study (quantitative-qualitative) conducted with 18 primary care teams from the Family Health Strategy (FHS), in the metropolitan region of São Paulo. In Stage 1 (quantitative), Team Climate was assessed using the Team Climate Inventory (TCI) in all 18 teams (144 participants in total). Data from the TCI were analysed using descriptive statistics, cluster analysis (Ward's method) and bivariate analysis (Student *t*). In Stage 2, which used a multiple qualitative case study approach, data were collected through in-depth interviews with members (N=24) from teams with contrasting scores on the TCI. Grounded theory techniques were employed to analyse the qualitative data. Findings from both stages of the research were then compared and considered together. **Results:** Two different clusters of teams were identified in Stage 1: (A) teams with the highest mean scores; and (B), teams with the lowest mean scores on the TCI. Differences between cluster A and B were statistically significant for all TCI factors: participative safety ($p < 0.001$), support for new ideas ($p = 0.002$), team goals ($p = 0.001$) and task orientation ($p = 0.015$). Findings from Stage 2 reinforced quantitative findings from Stage 1. Teams from cluster A demonstrated more positive relational and processual characteristics to support TC and ICP. Interpretative analysis revealed two dynamic and contingent modalities of collaboration: 1) team collaboration; and 2) collaboration between different health and social sectors, within a healthcare network, and with the community. A framework for Interprofessional Collaborative Practice in primary health care was developed, based on these modalities of collaboration, and describing the conditions, modalities and health care consequences of ICP. **Conclusions:** Analysis of Team Climate provided insights into ICP in healthcare teams. The proposed framework provides fresh insights into the understanding and operationalization of ICP, and suggests that although Team Climate is important in establishing collaboration, the understanding of ICP within SUS also requires consideration of a range of other factors, including innovation in interprofessional work and the organizational structure of PHC and Health Care Networks.

Keywords: Teamwork. Interprofessional collaboration. Primary health care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo para compreensão do trabalho em equipe interprofissional	31
Figura 2 – Relação entre colaboração interprofissional, PIC e trabalho em equipe .	34
Figura 3 - Diagrama do desenho sequencial explanatório	53
Figura 4 - Critérios para seleção da amostra.....	55
Figura 5 – Fatores da escala de clima para o trabalho em equipe, sub-itens e questões.....	57
Figura 6 - Fluxo de coleta de dados com comparações constantes	76
Figura 7 - Evolução do IDHM em Embu das Artes (1991-2010).....	84
Figura 8 - Mapa de Localização das Unidades de Saúde, Embu (2015).....	91
Figura 9 – Categorias e subcategorias da colaboração em equipe.....	148
Figura 10 - Diagrama da colaboração em equipe.....	158
Figura 11 - Categorias e subcategorias da colaboração interprofissional, em rede e com a comunidade	160
Figura 12 – Diagrama da colaboração interprofissional, em rede e com a comunidade.....	181
Figura 13 - Modelo da PIC na APS	183

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1 – Escores padronizados (médios) das equipes do grupo A.....	104
Gráfico 2 – Escores padronizados (médios) das equipes do grupo B.....	104
Quadro 1- Interacionismo simbólico e Construtivismo.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Equipes selecionadas para etapa qualitativa	65
Tabela 2 - Componentes centrais para um estudo de teoria fundamentada em dados	73
Tabela 3 - Exemplo de codificação aberta, linha a linha	78
Tabela 4 - Exemplo da codificação axial.....	79
Tabela 5 - Estatísticas Vitais e Saúde município de Embu das Artes e Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)	86
Tabela 6 - Número de Natimortos e Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Mortalidade Infantil / Taxa de Mortalidade Infantil IBGE – Embu das Artes 2013 a 2014	87
Tabela 7 - Percentual de Internações por Diagnóstico por Capítulo do CID10, Embu das Artes, 2014.	88
Tabela 8 - Distribuição de equipes de saúde da família em unidades da ESF e unidades mistas	92
Tabela 9 - População por Unidades de Saúde, <i>Embu das Artes, 2014</i>	92
Tabela 10 - Distribuição dos profissionais segundo características.....	97
Tabela 11 - Medidas-resumo da idade, tempo de prefeitura, de unidade e de equipe	98
Tabela 12 - Medidas-resumo do escore da ECTE total e por fator	99
Tabela 13 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o escore total da ECTE	99
Tabela 14 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator participação na equipe da ECTE	100
Tabela 15 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator apoio para ideias novas da ECTE	101
Tabela 16 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator objetivos da equipe da ECTE	101
Tabela 17 - Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator orientação para as tarefas da ECTE.....	102
Tabela 18 - Medidas-resumo do escore da ECTE total e por fatores nos agrupamentos A e B.....	103

Tabela 19 - Medidas-resumo do escore total na ECTE e seus quatro fatores (padronizados) por grupos	103
Tabela 20 - Distribuição dos profissionais por características, segundo agrupamento	105
Tabela 21 - Medidas-resumo da idade, tempo de prefeitura, de unidade e de equipe por grupo	106
Tabela 22 - Medidas-resumo do escore total da ECTE e tamanho das equipes	107
Tabela 23 - Classificação dos escores segundo amostra de validação nacional na APS (N=76 equipes).....	109
Tabela 24 - Detalhamento da classificação de escores em quartis	109
Tabela 25 - Análise em percentis do grupo A e B de acordo com classificação de escores da amostra de validação nacional	110
Tabela 26 - Escores médios totais por equipe e grupo na ECTE, descritos em quartis	112
Tabela 27 - Caracterização dos profissionais e conselheiros gestores entrevistados, Embu das Artes, 2016.....	115
Tabela 28 - Características do território estudado- Caso A	116
Tabela 29 - Características do território estudado- Caso B	118
Tabela 30 - Síntese das características relacionais, processuais e da ACP	146
Tabela 31 - Integração das fases quantitativa e qualitativa	189

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP-	Atenção Centrada na Pessoa
ACS-	Agente Comunitário de Saúde
APS-	Atenção Primária à Saúde
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CNES-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAS-	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECTE-	Escala de clima do trabalho em equipe
ESF-	Estratégia Saúde da Família
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS-	Organização Mundial de Saúde
OPAS-	Organização Pan-Americana da Saúde
PIC-	Prática interprofissional colaborativa
PMAQ-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB-	Política Nacional de Atenção Básica
RAS-	Rede de Atenção à Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCI-	Team Climate Inventory
TCLE-	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UNICEF-	United Nations Children's Fund - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Temática do estudo	20
1.2	Contexto do estudo: APS	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
2.1	PIC e Trabalho em Equipe Interprofissional.....	28
2.2	Clima do trabalho em equipe e PIC	34
3	OBJETIVOS	46
3.1	OBJETIVO GERAL.....	46
3.1.1	Objetivos específicos da fase quantitativa	46
3.1.2	Objetivos específicos da fase qualitativa	46
4	METODOLOGIA.....	48
4.1	Método misto	49
4.1.1	Integração dos dados quantitativos e qualitativos	50
4.1.2	Desenho misto	51
4.1.3	Aspectos éticos	52
4.2	Etapa Quantitativa	54
4.2.1	Tipo de estudo.....	54
4.2.2	Objetivos específicos	54
4.2.3	População e amostra	54
4.2.4	Instrumento	56
4.2.5	Coleta de dados	58
4.2.6	Análise dos dados	62
4.2.6.1	Descrição do perfil dos profissionais das equipes de saúde da família	62
4.2.6.2	Mensuração do clima do trabalho em equipe.....	62
4.2.6.3	Diferenciação de agrupamentos de equipes de acordo com clima.....	63
4.2.6.4	Seleção das equipes com perfis contrastantes de clima.....	64
4.2.6.5	Classificação dos escores de clima nos agrupamentos A e B	65
4.3	Etapa Qualitativa	67
4.3.1	Tipo de estudo.....	67
4.3.2	Objetivos específicos da fase qualitativa	68
4.3.3	Sujeitos de pesquisa	68
4.3.4	Seleção das unidades para coleta de dados	69
4.3.5	Descrição da coleta de dados.....	70
4.3.6	Técnicas de coleta e análise de dados: referencial metodológico da Teoria fundamentada nos dados	70
4.3.7	Coleta de dados	74
4.3.8	Análise de dados.....	77
4.3.8.1	Ferramentas para análise dos dados	80

4.3.8.2	O uso da literatura na TFD	82
4.3.8.3	Lentes teóricas	82
4.4	Campo de estudo (etapa quantitativa e qualitativa)	83
4.4.1	Breve histórico do município	83
4.4.2	Caracterização do município	83
4.4.2.1	Mortalidade	86
4.4.2.2	Internações	87
4.4.2.3	Dengue, febre de Chikungunya e Zika vírus	88
4.4.2.4	Tripla carga de doenças	89
4.4.2.5	Equipamentos de Saúde	90
4.4.2.6	Unidades Básicas de Saúde	91
4.4.2.7	Vínculo	93
4.4.2.8	Política	93
5	RESULTADOS	96
5.1	Resultados quantitativos	96
5.1.1	Caracterização dos profissionais	96
5.1.2	Análise do clima de trabalho em equipe	98
5.1.3	Análise de agrupamento	102
5.1.3.1	Caracterização dos agrupamentos formados	105
5.1.3.2	Tempo de trabalho nas equipes	106
5.1.3.3	Tamanho das equipes	106
5.1.3.4	Análise dos agrupamentos de equipe nos fatores da ECTE	107
5.1.4	Classificação dos escores das equipes	108
5.1.5	Descrição da devolutiva dos resultados da primeira fase (quantitativa) ao município	113
5.2	Achados qualitativos	114
5.2.1	Perfil dos entrevistados	114
5.2.2	Descrição das características do território	115
5.2.3	Descrição das características contextuais dos casos A e B	120
5.2.4	Descrição das características relacionais das equipes dos casos A e B	122
5.2.4.1	Descrição das características relacionais das equipes do caso A	122
5.2.4.2	Descrição das características relacionais das equipes do caso B	125
5.2.5	Descrição das características processuais das equipes dos casos A e B	128
5.2.5.1	Descrição das características processuais das equipes do caso A	128
5.2.5.2	Descrição das características processuais das equipes do caso B	133
5.2.6	Descrição das características das atenções centradas na pessoa nos casos A e B	137
5.2.6.1	Descrição das características das atenções centradas na pessoa no caso A	137
5.2.6.2	Descrição das características da ACP no caso B	141
5.2.7	Síntese das características relacionais, processuais e da ACP nos casos A e B	145
5.2.8	Análise das formas de colaboração interprofissional	147
5.2.8.1	Colaboração em equipe	147

5.2.8.2	Colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade	159
5.2.9	Modelo explicativo da PIC na APS	182
5.2.9.1	Formas de colaboração	184
5.2.9.2	Condições para colaboração em equipe	184
5.2.9.3	Condições para colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade	185
5.2.9.4	Consequências da colaboração em equipe.....	185
6	INTEGRAÇÃO QUANTI-QUALI	188
7	DISCUSSÃO	193
7.1	Clima do trabalho em equipe.....	193
7.1.1	Tempo trabalhando na mesma equipe	194
7.1.2	Participação segura.....	195
7.1.3	Objetivos comuns.....	196
7.1.4	Apoio para ideias novas	197
7.1.5	Orientação para tarefas	199
7.2	Pic	200
7.2.1	Reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe.....	201
7.2.2	Intervenções interprofissionais.....	202
7.2.3	Composição das equipes da APS.....	203
7.2.4	Clima do trabalho em equipe	204
7.2.5	Busca por inovação no trabalho interprofissional	204
7.2.6	Reflexão comprometida com o trabalho em equipe inserido em rede e comunidade.	206
7.2.7	Apoio organizacional	206
7.2.8	Gerência colaborativa	207
7.2.9	Organização dos serviços na rede.....	208
7.2.10	Formas de colaboração interprofissional e consequências (melhorias no cuidado em saúde).....	209
7.3	Clima de equipe & colaboração interprofissional	212
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
9	REFERÊNCIAS	219
	ANEXOS	238
	APÊNDICES.....	250

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMÁTICA DO ESTUDO

Esta investigação tem como tema central a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) na Atenção Primária à Saúde (APS) e utiliza a avaliação do clima do trabalho em equipe para diferenciação de equipes.

A PIC e trabalho em equipe são temas relevantes na APS por representarem alternativas à fragmentação das ações executadas pelos profissionais das diferentes áreas, com vistas à integralidade da atenção. São também formas de organizar o trabalho em saúde que busca lidar com os desafios contemporâneos: aumento das especializações profissionais, forte incorporação tecnológica na saúde e alterações nos perfis demográficos e epidemiológicos, com aumento da expectativa de vida e prevalência das condições crônicas⁽¹⁾.

Como proposta orientadora das práticas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o trabalho em equipe visa atender as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Na ESF, o seguimento no serviço de saúde se dá pela equipe e não por profissional específico. As equipes são pequenos grupos de profissionais com habilidades complementares e interdependentes que trabalham juntos com colaboração e constroem objetivos e abordagem compartilhadas na atenção à saúde⁽²⁾. O conjunto das equipes precisa ser efetivo para que por meio da PIC consiga honrar com um dos princípios básicos do SUS, a integralidade.

A PIC é referida à necessidade de colaboração não somente entre os profissionais das equipes, mas também entre as diversas equipes de um mesmo serviço e de diferentes serviços na perspectiva de consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A PIC é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um princípio essencial para cuidados efetivos na APS e estratégia inovadora de enfrentamento aos desafios da crescente complexidade no cuidado⁽³⁾. Estudos mostram impacto da PIC na melhoria na qualidade do cuidado⁽⁴⁻⁶⁾.

Embora seja reconhecida a importância da PIC como proposta inovadora, sua operacionalização e mensuração apresentam-se como desafios atuais^(7, 8). Destacam-se como iniciativas que contribuem para operacionalização da PIC as tipologias de Colaboração Interprofissional^(9, 10) e o mapeamento de competências^(11, 12) para seu desenvolvimento. A tipologia e modelo de Colaboração Interprofissional apresentam como indicadores da PIC efetiva: espaços para participação de todos os membros da equipe na construção de consensos acerca da prática, objetivo comum sobre o foco da atenção em saúde, ferramentas de formalização/discussão acerca das tarefas, e apoio para inovação⁽⁹⁾.

O Canadian Interprofessional Health Collaborative define seis domínios de competências requeridos para PIC efetiva⁽¹¹⁾: atenção centrada no paciente/família/comunidade, comunicação efetiva, clareza dos papéis profissionais, dinâmica/processos de trabalho da equipe, resolução de conflito e liderança colaborativa. O uso de modelos de competências e tipologias tem contribuído para o estabelecimento de padrões consistentes para prática que podem auxiliar na operacionalização da PIC^(2,4).

Com relação a mensuração da PIC, foram identificados na literatura instrumentos de avaliação⁽¹³⁻¹⁸⁾. Entretanto, mesmo entre as publicações mais recentes (instrumentos com validação psicométrica), observam-se como limitações: o direcionamento apenas à colaboração entre médicos e enfermeiros⁽¹⁷⁾, ou aplicação limitada ao contexto canadense⁽¹⁴⁾.

Na literatura nacional não foram identificados instrumentos de mensuração da PIC. Entretanto, está disponível a escala de medida do 'Clima do trabalho em equipe' ⁽¹⁹⁾, validada no contexto da atenção básica no país.

Clima de equipe

A escala de clima de equipe do trabalho em equipe (ECTE) é produto de estudos realizados em equipes de atenção primária ⁽²⁰⁾ na Inglaterra que tiveram por objetivo identificar fatores que produziam impacto na qualidade da atenção. Tais estudos constataram que o "clima" de trabalho nas equipes afetava os resultados do cuidado⁽²⁰⁾.

Anderson e West⁽²¹⁾ apontam que a medida do clima segundo o conceito de percepções compartilhadas sobre a filosofia, política, valores e crenças da organização, pode ser uma medida de processo preditora do trabalho em equipe e

dos resultados da atenção⁽²²⁾. Os autores construíram e validaram em serviços de saúde uma escala, o Team Climate Inventory (TCI), composto por quatro fatores: objetivos da equipe, participação segura, orientação para tarefa e suporte para inovação. A escala foi adaptada e validada em diversos países^(21, 23-31) com boas propriedades psicométricas, e conforme exposto anteriormente, foi também validado no contexto da atenção básica no Brasil como ECTE⁽¹⁹⁾.

A medida do clima das equipes se mostra relevante para avaliação do processo de trabalho em equipe. Assim como, é possível preditor da organização e orientação do trabalho das equipes no âmbito da APS no contexto nacional. Isso se deve, à proximidade do seu referencial teórico e construtos às características apontadas pelos estudos sobre trabalho em equipe desenvolvidos no cenário da política pública do SUS, ou seja, articulação das ações e integração das equipes com destaque para a esfera de comunicação entre os profissionais⁽¹⁾.

Observa-se que as quatro dimensões avaliadas na ECTE são também semelhantes aos indicadores da PIC⁽⁹⁾ e condizentes com as competências colaborativas⁽¹¹⁾ descritas na literatura internacional. Considera-se, portanto, que a mensuração do clima de equipe, além de se apresentar como uma alternativa preditora da organização e orientação do trabalho das equipes no âmbito da APS, pode também fornecer insights acerca da PIC. No entanto, não há até o momento exploração das aproximações teóricas entre a concepção da PIC e as dimensões da avaliação do clima do trabalho em equipe.

Justificativa: A literatura apresenta os problemas existentes no encontro de diferentes profissionais na prática em saúde⁽³²⁻³⁶⁾ e discorre acerca da consolidação da PIC como um “crítico passo a frente”⁽³⁷⁾. O crescente número de estudos sobre resultados positivos decorrentes da PIC⁽⁴⁾ encoraja o desenvolvimento de pesquisas na temática^(4, 7, 8).

A Revisão Sistemática⁽⁴⁾ sugere a necessidade de estudos que analisem a PIC no que diz respeito a suas características empíricas e conceituais, assim como explorem mecanismos para sua mensuração. Como metodologia são sugeridos estudos de método misto⁽⁴⁾.

Iniciativas nacionais recentes no estudo da temática destacam a necessidade de análise da PIC considerando as especificidades do contexto da APS brasileira, a fim de subsidiar programas de Educação Interprofissional Colaborativa e consolidação da PIC^(38, 39). No cenário nacional, a organização do SUS, no arranjo

poliárquico das RAS, requer o aprimoramento do trabalho em equipe e da prática interprofissionais colaborativa⁽⁴⁰⁾. A literatura nacional e internacional sobre o tema mostra lacunas do conhecimento como: estudos qualitativos que auxiliem a esclarecer e construir consensos acerca dos conceitos e da terminologia utilizados na investigação do tema; elaboração e validação de instrumentos para mensuração do trabalho em equipe e da PIC; e a necessidade de estudos com método misto.

1.2 CONTEXTO DO ESTUDO: APS

A APS é descrita como modo mais eficiente para o enfrentamento dos problemas de saúde globais^(41, 42) e componente central para o desenvolvimento do SUS⁽⁴³⁾.

Desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, a APS é reconhecida por seu impacto positivo nos indicadores de saúde. Estudos nacionais e internacionais apontam que países com sistemas de saúde orientados pela APS apresentam melhores resultados na atenção à saúde e alcançam maior satisfação do usuário⁽⁴²⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁴⁴⁾ considera o termo APS equivalente à Atenção Básica, e a define como:

“[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações nos territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (p.19)

Para que a APS exista em sua totalidade, é necessário que seus atributos sejam obedecidos. Os atributos são sete^(45, 46):

- Acesso ao primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde para cada novo problema, ou novo episódio de um problema para o qual se procura a assistência à saúde.

- Longitudinalidade: responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado ao longo do tempo. A relação entre população e equipe de saúde se reflete no estabelecimento de vínculos interpessoais.
- Integralidade: ações que os serviços de saúde devem oferecer para que os usuários recebam atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde doença e ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Inclui encaminhamento para serviços não oferecidos pela APS.
- Coordenação: capacidade de garantir a continuidade dos cuidados prestados. O provedor da APS deve ser capaz de integrar o cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços.
- Focalização na família: considerar a família como sujeito da atenção.
- Orientação comunitária: Reconhecer as necessidades da família, considerando análise situacional das necessidades de saúde e integração em programas intersetoriais para enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.
- Competência cultural: relação horizontal entre população e equipe de saúde, em respeito as singularidades culturais e preferências das pessoas e comunidade.

A fim de cumprir com os atributos da APS e honrar os princípios do SUS, a estratégia prioritária para reorganização da APS no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Criada em 1994 como Programa Saúde da Família e denominada a partir de 1997 como estratégia, a ESF é definida como modelo de APS operacionalizado a partir de ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos oferecidos por equipes de saúde da família⁽⁴⁷⁾.

A equipe mínima de saúde da família é composta por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Como parte da equipe podem ser acrescentados cirurgiões dentistas, e auxiliar ou técnico de saúde bucal⁽⁴⁴⁾. De acordo com a PNAB⁽⁴⁴⁾, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, considerando que quanto maior o grau de vulnerabilidade do território, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe.

A ESF é descrita como uma estratégia de expansão e qualificação da APS; por impactar na situação de saúde de pessoas e seus territórios; e propiciar relação

de custo-efetividade⁽⁴⁴⁾. Desde sua implantação, a ESF tem promovido expansão do acesso da população brasileira à APS. Em 2012, a ESF já atingia cobertura de 95% dos municípios brasileiros⁽⁴⁸⁾. Em 2014, a Estratégia atendia 120 milhões de pessoas, o que corresponde a 62% da população brasileira, acompanhados por cerca de 39 mil equipes de saúde da família e mais de 30.000 equipes de saúde bucal⁽⁴⁹⁾.

A expansão da ESF é acompanhada por aumento da qualidade e efetividade à atenção à saúde no SUS. Evidências sugerem que a ESF provê melhor acesso e satisfação do usuário, mesmo quando comparada a serviços privados de saúde⁽⁵⁰⁾.

Em termos epidemiológicos, estudos mostram que a expansão da ESF resultou em melhoria na atenção à saúde da criança, redução da mortalidade infantil⁽⁵¹⁾, redução das hospitalizações por condições sensíveis à APS e redução das taxas de complicações provenientes de doenças crônicas⁽⁴⁸⁾.

Os indicadores socioeconômicos apontam que em regiões mais pobres do Brasil, a implementação da ESF foi associada com crescimento do emprego de adultos e aumento de adolescentes na escola⁽⁵²⁾.

Portanto, a expansão da APS e o atendimento prestado pelas equipes de saúde da família tem produzido impacto positivo no SUS, tanto em termos epidemiológicos, quanto em custo-efetividade.

A interpretação da APS, e especificamente da ESF, como estratégia de organização do sistema de saúde, implica compreendê-la como uma forma específica de reorganizar e reordenar os recursos do SUS para satisfazer as necessidades da população. Isso resulta na articulação da APS como centro de comunicação das RAS.

As RAS são definidas como⁽⁵³⁾:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômica e gerando valor para a população (p.82).

As RAS são uma forma de enfrentamento à hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde. São voltados prioritariamente para condições e eventos agudos. A mudança dos sistemas fragmentados para RAS só se efetivará se estiver apoiada em uma APS de qualidade⁽⁵³⁾, com equipes capazes de ampliar

ação interprofissional para além da integração intraequipe, para outras equipes do próprio serviço e equipes que atuam na RAS. Para fazer referência a essa situação mais ampla de ação interprofissional, intraequipes e em RAS se recorre à denominação Prática Interprofissional. A PIC é referida à necessidade de integração e colaboração entre os profissionais de diferentes equipes de um mesmo serviço e entre equipes de diferentes serviços das RAS.

Apesar da relevância dos serviços da APS na coordenação da RAS e melhoria na qualidade da assistência em saúde, faltam, na literatura brasileira, estudos que tratem da avaliação nas equipes da ESF e na PIC na APS.

2. Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a compreensão do objeto de estudo, a PIC na APS utilizou-se o referencial teórico do trabalho em equipe interprofissional, proposto por Reeves et al.⁽⁵⁴⁾, da teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação, proposta por West⁽⁵⁵⁾ e literatura sobre a PIC, visto que há uma vasta produção internacional sobre o tema, em especial em periódicos de língua inglesa^{(3, 4) (9) (11)}.

2.1 PIC E TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A PIC é definida como aquela que ocorre quando profissionais de saúde, de diferentes áreas, prestam serviços com base na integralidade da saúde. Isso envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços⁽³⁾. A PIC é considerada como forma de reduzir a competição entre profissionais, e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde, por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva⁽⁵⁶⁾. É preconizada pela OMS como possibilidade de otimizar os serviços de saúde, fortalecer os sistemas de saúde e incitar melhorias de resultados na assistência à saúde⁽³⁾.

A colaboração interprofissional é descrita como um construto multidimensional e multinível. Portanto, caracterizada pela existência de diferentes conceitos subjacentes e em diferentes níveis: individual em equipe e organizacional^(57, 58). A fim de compreender a estrutura da colaboração e prover contribuição teórica completa na temática, D'amour et al.⁽⁹⁾ desenvolveram modelo e tipologia de colaboração entre profissionais em organizações de saúde. O modelo é composto por quatro dimensões operacionalizadas em dez indicadores. Duas dimensões envolvem aspectos das relações entre os membros da equipe (compartilhamento de objetivos e internalização) e duas dimensões envolvem aspectos organizacionais (formalização e governança). O modelo e tipologia estabelecem um método de análise de colaboração e permite clareza acerca de áreas em que são necessárias melhorias, sejam elas na organização, ou na relação interprofissional⁽⁹⁾.

A literatura sobre PIC frequentemente vai além das questões interprofissionais para incluir ideias sobre 'cuidar *com* as pessoas, ao invés de cuidar *para* as pessoas'⁽⁵⁹⁾. Isso representa a Atenção centrada na pessoa (ACP) como um elemento central da PIC. A ACP é descrita como prioridade no cuidado em saúde⁽⁶⁰⁾. Busca por envolvimento dos usuários no processo de tomada de decisões⁽⁶¹⁻⁶³⁾ e na educação e prática interprofissional^(3, 59). Assim, se introduz uma importante relação para o estudo: ACP e PIC.

Conforme dito anteriormente, a ACP é um dos domínios de competências do modelo canadense para prática e educação interprofissional, proposto por Orchard et al.⁽⁶⁴⁾. No modelo canadense comunicação interprofissional e ACP são descritas como competências centrais para prática colaborativa⁽⁶⁴⁾. A mudança de foco das profissões e serviços para o foco nas necessidades de saúde das pessoas, portanto, para ACP, é descrita como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde⁽⁶⁵⁾.

Em estudo recente sobre ACP e sua relação com a PIC na APS, analisamos as contribuições da literatura brasileira e internacional sobre os atributos que caracterizam a ACP. Verificamos que há consenso na literatura e políticas de saúde do SUS, em torno de três elementos-chave da ACP ⁽⁶⁵⁾:

- Perspectiva ampliada do cuidado à saúde: resposta às necessidades dos usuários sem reducionismo às dimensões da patologia. Ao mesmo tempo, que busque integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na RAS.
- Participação do usuário no cuidado e participação social: reconhecimento da singularidade do usuário, consciente sobre si e participante do cuidado. A participação social, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde, estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde.

- Relação profissional e usuário e relações interprofissionais: refere-se à interação com o usuário, família e comunidade e, também, a interação entre os profissionais. A construção de vínculos e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais com potencial de impacto tanto na qualidade dos cuidados como nos custos da atenção à saúde.

Ao relacionar ACP e PIC, apresenta-se a seguinte conclusão⁽⁶⁵⁾:

A medida que os profissionais centram atenção no paciente e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à Prática compartilhada com profissionais de outras áreas (p.911).

O excerto acima, evidência a relação recíproca de dupla mão e influência entre ACP e PIC. Portanto, as mudanças na perspectiva da PIC só são possíveis se as práticas de saúde estiverem focadas nos usuários e orientadas às suas necessidades de saúde de forma integral. O que implica no exercício cotidiano de trabalho interprofissional colaborativo e em parceria com usuários, famílias e comunidade⁽⁶⁵⁾.

A importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa, torna clara a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, embora seja utilizado o termo “interprofissional” para designá-la.

Com relação ao trabalho interprofissional em saúde, argumenta-se que esforços em formar equipes interprofissionais colaborativas devem tomar em consideração aspectos sociais, políticos e econômicos⁽⁶⁰⁾. Reeves e autores⁽¹⁰⁾ criticam a escassez de estudos e modelos teóricos que incorporem a perspectiva sociológica no estudo do trabalho em equipe interprofissional. Assim como propõem um modelo teórico que incorpora a descrição de quatro fatores: relacional, processual, organizacional e contextual (figura 1). A representação gráfica do modelo auxilia na compreensão de como os quatro fatores são conectados e influenciam o trabalho interprofissional em equipe.

Figura 1 - Modelo para compreensão do trabalho em equipe interprofissional

Fonte: Reeves et al.⁽¹⁰⁾ (adaptação e tradução nossa).

Os fatores relacionais, processuais, organizacionais e contextuais expressam parte da complexidade do trabalho interprofissional, e apresentam potencial contribuição também para o estudo da PIC. Descrevemos a seguir os quatro fatores.

Os fatores relacionais são aqueles que afetam diretamente a qualidade das relações entre os profissionais, como: hierarquia, socialização, composição da equipe, clareza de papéis, comunicação, emoções, respeito, confiança, humor, conflitos, estabilidade da equipe, desejos individuais. Exemplo: A clareza de papéis evita que barreiras profissionais sejam infringidas e afetem as relações na equipe⁽¹⁰⁾.

Os fatores processuais são aqueles que afetam a forma como o trabalho é organizado no cotidiano das equipes, como: rotinas e rituais da equipe, uso de tecnologia da informação, tempo e espaço dedicados a melhoria do trabalho em equipe, complexidade do cuidado e mudanças nas atividades profissionais. Exemplo: Mudanças nas atividades profissionais influenciam as equipes, pois implicam em nova divisão do trabalho. As mudanças buscam equilibrar a carga pesada do trabalho de algumas profissões e prover cuidado mais flexível face à crescente demanda do sistema de saúde. Novas divisões do trabalho em equipe são

feitas para que atividades exercidas por uma determinada profissão passem a ser exercidas também por outras⁽¹⁰⁾.

Os fatores organizacionais são aqueles que afetam a organização local do ambiente de trabalho em que a equipe está inserida. Fatores como: apoio organizacional à equipe, representação profissional e medo de litígio. Exemplos: associações representantes de diferentes categorias profissionais, por meio de políticas e documentos, são reconhecidas como facilitadoras do trabalho interprofissional.

Os fatores contextuais são aqueles relacionados ao amplo cenário social, político e econômico nos quais as equipes estão inseridas, como cultura, diversidade, gênero, economia e política. Exemplo: A desigualdade de gênero, expressa na dominância masculina (na sociedade, política e economia), é um elemento-chave na compreensão da natureza das relações interprofissionais na saúde⁽¹⁰⁾.

O modelo para compreensão do Trabalho Interprofissional em Equipe em seus quatro fatores (relacional, processual, organizacional e contextual), permite reflexão acerca da complexidade do trabalho interprofissional. A fim de lidar com essa complexidade, os autores⁽¹⁰⁾ sugerem a realização de intervenções interprofissionais que promovam constante aprimoramento do trabalho em equipe, seja no campo organizacional, educacional e/ou na prática em saúde. Intervenções interprofissionais são definidas como atividades com objetivo de promover mudanças na forma como a equipe trabalha, em prol de melhorias na eficiência e qualidade da assistência prestada⁽¹⁰⁾.

Do que foi apresentado até aqui, resgataremos os termos utilizados a fim a clarificá-los conceitualmente. Tal clarificação se justifica devido a polissemia e imprecisão conceitual no estudo da PIC que acaba por dificultar o avanço na temática⁽⁴⁾. Termos como colaboração, comunicação, coordenação e trabalho em equipe são frequentemente utilizados como sinônimos entre si e sinônimos à PIC.

De acordo com Morgan, Pullon e McKinlay⁽⁶⁶⁾, a colaboração interprofissional é um termo “guarda-chuva”, que abarca dois outros termos: a PIC (utilizada para descrever a colaboração interprofissional implementada no cenário das práticas), e o trabalho em equipe, que corresponde a um nível mais profundo de trabalho compartilhado e interdependente (Figura 2).

Para Reeves et al.⁽¹⁰⁾ o trabalho interprofissional pode se dar de diferentes formas: o trabalho em equipe, a colaboração, a coordenação e o trabalho em rede. Tais formas de trabalho interprofissional se diferenciam no que diz respeito a identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Os autores propõem que na abordagem contingencial do trabalho interprofissional, as equipes se alternam entre as diferentes formas de trabalho descritas, de acordo com as necessidades locais.

O trabalho em equipe é aquele que envolve diferentes profissionais da saúde e/ou social que juntos trabalham de maneira próxima, integrada e interdependente. Tem com objetivos comuns e identidade compartilhada a fim de prover serviços e soluções em saúde⁽¹⁰⁾.

A colaboração interprofissional expressa as relações de parceria ativa entre diferentes profissionais da área social e da saúde que trabalham juntos a fim de prover serviços e soluções⁽¹⁰⁾.

Portanto, a principal diferença entre colaboração e trabalho em equipe reside na importância do compartilhamento de identidade e integração entre os profissionais.

Para o trabalho em equipe, o compartilhamento de identidade e integração entre seus membros é essencial, enquanto na colaboração interprofissional, tais aspectos são menos relevantes. Colaboração e trabalho em equipe se diferem também com relação às atividades a serem executadas. O trabalho em equipe tem como produto uma série de atividades previamente estabelecidas e que demandam respostas rápidas, urgentes, enquanto a colaboração se caracteriza como uma forma de trabalho interprofissional que responde a necessidades menos previsíveis e também menos urgentes que no trabalho em equipe. Como semelhanças, colaboração e trabalho em equipe dependem do compartilhamento de responsabilidades e interdependência entre os profissionais⁽¹⁰⁾.

Considerando as definições apresentadas, com destaque para trabalho em equipe e colaboração, a análise da literatura nos leva a seguinte interpretação: a colaboração interprofissional e trabalho em equipe são ambas formas de trabalho interprofissional. Entretanto, colaboração remete à noção de parcerias estabelecidas no cotidiano de trabalho, a fim de aprimorar o que já é produzido pelo trabalho em equipe. Para colaboração, o compartilhamento de identidade e integração entre os

profissionais são menos importantes que no trabalho em equipe. O termo colaboração abarca a PIC, que corresponde a colaboração expressa no cenário das práticas (figura 2).

Figura 2 – Relação entre colaboração interprofissional, PIC e trabalho em equipe

Fonte: Morgan, Pullon e McKinlay⁽⁶⁶⁾ e Reeves et al.⁽¹⁰⁾ (adaptação e tradução nossa).

2.2 CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE E PIC

O conceito de clima tem recebido atenção de pesquisadores da sociologia e psicologia organizacional desde a década de 60, com dilemas acerca de consenso na definição do conceito assim como formas de mensurá-lo com precisão. A literatura sobre clima tem origem na psicologia organizacional⁽⁶⁷⁾.

O estudo do clima parte da premissa que a compreensão de qualquer resultado importante em uma organização requer a percepção de uma série de eventos, práticas e procedimentos, que sob a perspectiva dos grupos, agrega útil caracterização da organização⁽⁶⁷⁾.

Ao contrário das teorias motivacionais que buscam explicações sobre comportamentos a partir da perspectiva individual, a pesquisa de clima agrega a

perspectiva de análise de grupo, com múltiplos níveis de análise para explorar a relação entre as percepções de grupo e os resultados organizacionais relevantes.

A pesquisa de clima reconhece a importância da influência dos grupos. Tanto no âmbito individual quanto organizacional, para explicação do comportamento no trabalho⁽⁶⁷⁾. No âmbito individual, o clima psicológico descrito por James e Jones⁽⁶⁸⁾ busca compreender como o ambiente de trabalho é cognitivamente representado e avaliado em termos de significado para cada indivíduo membro da organização. No âmbito das organizações, o clima organizacional pode ser definido como as “percepções e significados compartilhados sobre políticas, práticas e procedimentos que trabalhadores de uma organização vivenciam⁽⁶⁹⁾”.

A abordagem de percepções compartilhadas, com origens no clima organizacional de análise ampla de toda organização, quando aplicada ao contexto dos grupos proximais de trabalho¹ passa a ser definida como clima de equipe. Essa modalidade de estudo do clima parte da premissa de que a construção social ativa do clima se desenvolve inicialmente no âmbito das equipes, para então se tornar integrado ao nível organizacional⁽⁷⁰⁾. Isso ocorre devido maior susceptibilidade de interação e co-construção de percepções no ambiente de trabalho próximo, como em equipes^(21, 70). Em geral, há mais acordo entre as percepções do clima de equipe entre membros de uma mesma equipe do que entre equipes^(21, 71).

As percepções do clima são associadas com uma variedade de resultados importantes em nível individual, grupal e organizacional, como melhorias na performance individual no trabalho⁽⁷²⁾ e na performance organizacional^(73, 74).

O cotidiano de trabalho pode ser composto por diversos climas⁽⁶⁷⁾. Isso justifica suas diferentes abordagens com foco em uma faceta específica ou de forma global. A pesquisa de clima varia de acordo com o propósito da investigação, mas argumenta-se que estudos de clima de forma global irão conter dimensões que não são relevantes para cada estudo específico⁽⁷⁴⁾. Por essa razão, observa-se o desenvolvimento de estudos específicos de distintas dimensões de clima, como por exemplo clima para serviço^(75, 76), clima para segurança⁽⁷⁷⁾ e clima para inovação⁽²¹⁾.

Patterson e colegas⁽⁷⁴⁾ sugerem que, ao invés de manter o foco nas diferenças existentes na forma como o clima é estudado (com foco em uma faceta

¹ Grupo proximal de trabalho: equipe de contato permanente ou semipermanente a qual indivíduos pertencem, se identificam e com a qual interagem frequentemente na execução das atividades de trabalho²¹. Usualmente as equipes são compostas por não mais que 8 a 10 indivíduos.

específica ou de forma global), deve-se observar as distintas abordagens buscando compreender como contribuem para a investigação das percepções acerca do ambiente de trabalho⁽⁷⁴⁾. A abordagem global pode evidenciar subculturas e identificar efeitos de dimensões particulares em medidas específicas de resultados, como produtividade ou inovação⁽⁷⁸⁾. Enquanto a abordagem de domínios específicos contribui, mais precisamente, na obtenção de informação para uso em áreas que necessitam de melhorias⁽⁷⁴⁾.

Se o estudo do clima varia de acordo com a proposta de investigação, na APS é coerente que o estudo seja baseado nas equipes e em domínios específicos para melhorias. Ela tem o objetivo de produzir respostas inovadoras a complexidade dos serviços de saúde. O sucesso dos cuidados primários em saúde requer equipes efetivas, capazes de prestar cuidado integrado e construir o trabalho coletivo genuinamente desempenhado em equipes^(79, 80).

O TCI⁽²¹⁾ é um exemplo de como a medida do clima do trabalho em equipe tem sido operacionalizada e amplamente utilizada para avaliar e compreender os ambientes de trabalho. O TCI foi desenvolvido por Anderson e West que discorrem acerca da estreita relação entre inovação no clima das equipes com aspectos relacionados aos resultados do trabalho da equipe⁽²¹⁾. O TCI foi desenvolvido com base na teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação⁽⁵⁵⁾, que embora tenha como limitação o fato de não se atentar a influência de elementos externos à equipe, apresenta avanço conceitual ao descrever quatro fatores: (1) clareza sobre e comprometimento com os objetivos da equipe, (2) orientação para tarefas ou comprometimento para excelência do trabalho, (3) apoio para ideias novas e (4) participação segura.

As quatro dimensões da teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação envolvem a consideração de aspectos essenciais ao trabalho em equipe, tendo o processo de inovação como premissa para a melhor qualidade nos resultados, bem-estar e satisfação aos membros das equipes^(81, 82). As ideias subjacentes aos quatro fatores incluem: consideração à existência de dissenso por parte das minorias na equipe para garantir tomada de decisões compartilhadas⁽⁸³⁾, necessidade de clareza, acesso aos objetivos da equipe por parte de todos os seus membros, qualidade nas interações subjetivas no cotidiano de trabalho, padrões de comunicação, coordenação, uso da expertise de todos os membros da equipe,

identidade compartilhada, segurança psicológica e apoio entre os membros da equipe para compartilhamento do trabalho⁽⁸⁴⁾.

Em suma, a teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação é uma abordagem teórica que permite compreender atitudes e comportamentos profissionais, que podem ser úteis no estudo da PIC. Por essa razão, apresentaremos a descrição dos quatro fatores do clima de equipe em interface com os conceitos provenientes da PIC.

Participação na equipe

A participação na equipe versa sobre a capacidade dos membros da equipe de se envolverem no processo de tomada de decisões. Para isso, é necessário a percepção do ambiente como não hostil ou ameaçador⁽⁵⁵⁾, em uma atmosfera interpessoal de apoio e confiança, resultante da crença positiva sobre as competências e intenções dos membros da equipe⁽⁸⁵⁾. Como consequência, a medida que os membros da equipe participam mais na tomada de decisões (por meio de interação, compartilhamento de informações) mais eles investirão nas decisões tomadas, oferecerão apoio para aprimorar o trabalho⁽⁵⁵⁾ e serão capazes de propor inovações⁽⁸⁵⁾.

A PIC, enquanto prática social e de saúde, é considerada trabalho (segundo a vertente marxiana), construído historicamente, produzido na relação intencional entre os seres humanos e de ação. Ela visa à produção de um bem ou serviço para a sociedade, com finalidade de atender as necessidades individuais e/ou coletivas⁽⁸⁶⁾. O produto do trabalho em saúde não constitui produto material. É imaterial à medida que é consumido enquanto executado consistindo além de ação produtiva. Também atividade abstrata ligada à subjetividade e mediada pela interação social e pela comunicação⁽⁸⁷⁾. Portanto, tanto no âmbito do clima de equipe quanto da PIC é essencial lançar o olhar para a interação social e a comunicação entre os agentes de trabalho e sua forma de participação em equipe.

Com base nos princípios da teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação, podemos considerar que a interação durante a realização das atividades do trabalho possibilita a troca de informações e comunicação para que os esforços individuais sejam coordenados no alcance dos objetivos comuns⁽⁸⁸⁾. Nesse sentido, espaços para comunicação, como reuniões, trocas de informação e construções coletivas são alguns dos caminhos para que os membros da equipe participem

integralmente⁽⁵⁵⁾. A inexistência de encontros regulares, formais e informais, prejudica a troca de informações importantes relacionadas ao trabalho em equipe⁽⁸⁸⁾. Uma vez, que é por meio da interação que se confrontam as diferentes compreensões acerca das atividades desempenhadas, dos papéis de cada membro e dos objetivos da equipe⁽⁸⁹⁾. Sem efetiva interação, os membros das equipes podem divergir acerca das prioridades e dos papéis desempenhados por cada um, culminando em desentendimento, conflito, menor efetividade⁽⁸⁸⁾. O trabalho coletivo, com qualidade nas interações subjetivas no cotidiano da atenção à saúde, permite comunicação efetiva entre as pessoas envolvidas no cuidado é condição fundamental para que diferentes profissionais se articulem na participação e construção do cuidado integral^(89, 90). A comunicação efetiva, mediadora do espaço relacional, de interação⁽⁸⁹⁾, é apresentada na literatura como elemento-chave para a participação no trabalho em equipe. Segundo Peduzzi⁽²⁾, com base da teoria do agir comunicativo, é por meio da prática comunicativa que os profissionais podem argumentar de forma mútua acerca do trabalho executado e elaborar projetos comuns de acordo com as necessidades de saúde dos pacientes. Assim também na PIC, a participação na equipe, em negociações e compartilhamento de informações se faz por meio da comunicação efetiva, elemento-chave para sucesso das equipes e colaboração^(3, 11, 60, 91). A comunicação na prática interprofissional, descrita nos diversos modelos de competências colaborativas^(11, 12, 92) é caracterizada pela escuta, negociação, debate e atenção a significados não verbais, demanda respeito e transparência nas interações entre os profissionais e entre profissionais e pacientes, família, comunidade⁽¹¹⁾.

As interações entre membros da equipe e a comunicação, assim como os seus elementos facilitadores, são discutidos nos modelos de colaboração interprofissional. Martin-Rodriguez et al.⁽⁹³⁾, classificam o respeito, confiança, comunicação efetiva e espaços de escuta entre os membros de equipe como determinantes interacionais para a colaboração interprofissional. Os autores citam como determinantes organizacionais para o sucesso da prática colaborativa a necessidade de estrutura, filosofia organizacional, recursos e suporte administrativo que permitam espaços para discussões e interação frequente entre os membros da equipe.

Para D'amour e colegas⁽⁹⁾, a interação na equipe, para garantia de participação, é expressa nas dimensões colaborativas de internalização e

governança. Governança implica a necessidade de liderança para apoiar a colaboração e compartilhamento na equipe e internalização diz respeito ao reconhecimento por parte dos profissionais de seu pertencimento à equipe e necessidade de mútua confiança. Essas dimensões e alguns de seus indicadores evidenciam a importância da participação dos membros das equipes, como nas ideias de conectividade e compartilhamento de informações. A “conectividade” na equipe faz referência ao fato de indivíduos e organizações estarem interconectados, por meio de espaços para discussão e construção de ligação entre eles. Envolve sistemas de comunicação, o compartilhamento de informações que permitam a rápida, a completa troca de informações entre os profissionais viabilizem ajustes rápidos (contínuos ao trabalho) e também maior conhecimento no estabelecimento de relações de confiança para participação e colaboração⁽⁹⁾.

Compartilhar informações efetivamente é condição *sine qua non* para a PIC, dada necessidade de negociação e acordo entre diferentes expertises e áreas profissionais⁽⁴⁾. Assim, no clima de equipe, negociar implica em explorar e analisar as opiniões contrárias para construção de “controvérsia construtiva”. No qual, sugerir algo diferente não significa competição e/ou tentativa de domínio do grupo⁽⁸⁵⁾. Na PIC há o termo “conflito positivo”, utilizado para interpretar as diferenças de opiniões como algo a ser encorajado para interações construtivas⁽¹¹⁾. Uma vez que conflitos podem emergir nas negociações sobre objetivos e papéis na equipe, é necessário que profissionais/estudantes, pacientes/família/comunidade saibam lidar com os desacordos entre si. A esse respeito, Orchard et al.⁽⁶⁴⁾ propõem, em modelo de competências para a colaboração interprofissional, a relevância da dimensão de resolução de conflitos interprofissionais⁽¹¹⁾.

O fator de participação se relaciona com a PIC à medida que analisa: frequência de interação formal e informal na equipe, a influência mútua entre seus membros, compartilhamento de informações, e segurança em participar nas equipes. Entretanto, destacamos o fato de que o clima de equipe se destina às observações da equipe profissional. Enquanto a PIC preconiza o envolvimento de mais atores às equipes: os pacientes, família e comunidade. Conforme apresentado anteriormente, a orientação das equipes para o cuidado centrado na pessoa é inclusive um dos indicadores e domínio de competência para a colaboração interprofissional^(9, 11).

Objetivos da equipe

O fator dos objetivos no clima de equipe suscita informação sobre a clareza, compartilhamento, acesso e valores relacionados aos objetivos da equipe, elementos fundamentais para integrar conhecimento e diversidade de habilidades na realização do trabalho⁽⁸⁵⁾. Nos subitens desse fator, além das informações descritas acima, os respondentes são questionados sobre a percepção do comprometimento dos colegas com os objetivos da equipe⁽²¹⁾.

O processo de trabalho ocorre em uma rede de processos que se alimentam reciprocamente, no campo da saúde diferentes áreas profissionais encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência⁽⁹⁴⁾. A noção de ponto de confluência nas necessidades dos pacientes remete a aproximação entre clima de equipe e PIC: existência de objetivo comum em torno do qual se organiza o trabalho coletivo, em equipes, entre equipes e entre equipes e serviços.

Na perspectiva do clima de equipe, a literatura apresenta a clareza nos objetivos como principal preditor para efetividade na equipe. Portanto, os objetivos devem ser compreendidos e compartilhados por todos os membros da equipe e construídos a partir do envolvimento de toda equipe⁽⁹⁵⁾. Especialmente no contexto da saúde, a clareza e comprometimento com os objetivos da equipe são associados a altos níveis de inovação^(85, 96). Entre os elementos-chave na elaboração dos objetivos recomenda-se que as equipes não tenham mais que seis ou sete objetivos e estabeleçam um cronograma para alcance dos objetivos. Sugere-se ainda que as equipes tenham um objetivo destinado a melhoria do trabalho de sua equipe com outras equipes de serviços e organizações com as quais o trabalho é compartilhado⁽⁹⁵⁾.

Em estudo sobre a relação do processo de equipe e efetividade da atenção, o fator de objetivos da equipe foi o de maior associação com efetividade⁽⁹⁷⁾. O fator foi também considerado preditor de eficiência organizacional e atenção centrada no paciente⁽⁹⁷⁾. Entretanto cabe considerar a limitação teórica do estudo por utilizar medidas de efetividade baseadas apenas na percepção dos próprios profissionais.

De acordo com a “Teoria de Elaboração de Objetivos e Motivação para Tarefas”, os objetivos de equipe precisam ser claros, realistas e ao mesmo tempo desafiadores, a fim de envolver e motivar os membros em busca da máxima efetividade⁽⁹⁸⁾. Os objetivos podem ser facilitados pelo líder da equipe que deve

auxiliar o acordo de mecanismos para *feedbacks* regulares sobre os objetivos atingidos; explorar recursos e treinamentos necessários para que os membros da equipe possam atingir seus objetivos; valorizar os objetivos conquistados; apoiar objetivos prioritários quando necessário; desenvolver planos de ação e gerenciamento de tempo para alcance dos objetivos da equipe⁽⁸⁸⁾.

Na perspectiva da PIC, os objetivos da equipe são descritos como domínios da colaboração e indicadores relacionados aos valores profissionais, com referência ao consenso e natureza dos objetivos⁽⁹⁾. Identificar e compartilhar objetivos comuns é um ponto de partida essencial para o agir colaborativo, e determinante interacional para o sucesso da colaboração interprofissional⁽⁹⁾. Argumenta-se que o objetivo mais provável para reunir os diferentes atores sociais é a promoção do cuidado centrado no paciente, como forma de responder as necessidades de saúde e ponto comum em que diferentes profissionais e serviços podem concordar^(9, 12, 64). Esse objetivo é desafiador pois implica em uma transformação de valores e práticas que por si só caracteriza uma proposta inovadora⁽⁹⁾.

Orientação para tarefas

A orientação para tarefas diz respeito a responsabilidade individual e da equipe em seu compromisso para o desempenho de atividades com excelência, ou orientação do trabalho para qualidade. Busca identificar o apoio existente para adoção de melhorias nas políticas, processos e métodos que favoreçam a realização do trabalho. É caracterizado por avaliações, análise crítica e outras formas de controle e análise do desempenho das ações⁽⁵⁵⁾.

Sob a perspectiva do clima de equipe, para que os profissionais executem suas atividades de forma criativa e bem-sucedida, é preciso decidir quais delas serão prioritárias. De acordo com West e Markiewicz⁽⁸⁸⁾, ao planejar as atividades, as equipes devem refletir acerca de quais delas serão melhor desempenhadas em equipe, e quando necessário, planejar a adaptação de atividades individuais para o trabalho em equipe⁽⁸⁸⁾, envolvendo seus membros.

O processo de envolvimento dos membros de uma equipe em refletirem sobre si mesmos, seus processos e seus desempenhos é denominado reflexividade. Isso é fundamental para efetivar mudanças necessárias no trabalho em equipe⁽⁹⁹⁻¹⁰¹⁾.

West propõe que a reflexividade pode ser um dos elementos indicativo de efetividade em equipe⁽⁹⁵⁾. Notavelmente, contribuir para os melhores resultados e

processos de inovação⁽¹⁰²⁾ envolve o fato das equipes rotineiramente reservarem tempo para reflexão sobre suas estratégias, processos de trabalho e mudanças necessárias⁽¹⁰³⁾. Segundo Walsh⁽¹⁰⁴⁾, a reflexão na PIC possibilita o trabalho em parceria com pacientes e colegas de equipe, por facilitar o cuidado integrado, contínuo desenvolvimento e aprendizado na equipe.

O processo de identificação de demandas e suas consequências no cotidiano das equipes, pode contribuir para que os profissionais localizem quais as lacunas entre as situações esperadas e as encontradas⁽¹⁰²⁾, como um auto-monitoramento do trabalho, que alerta quando a atividade a ser executada demanda maior mobilização da capacidade da equipe⁽¹⁰²⁾ e planejamento de medidas para melhoria do cuidado⁽¹⁰²⁾.

Na PIC, a busca por melhoria na qualidade da assistência ou excelência nas atividades, envolve aspectos de 'formalização'. De acordo com D'amour et al.⁽⁹⁾, 'formalização' é uma dimensão para colaboração interprofissional e meio de clareza sobre as responsabilidades, papéis e expectativas dos membros da equipe. Envolve negociação de como as responsabilidades são compartilhadas, o que implica em ação reflexiva a fim de avaliar as atividades e trabalho em busca de excelência. A clareza de papéis entre membros da equipe pode ser facilitada pela liderança colaborativa.

D'amour et al.⁽⁹⁾ descrevem a liderança como um dos indicadores de colaboração interprofissional, que pode ser exercida tanto por gerentes, delegados a essa função, quanto por profissionais que espontaneamente assumem a liderança compartilhada e consentida em equipe. Mesmo quando a liderança é relacionada a uma posição, o poder não deve ser concentrado em uma única pessoa. Todos precisam se sentir aptos a contribuir com suas opiniões⁽⁹⁾ para maior qualidade nos desempenhos das ações no trabalho. Enquanto competência para a colaboração interprofissional, a liderança colaborativa integra princípios de melhoria contínua da qualidade nos processos de trabalho e resultados⁽¹¹⁾.

O clima de equipe positivo requer dos indivíduos e equipes responsabilidade para a realização de atividades com excelência⁽²¹⁾. Da mesma forma acontece na PIC, onde cada membro da equipe é responsável pelo desempenho de um papel, que quando compreendido na equipe, permite organizá-la de acordo com as potencialidades individuais, usando o conhecimento apropriado de cada profissão para estabelecer e atender as necessidades de saúde⁽¹¹⁾. A compreensão entre

membros da equipe, acerca da sua dinâmica e de seu processo do trabalho em equipe, a torna hábil a efetiva colaboração interprofissional na equipe⁽¹¹⁾.

O fator de orientação para tarefas se relaciona a PIC à medida que analisa a reflexividade das equipes, apoio organizacional e local para melhorias nos processos e clareza de papéis entre os membros da equipe. Interpreta-se que tais aspectos estão relacionados a divisão de trabalho e a forma como as equipes orientam a realização de suas atividades: o trabalho fragmentado ou para qualidade da assistência, pautada na colaboração entre os profissionais. O clima favorável ao trabalho em equipe ocorre quando os membros acreditam em sua interdependência como forma de recompor o trabalho fragmentado e desenvolvem ações integradas pautadas na cooperação⁽¹⁰⁵⁾, assim como se propõe a prática interprofissional colaborativa.

Apoio para inovação

O fator de apoio a ideias novas refere-se à expectativa, aprovação e apoio prático para as tentativas de cada membro e da equipe em introduzir novas formas ou aprimoramento na execução de atividades no ambiente de trabalho⁽⁵⁵⁾.

Anderson e West discorrem acerca da estreita relação entre a faceta inovação no clima das equipes com aspectos relacionados aos resultados do trabalho da equipe⁽²¹⁾. Nesse sentido, o processo de inovação é associado a melhor qualidade no cuidado, bem-estar e satisfação aos membros das equipes^(81, 82)

Inovação é compreendida como uma categoria particular de mudança, por ser intencional e concebida para beneficiar através da introdução de ideias novas, processos, produtos ou procedimentos em uma equipe ou organização⁽¹⁰⁶⁾. Essa definição destaca o valor social da inovação que se refere aos benefícios que ela produz e não apenas sofisticação tecnológica ou novidade⁽¹⁰⁷⁾. Engloba criatividade e o próprio processo de implementação da inovação⁽¹⁰⁸⁾.

No âmbito do SUS, aumentar a oferta de serviços de forma indiscriminada não resolve a inconsistência entre a oferta de serviços e necessidades de saúde. Por essa razão, a introdução de novas práticas, instrumentos e maneiras de realizar a atenção à saúde são necessárias para o cuidado integrado, eficiente e equitativo. Portanto, a inovação é descrita como componente central da gestão no SUS, e representa a busca por introdução de mudanças que resultem em melhorias na qualidade, eficiência e satisfação dos usuários⁽¹⁰⁷⁾.

O trabalho em equipe nas organizações de saúde demanda por constante inovação⁽⁸⁸⁾. Para isso, considera-se o investimento em recursos para o desenvolvimento profissional como um subcomponente do processo inovador.

O desenvolvimento profissional é associado a motivação para o trabalho em equipe e aprendizado entre os próprios membros da equipe, elementos potenciais para efetividade e inovação⁽⁸⁸⁾.

Na teoria dos quatro fatores do clima de equipe para inovação, o fator de “Apoio à ideias novas” refere-se a captar se as inovações sugeridas nas equipes têm sido tratadas de forma séria e com devido tempo e recursos necessários. Dentro das equipes, novas ideias podem ser rotineiramente rejeitadas ou ignoradas, assim como podem ser encorajadas verbalmente ou ter apoio prático⁽¹⁰⁹⁾. A rejeição a novas ideias pode estar relacionada a conflitos nas equipes. As organizações com departamentos destinados a resolução de conflitos e com objetivo claro de trabalho para efetivação de mudanças têm a implementação de novas ideias facilitada. Uma vez que o ímpeto por mudança não se concentra em um indivíduo, mas na equipe e por isso tem-se menos rivalidade e desconfiança⁽⁸⁸⁾.

Na PIC, o apoio para inovação é um dos indicadores para a colaboração efetiva. Estudo aponta que o mais alto nível de colaboração se encontra em equipes que utilizam sua expertise para promover a introdução de inovação e colaboração⁽⁹⁾. Assim como, utilizam ferramentas de formalização, como acordos e regras coletivamente construídas que fomentem a colaboração e inovação⁽⁹⁾, compreendendo que mudanças que favoreçam a prática colaborativa são comparáveis àquelas para implementação de inovação⁽⁹⁾.

O fator apoio para ideias novas se relaciona a PIC por incluir em seus subitens a análise do quanto os membros das equipes são capazes de estabelecer mudanças e inovações em processos institucionalizados, com apoio à autonomia de seus membros. Da mesma forma, como a comunicação expressa na formalização de ferramentas que suportem a inovação no trabalho em equipe.

3. Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a PIC em equipes da APS com diferentes perfis de clima do trabalho em equipe.

3.1.1 Objetivos específicos da fase quantitativa

- Aferir o clima do trabalho em equipe e seus fatores;
- Descrever características de equipes com diferentes perfis de clima:

3.1.2 Objetivos específicos da fase qualitativa

- Analisar as percepções dos membros das equipes com diferentes perfis de clima sobre as relações na equipe, organização do trabalho em equipe e ACP.
- Compreender a percepção dos profissionais acerca da prática interpessoal colaborativa.

4. Metodologia

4 METODOLOGIA

A metodologia refere-se ao caminho necessário para estudo do objeto em investigação. Isso inclui as concepções teóricas e técnicas a serem utilizadas para compreender a realidade em estudo⁽¹¹⁰⁾. A escolha metodológica baseou-se na natureza do problema estudado, a PIC, no contexto da APS brasileira.

Inicialmente, optou-se pela abordagem quantitativa de pesquisa para aproximação com objeto de estudo e identificação do clima no trabalho em equipe. Entretanto, apenas os dados quantitativos não permitiriam a compreensão do objeto de estudo em sua totalidade e contexto. Por essa razão, justificou-se o desenvolvimento de estudo qualitativo a fim de compreender as percepções dos profissionais acerca de sua experiência na prática interprofissional, na Organização e Sistema de Saúde⁽¹¹¹⁾.

Enquanto a pesquisa quantitativa busca por explicações e controle de variáveis, a qualitativa visa compreensão de um dado contexto e das relações entre seus elementos e os sujeitos que participam dos processos. Argumenta-se que a diferença entre as pesquisas qualitativas e quantitativas residem principalmente na busca por causas (quantitativo) ou por acontecimentos e compreensão (qualitativo)⁽¹¹²⁾

Stake⁽¹¹²⁾ apresenta as três maiores diferenças entre estudos quantitativos e qualitativos:

“(1) a distinção entre explicação e compreensão; (2) a distinção entre o papel pessoal e impessoal do pesquisador, e (3) a distinção entre conhecimento descoberto e conhecimento construído” (p. 37).

Embora a utilização de diferentes paradigmas em um mesmo estudo resulte em debate entre pesquisadores, discorre-se sobre a potencialidade do uso de ambos paradigmas para compreensão em profundidade dos objetos de estudo⁽¹¹³⁻¹¹⁵⁾. Tendo como premissa central, o fato de que a combinação das pesquisas qualitativa e quantitativa pode prover melhor entendimento acerca do problema de pesquisa se comparado ao uso da pesquisa qualitativa e quantitativa isoladamente⁽¹¹⁶⁾.

4.1 MÉTODO MISTO

Trata-se de um estudo de método misto sequencial explanatório. A escolha por esse design de pesquisa justifica-se pelo objetivo de avaliar padrões na amostra estudada por meio dos dados quantitativos, e também compreender o contexto ou razões envolvidas nos padrões observados⁽¹¹⁶⁾.

O nome do design misto sequencial explanatório é baseado nos tipos de métodos misto de pesquisa propostos por Creswell e Clark⁽¹¹⁶⁾. Argumenta-se que a nomeação de tipos de design é uma vantagem metodológica, por demonstrar o rigor na escolha do método, assim como clarear a natureza e intenção do estudo⁽¹¹⁷⁾. Entretanto cabe considerar que o presente estudo não se limita a uma explicação.

O design misto sequencial explanatório consiste em duas fases distintas: quantitativa seguida de qualitativa, sendo dado maior enfoque a pesquisa qualitativa. Esse método é indicado quando o pesquisador deseja maior compreensão acerca dos resultados quantitativos. Assim como investigar performances exemplares ou resultados surpreendentes. O método também pode ser utilizado quando o pesquisador deseja formar grupos com base nos dados quantitativos e dar seguimento na pesquisa qualitativa com os grupos selecionados⁽¹¹⁶⁾.

Apesar da crescente popularidade e precisão proposta pelo método misto a execução desse método de pesquisa não é simples⁽¹¹⁴⁾, assim como esse método não se destina a todas as perguntas de pesquisa. Ao optar pelo desenho misto de pesquisa o pesquisador deve considerar:

- Se possui instrumentos para medir os constructos de interesse primário;
- Se tem tempo suficiente para conduzir um estudo em duas fases;
- Se terá acesso aos participantes para uma segunda etapa de coleta de dados, e se com base nos dados quantitativos é capaz de desenvolver novos questionamentos que não poderiam ser respondidos apenas com os dados quantitativos⁽¹¹⁶⁾.

Com relação aos pressupostos filosóficos, o estudo tem início com a pesquisa quantitativa, de orientação pós-positivista, e na fase qualitativa faz-se necessária a reorientação da pesquisa sob o paradigma construtivista⁽¹¹⁶⁾.

4.1.1 Integração dos dados quantitativos e qualitativos

De acordo com Bryman^(118, 119), poucos estudos de método misto discorrem sobre a forma de integrar as pesquisas quantitativas e qualitativas. Assim como são escassos os modelos teóricos para guiar a fase de integração dos dados. Em pesquisa realizada entre os anos de 1994 e 2003⁽¹¹⁸⁾, o autor afirma que entre os estudos de método misto identificados no período apenas 18% genuinamente articularam os achados quantitativos e qualitativos. O estudos de design transversal foram os que predominaram na coleta de dados qualitativos e quantitativos⁽¹¹⁸⁾, o que implica na quantificação de dados qualitativos.

Atualmente, autores problematizam que a integração entre métodos quantitativos e qualitativos continua como uma questão não resolvida^(120, 121). Embora sejam listados benefícios da triangulação de dados provenientes de diferentes paradigmas, problematiza-se que até mesmo autores clássicos como Denzin⁽¹²²⁾ e Smith⁽¹²³⁾ não deixam claro como diferentes métodos podem ser integrados⁽¹²⁴⁾.

A forma inicial cogitada para integração dos dados quantitativos e qualitativos no presente estudo foi a triangulação dos dados. A triangulação de dados quantitativos e qualitativos apresenta-se como uma possibilidade de convergência, corroboração e correspondência entre resultados providos por diferentes métodos^(113, 118). Autores argumentam o uso da triangulação como forma de garantir a acurácia nos estudos. Sendo considerada medida de validade^(122, 125) definida como “processo de validade onde pesquisadores procuram por convergência entre múltiplos e diferentes tipos de fontes de informação para formar temas ou categorias em um estudo”⁽¹²⁶⁾. A triangulação é definida ainda como processo superior a uma medida de confiabilidade e validação convergente, sendo então considerada como possibilidade de capturar de forma holística e completa um dado contexto em estudo⁽¹²⁴⁾.

Considera-se, portanto, a triangulação como um processo com potencial contribuição para a validade do estudo e enriquecimento da compreensão acerca do tópico em investigação. Entretanto, ao utilizar paradigmas qualitativos e quantitativos em um mesmo estudo cabe observar suas diferenças epistemológicas e ontológicas⁽¹¹³⁾ antes de buscar comparações entre tais paradigmas. É necessário compreender que o uso da triangulação depende da posição filosófica do

pesquisador⁽¹¹³⁾. A seguir, dois exemplos de estudos em que os dados quantitativos e qualitativos foram integrados.

Como primeiro exemplo, cita-se o estudo de design misto sequencial exploratório (quali-QUANTI) acerca do trabalho em equipe. Com ênfase na fase quantitativa, os achados qualitativos, provenientes de entrevistas, foram categorizados e quantificados, o que permitiu a comparação com os resultados quantitativos da segunda fase por meio de análise estatística bivariada⁽¹¹⁵⁾. Os autores denominam a terceira etapa do estudo como triangulação dos dados.

Em um segundo exemplo, de estudo de design misto sequencial explanatório (quanti- QUALI), observa-se a integração das fases qualitativas e quantitativas durante a discussão dos resultados gerais do estudo (resultados quantitativos + achados qualitativos). A terceira fase do estudo é descrita como um “retorno” aos dados quantitativos e qualitativos em busca de compreensão ampla do objeto de estudo⁽¹¹⁴⁾, denominada pelos autores como fase de integração dos dados.

A integração dos dados considera a terceira fase do estudo como uma análise dos resultados quantitativos (que permitiram quantificar dimensões de forma objetiva) e dos achados qualitativos (em suas contribuições para interpretação das facetas subjetivas do objeto de estudo). Não se busca quantificar os achados qualitativos, mas sim compreendê-los, integra-los aos resultados quantitativos em busca da identificação de conexões ou contradições entre eles, utilizando interpretação e análise crítica.

4.1.2 Desenho misto

No presente estudo, a escolha pelo método misto buscou responder às seguintes questões:

Pergunta de pesquisa do método misto: Qual a percepção dos profissionais de equipes com diferentes perfis de clima de trabalho em equipe sobre a prática colaborativa na APS?

Pergunta de pesquisa da etapa quantitativa:

- Quais os perfis de clima do trabalho em equipe encontrados em equipes da APS?

Pergunta de pesquisa da etapa qualitativa:

- Qual a percepção dos profissionais da APS sobre a PIC?

Na primeira etapa, quantitativa, foi realizada coleta e análise dos dados. Esta etapa permitiu caracterização dos profissionais, a investigar a percepção compartilhada acerca do trabalho em equipe e PIC possibilitando distinguir dois perfis de equipes (A e B) com base nos quais se desenvolveu a segunda etapa da pesquisa.

A segunda etapa da pesquisa, estudos de casos múltiplos, foi desenvolvida em quatro equipes representantes do perfil A e B. Além de permitir a seleção de equipes participantes para os estudos de caso, os dados da primeira fase foram utilizados para composição do roteiro de entrevistas. Nessa fase realizou-se a coleta e análise dos dados qualitativos⁽¹¹⁶⁾.

Na terceira etapa buscou-se interpretar de que forma os achados da pesquisa qualitativa ajudaram a compreender os achados quantitativos, e vice-versa. Nessa fase, são apresentadas conclusões e reflexões possíveis a partir dos resultados quantitativos e achados qualitativos⁽¹¹⁶⁾. A figura 3 apresenta o diagrama do desenho metodológico adotado. Cada uma das etapas listadas será detalhada posteriormente, nas seções dedicadas a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa.

4.1.3 Aspectos éticos

Este estudo respeita as normas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Processo número 561.821 (Anexo 1). Também foi autorizada pela Secretaria de Saúde de Embu das Artes (Anexo 2), e por todos participantes que assinaram o TCLE. Foi garantido a todos sujeitos envolvidos informação sobre o objeto em investigação, sigilo com relação aos dados obtidos e anonimato dos sujeitos, que ao concordarem em participar, assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) na fase quantitativa e qualitativa da pesquisa.

Figura 3 - Diagrama do desenho sequencial explanatório

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

4.2 ETAPA QUANTITATIVA

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.

4.2.2 Objetivos específicos

- Identificar o clima do trabalho em equipe e seus fatores;
- Descrever características de equipes com diferentes perfis de clima;

4.2.3 População e amostra

A composição da amostra baseou-se na escolha das Unidades Básicas de Saúde, equipes e profissionais de saúde. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

1) Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos.

2) Trabalhadores que atuassem na ESF em equipes completas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁴⁾ (MS), isto é, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, mínimo de três agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal ou técnico em higiene dental). Equipes completas, porém, sem equipe de saúde bucal também integram o critério de inclusão.

3) Trabalhadores que atuassem na respectiva equipe há no mínimo seis meses.

Para definição da amostra foram coletadas informações que permitissem aplicar os critérios de inclusão. As informações foram cedidas por meio de contato telefônico e e-mails com a Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes.

De acordo com os critérios de inclusão foram selecionadas a participar do estudo as nove Unidades da ESF com 18 equipes completas, somente duas delas

não possuíam equipes de saúde bucal. A partir de então, buscou-se a formação de uma amostra padrão, ou seja, incluindo todos os casos/profissionais⁽¹²⁷⁾.

Com base nas equipes selecionadas, procedeu-se cálculo do número estimado de participantes (soma dos profissionais/equipe). O total de participantes estimados para essa fase da pesquisa foi de 197 profissionais da saúde (figura 4).

Figura 4 - Critérios para seleção da amostra

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Observou-se que mesmo nas equipes completas há no mínimo seis meses havia um ou dois profissionais com período na equipe inferior há seis meses.

Considerando o número de participantes pequeno e com receio de reduzir ainda mais a amostra (devido a possibilidade de recusa por parte dos participantes ou não disponibilidade dos mesmos em participar da pesquisa), optou-se por entrevistar todos membros das equipes, mesmo aqueles com menos de seis meses na equipe. Ao final da coleta de dados, o perfil dos entrevistados foi revisto a fim de verificar a viabilidade em manter na amostra apenas os trabalhadores que atuavam na respectiva equipe há no mínimo seis meses.

Após o termino da coleta de dados observou-se que 10% dos entrevistados (N=160) possuíam menos de seis meses na equipe. Optou-se então por proceder a análise estatística apenas com os profissionais que se encaixavam no critério de inclusão inicial, de atuação na equipe há no mínimo seis meses (N=144).

4.2.4 Instrumento

Para caracterização dos profissionais de saúde, foram coletadas, em formulário estruturado, as seguintes informações de caracterização: idade, sexo, formação, curso de especialização ou aprimoramento em atenção primária, tempo na equipe, tempo na instituição (apêndice B).

Para medir o clima de trabalho em equipe foi aplicada a Escala de Clima do Trabalho em Equipe (ECTE)⁽¹²⁸⁾, trata-se da versão adaptada e validada a Língua Portuguesa falada no Brasil do TCI⁽²¹⁾.

A escala original TCI é de autoria de pesquisadores ingleses Anderson e West⁽²¹⁾. Constitui-se em um instrumento de medida psicométrica para avaliação multifacetada da natureza do clima de equipe. O TCI é disponível comercialmente e para fins de pesquisa desde 1994, tem como finalidade permitir a descrição e diagnóstico do clima nas equipes. Visa contribuir para ações de melhoria do desempenho das equipes⁽¹²⁹⁾. O instrumento é utilizado no contexto da APS, e foi adaptado e validado em diversos países como Itália, Grécia, Noruega, Espanha, Suécia, Taiwan^(28, 30, 130-133) e outros.

A origem do instrumento é baseada nos conceitos de concepções compartilhadas e clima organizacional, aplicados por Anderson e West no desenvolvimento da teoria dos quatro fatores de clima para inovação no trabalho em equipe. Os quatro fatores propostos são: 1. Participação na equipe; 2. Apoio para ideias novas; 3. Objetivos da equipe e 4. Orientação para tarefas.

O primeiro fator, Participação na equipe, versa sobre a capacidade dos membros da equipe de se envolverem no processo de tomada de decisões. Para isso, é necessário a percepção do ambiente como não hostil ou ameaçador⁽⁵⁵⁾. Na ECTE (Anexo 3) o fator de participação é composto por 12 itens, que se referem a frequência de interação entre os membros da equipe, a influência mutua e o compartilhamento de informações.

O segundo fator, Apoio para ideias novas, refere-se à expectativa, aprovação e apoio prático para as tentativas de cada membro e da equipe em introduzir novas formas ou aprimoramento na execução de atividades no ambiente de trabalho. Esse fator é composto por oito itens que versam sobre o encorajamento e apoio prático para ideias novas.

O terceiro fator, Objetivos da equipe, é composto por 11 itens que suscitam informações sobre a clareza, compartilhamento, acesso e valores relacionados aos objetivos da equipe. Nesse fator, os respondentes são também questionados sobre a percepção do comprometimento dos colegas com os objetivos da equipe⁽²¹⁾.

O quarto fator, Orientação para tarefas diz respeito a responsabilidade individual e da equipe em seu compromisso para o desempenho de tarefas com excelência. Os 7 itens que compõem esse fator se referem ao comprometimento e monitoramento da equipe para o alcance de altos padrões de qualidade nas tarefas desempenhadas.

Os quatro fatores são apresentados tanto em forma de perguntas quanto afirmativas no formato de escala do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente) no fator 1 e 2, e com três alternativas de resposta nos fatores 3 e 4.

Os fatores da escala são compostos por subitens, ou seja, questões que investigam determinados aspectos do clima. Na figura 5, é possível observar os quatro fatores, seus respectivos subitens e questões.

Figura 5 –Fatores da escala de clima para o trabalho em equipe, sub-itens e questões

Fonte: Anderson e West⁽¹³⁴⁾ (adaptação e tradução nossa).

A escala demonstra ser preditora de aspectos da qualidade no cuidado em saúde^(135, 136) e efetividade no trabalho em equipe⁽¹³⁷⁾. Os autores da ECTE sugerem que o clima de equipe é uma variável possível de ser mensurada, e a partir disso elaborar mudanças para melhor efetividade no trabalho em equipe⁽¹³⁸⁾. O clima no trabalho em equipe é associado a melhores resultados na qualidade do cuidado e a satisfação dos pacientes, como observado em estudo empírico sobre a qualidade no cuidado prestado a pacientes com condições crônicas⁽¹³⁵⁾.

Como limitação ao uso do ECTE há reconhecimento de que a medida de qualquer constructo complexo, como o de clima de equipe, consiste em um desafio metodológico, em que se recomenda uso de métodos qualitativos isolados ou em combinação com métodos quantitativos para melhor compreensão dos caminhos complexos de interação nas equipes⁽²²⁾. A exemplo, autores de estudo sobre o clima no trabalho em equipe observaram achados que não corroboram a associação entre clima e qualidade do cuidado. Sugerem a necessidade de modelos mais complexos para compreensão do impacto do clima do trabalho em equipe nos resultados do cuidado em saúde⁽²²⁾.

Contudo, a escala ECTE vem se mostrando um instrumento de destaque na avaliação do clima para inovação em equipes de diversos contextos, dada a relevância dos quatro fatores mensurados, segundo as percepções compartilhadas em equipes. A escolha desse instrumento de pesquisa foi baseada na validação nacional e internacional da ECTE e na possibilidade de utilizar o estudo dos quatro fatores na compreensão da PIC.

4.2.5 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta, foi realizada apresentação do projeto em reunião geral de gerentes das Unidades Básicas de Saúde/ESF, e agendamento de visita às unidades por meio de contato telefônico. A visita teve por objetivo a apresentação do projeto às equipes de saúde e identificação de períodos ou a melhor estratégia para aplicação do ECTE aos membros das equipes selecionadas para o estudo.

O momento de aplicação do instrumento, foi precedido por uma breve explicação sobre o preenchimento. Nesse momento, foram explicados: os cuidados

éticos do estudo; a garantia de confidencialidade, anonimato dos sujeitos envolvidos e orientações práticas a fim de evitar perdas, provenientes de questões em branco ou duplamente preenchidas. Foram entregues aos participantes os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) e somente após o devido preenchimento e esclarecimentos a coleta dos dados teve início.

A pesquisadora esteve presente durante a aplicação e disponível para responder a dúvidas referentes a vocabulário ou ideia apresentada nos itens da ECTE.

O preenchimento de todos os instrumentos foi conferido a fim de identificar a presença de itens não respondidos ou duplamente respondidos, tanto referentes aos dados de identificação quanto nos itens da ECTE. Tais inadequações no preenchimento foram verificadas inicialmente pelo pesquisador e posteriormente por um auxiliar de pesquisa, previamente treinado com explicação acerca dos objetivos do estudo, da ECTE e dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa. O auxiliar de pesquisa acompanhou a coleta de dados com a finalidade de auxiliar na verificação dos questionários. Assim como auxiliar na entrega, recolhimento dos instrumentos, oferecimento de caneta aos participantes e cronometragem do tempo de duração da coleta de dados.

A coleta de dados teve duração de 5 meses (junho a outubro de 2014). Foram entrevistados 160 profissionais das 18 equipes participantes. Dentre os motivos para não realização de entrevista com os demais 37 profissionais da amostra observou-se: 1 recusa, férias e/ou licença prêmio, não disponibilidade em participar devido agenda de atividades da própria Secretaria Municipal de Saúde (como reuniões, treinamentos e outras atividades externas a Unidade de Saúde).

Os trabalhadores manifestaram interesse no tema da pesquisa e questionaram a pesquisadora acerca da devolutiva e resultados provenientes de sua participação.

A maioria dos gerentes optou pela aplicação da ECTE no mesmo dia da apresentação do projeto às suas respectivas equipes. A aplicação da escala ocorreu durante as reuniões de equipe e teve duração aproximada de 10 a 15 minutos. Por se tratar de um ambiente comum e compartilhado, foi solicitado aos trabalhadores a importância de que expressassem suas respostas de forma individual, mas observou-se que durante o preenchimento emergiram debates entre os trabalhadores acerca das questões propostas no instrumento.

Os trabalhadores ausentes nos momentos das reuniões de equipe (envolvidos em outras atividades da UBS ou ausentes da UBS) foram posteriormente apresentados ao projeto de pesquisa e convidados a participar. A aplicação da ECTE nesses casos também foi acompanhada pelo pesquisador. Para alguns profissionais foi acordado o recolhimento do instrumento em outra data ou horário, a fim de não prejudicar a rotina de atendimentos. As consultas médicas, odontológicas e acolhimentos foram as atividades que mais frequentemente excluíram os profissionais das reuniões de equipe. Os motivos de ausência na UBS no momento da coleta de dados foram férias, folga, ou participação de atividades externas, como curso e reuniões.

Em apenas uma das equipes o gerente pediu adiamento da apresentação da pesquisa à equipe por três vezes consecutivas. Por fim, solicitou que o instrumento fosse deixado com a enfermeira da equipe, que coordenaria o preenchimento. O gerente foi informado sobre a participação voluntária e a não obrigatoriedade de sua equipe em participar da pesquisa, porém manteve a manifestação de interesse. Nesse caso, a fim de não prejudicar a rotina da equipe optou-se por apresentar o projeto a enfermeira da equipe, conforme sugestão do gerente, disponibilidade e aceite da enfermeira. Foi então realizada explicação acerca da finalidade da ECTE, as dúvidas mais frequentes e os cuidados éticos envolvidos. Após cinco dias os instrumentos foram recolhidos pela pesquisadora, devidamente preenchidos.

Com relação ao vocabulário e interpretação da ECTE, a dúvida mais frequente apresentada pelas equipes foi com relação ao significado da expressão “nos influenciemos mutuamente” do item 3 do fator Participação da equipe. A inclusão desse item é problematizada na literatura de adaptação transcultural e validação da ECTE ^(128, 131, 139). Na versão brasileira da escala, o item “nos influenciemos mutuamente” foi mantido após consulta aos autores da escala original. Entretanto, observou-se que esse foi o item de carga fatorial mais baixa quando comparado aos demais itens da escala ⁽¹²⁸⁾. Nas versões de validação da Grécia ⁽¹³¹⁾ e Holanda ⁽¹³⁹⁾ o item foi excluído, por apresentar baixa relação com os demais itens do fator de Participação da equipe. As dúvidas dos participantes do estudo no item 3 da escala pode estar relacionado à interpretação negativa ou positiva do termo “influenciamos” ^(128, 140).

Ainda sobre o vocabulário e interpretação da ECTE, preconizou-se o oferecimento de auxílio na leitura do instrumento para os profissionais do Programa

Mais Médicos (PMM). Tal iniciativa justifica-se pelo fato de estarem incluídos na amostra nove profissionais não brasileiros e residentes no país por período inferior há um ano. Apenas dois profissionais do Programa aceitaram auxílio na leitura.

Durante o preenchimento da ECTE, um questionamento comum em diferentes equipes (inclusive de diferentes UBS) foi acerca da participação das equipes de saúde bucal na equipe de saúde da família. Os trabalhadores questionavam se suas respostas deviam estar baseadas ao trabalho de suas respectivas equipes ou das suas equipes e da saúde bucal, denominadas “a odonto”. Alguns trabalhadores expressaram que se incluíssem a opinião do trabalho realizado em conjunto com os trabalhadores de saúde bucal as respostas seriam diferentes, pois apresentavam um padrão de pouca ou nenhuma interação com as equipes de saúde da família. As equipes foram esclarecidas de que a ECTE deveria ser respondida tomando em consideração as equipes tal como descritas pelo MS, incorporando a saúde bucal como parte da equipe.

Observou-se que diferente dos demais profissionais, a forma de inclusão da equipe de saúde bucal variava de acordo com o número de equipes na UBS. Em suma, o atendimento da equipe de saúde bucal era determinado de acordo com a população cadastrada na UBS e não vinculado a somente uma das equipes de saúde da família. Observou-se que nove profissionais das equipes de saúde bucal atendiam a mais de uma única equipe (dois profissionais atendiam a duas equipes e os demais, a quatro equipes). Tais profissionais apresentaram dificuldade em diferenciar o atendimento prestado a equipe 1, 2, 3 ou 4, pois referiam atender a população “de todas as equipes sem distinção”. Quando questionados sobre suas equipes de pertencimento a resposta era semelhante e direta: “a todas”.

A forma de organização do atendimento da equipe de saúde bucal junto aos demais membros das equipes de saúde da família teve repercussão nas respostas da ECTE. Os profissionais de saúde bucal referiram responder a ECTE tendo em mente o trabalho realizado junto a todas as equipes de saúde da família da UBS, pois relataram dificuldade até mesmo para distinguir os colegas de trabalho de acordo com suas respectivas equipes.

4.2.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados no Excel, e processados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

4.2.6.1 Descrição do perfil dos profissionais das equipes de saúde da família

Para a descrição do perfil dos profissionais, as variáveis categóricas (sexo, formação profissional, categoria profissional, carga horária, divide carga horária) são apresentadas em suas frequências absolutas e relativas, e as numéricas (idade, tempo de atuação na equipe) são apresentadas sob a forma de medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão). Foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Teste exato de Fisher.

4.2.6.2 Mensuração do clima do trabalho em equipe

A fim de aferir o clima do trabalho em equipe foram calculados o escore total nos quatro fatores da ECTE para cada um dos entrevistados e em seguida calculadas as médias desses escores por equipe.

Cabe observar que a impossibilidade em definir a qual equipe os profissionais de saúde bucal pertenciam fez com que esses fossem de fato, considerados pertencentes a todas as equipes de referência da UBS. Tais profissionais responderam a apenas um instrumento e seus dados foram replicados antes de proceder-se ao cálculo das médias das equipes.

Os escores relativos aos quatro fatores da ECTE foram padronizados a fim que se tornassem comparáveis, uma vez que cada aspecto é composto por um número distinto de itens. A padronização foi realizada na forma de Z-score – centrando-se na média do escore da amostra e dividindo-se pelo desvio padrão, o Z-score apresentou média zero e desvio padrão de valor 1. Foram também calculadas as consistências internas de cada item da escala e de seus quatro fatores.

4.2.6.3 Diferenciação de agrupamentos de equipes de acordo com clima

Com a finalidade diferenciar as equipes de acordo com perfil para o clima de trabalho em equipe, buscou-se identificar grupos homogêneos de equipes segundo os quatro fatores de clima, utilizando a técnica de análise de agrupamentos⁽¹⁴¹⁾.

Quando se dispõe de um conjunto de observações com dados multivariados e deseja-se identificar padrões de similaridades existentes entre os elementos deste conjunto, é possível utilizar a técnica de análise de agrupamentos para a identificação destes padrões. Essa técnica se aplica à determinação de proximidades geométricas entre os elementos estudados dentro de um espaço onde a dimensão é dada pelo número de variáveis existentes (neste caso, os quatro fatores de clima em equipe)⁽¹⁴¹⁾.

Dessa forma, foram gerados dois agrupamentos empregando-se o método Ward para a aglomeração hierárquica. Nesse método a formação dos agrupamentos se dá pela maximização da homogeneidade interna dos grupos⁽¹⁴¹⁾.

Para a interpretação dos padrões de similaridades encontrados pela análise de agrupamentos, foi avaliado o comportamento das variáveis originais dentro de cada agrupamento, buscando identificar aquelas que mais distinguiam um determinado agrupamento do outro, verificando a coerência dos resultados com a natureza do fenômeno ou processo estudado. Essa avaliação foi realizada comparando-se as médias dos agrupamentos formados tanto por equipe como por profissional da equipe. Para se comparar os agrupamentos tendo a equipe como unidade de análise empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney⁽¹⁴¹⁾ devido ao pequeno número de equipes (18 equipes). Já para se fazer essa comparação tendo como unidade de análise os profissionais da equipe foi utilizado o teste de Student para amostras independentes.

Para verificar se as distribuições das características de natureza categórica dos profissionais foram homogêneas nos dois agrupamentos, foram utilizados testes de Qui-Quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher⁽¹⁴¹⁾.

A consistência interna global e por fator da CTE foi verificada via coeficiente Alpha de Cronbach⁽¹⁴²⁾. Para todos os testes estatísticos foram utilizados um nível de significância de 5%.

4.2.6.4 Seleção das equipes com perfis contrastantes de clima

A partir da formação de agrupamentos, foram selecionadas 4 equipes: duas do extremo superior do agrupamento A (equipes 1 A e 3 A) e duas do extremo inferior do agrupamento B (equipes 8B e 9B), descritas na tabela 1. Ao selecionar as equipes do agrupamento A observamos que duas equipes do extremo superior pertenciam a mesma UBS. Por acreditar-se que a coleta de dados em mais de uma UBS do mesmo agrupamento poderia trazer maior diversidade à coleta de dados, selecionou-se a primeira e a terceira equipe do extremo superior do agrupamento. No agrupamento B foram selecionadas as duas equipes do extremo inferior.

Tabela 1 - Equipes selecionadas para etapa qualitativa

Identificação Grupo e equipe		Unidade Básica de Saúde (UBS)
Grupo A
Equipe 1A	3
	Equipe 2A	3
Equipe 3A	4
	Equipe 4A	4
	Equipe 5A	4
	Equipe 6A	6
	Equipe 7A	9
	Equipe 8A	1
	Equipe 9A	9
Grupo B		
	Equipe 1B	7
	Equipe 2B	7
	Equipe 3B	2
	Equipe 4B	6
	Equipe 5B	6
	Equipe 6B	8
	Equipe 7B	5
Equipe 8B	8
Equipe 9B	7

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

4.2.6.5 Classificação dos escores de clima nos agrupamentos A e B

Antes de discorrer sobre o método para classificação dos escores de clima nos agrupamentos A e B, cabe justificar o porquê dessa classificação, uma vez que os métodos referidos anteriormente já seriam capazes de responder aos objetivos propostos para o presente estudo.

Após selecionar as equipes que participariam da etapa qualitativa, teve-se uma inquietação relacionada a como tais equipes eram diferentes entre si, em termos quantitativos. Normalmente, é possível perceber diferenças entre resultados de uma escala a partir de uma classificação de escores. Entretanto não havia nenhuma classificação para os escores da ECTE.

Ao realizar-se buscas na literatura, foi encontrado o Manual de aplicação da escala de clima referente a primeira versão do TCI⁽¹³⁴⁾, com cinco fatores. No manual são fornecidas tabelas com notas de corte para a classificação dos escores a partir do contexto de aplicação da escala. Embora houvesse no manual uma tabela de classificação de escores no contexto da APS, não seria possível utilizar tal classificação devido as diferenças entre a primeira versão da escala e a versão da ECTE adaptada na APS brasileira.

Devido à ausência de uma classificação adaptada ao contexto da APS brasileira, optou-se por criar uma classificação a partir dos dados da amostra nacional de validação da ECTE, baseada em 76 equipes da APS.

A autora da validação da ECTE no Brasil compartilhou o banco de dados e autorizou a análise secundária para geração de análise de escores em decis, tercís, quartis que permitissem a criação de uma classificação de escores (apêndice C). A opção por criar uma classificação em percentis seguiu o modelo descrito no manual do TCI.

Como não era previsto no projeto original, a análise pormenorizada dos escores ou a criação de uma classificação foi necessário realizar uma emenda ao projeto. A alteração foi comunicada e autorizada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem (anexo 4). A justificativa apresentada foi de que a classificação dos escores da amostra de validação contribuiria para a análise dos escores do presente estudo.

A fim de aprimorar a descrição das equipes com diferentes perfis de clima, optou-se por descrevê-las também em escores, tendo como base a classificação criada.

Os escores totais e por fatores da ECTE das 76 equipes da amostra nacional de validação da escala foram analisados em percentis (decis, quartis e tercís), mínimo e máximo por equipe para cada fator da ECTE e geral (obtida via média dos escores dos profissionais que compõem cada equipe). A análise em percentis

permitiu a criação de pontos de corte, nos quais foram classificados os escores do presente estudo.

4.3 ETAPA QUALITATIVA

Com base no objeto de estudo, que se refere ao trabalho em equipe e PIC, optou-se por desenvolver pesquisa de natureza qualitativa e com caráter interpretativo. Buscou-se conhecer e compreender as percepções dos entrevistados sobre a PIC em seu cotidiano de trabalho.

A investigação qualitativa permite aos pesquisadores obter a experiência dos participantes para determinar como um significado é formado em seu contexto⁽¹⁴³⁾. Entre diferentes justificativas para realização de estudos qualitativos, Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾ enfatizam que a principal delas é o desejo de avançar o conhecimento ao ver o mundo sob a perspectiva dos participantes da pesquisa, em descobertas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento empírico.

4.3.1 Tipo de estudo

Optou-se pela realização de estudo de caso como método para investigação de fenômeno contemporâneo em seus contextos de vida real. O estudo de caso é indicado quando não são evidentes os limites entre fenômeno e contexto de estudo. Justifica-se quando as perguntas de pesquisa são explanatórias, ou seja, buscam compreender “como” e “por que”⁽¹⁴⁴⁾.

Trata-se de um estudo de caso múltiplo, com duas unidades de análise. Para seleção dos casos foi necessário conhecimento anterior de resultados que permitiu a replicação teórica⁽¹⁴⁴⁾.

A replicação teórica ocorre quando por exemplo “duas extremidades” são deliberadamente e cuidadosamente escolhidas para estudo de um fenômeno alterando uma ou mais das condições envolvidas, no nosso caso, o clima de equipe⁽¹⁴⁴⁾.

A análise em agrupamentos permitiu a escolha de duas unidades de análise extremas, representadas pelos agrupamentos de maiores e menores escores na

ECTE. Para cada unidade de análise foram selecionadas duas equipes. A seleção das equipes visou à formação de uma amostra intencional de casos considerados extremos⁽¹⁴⁵⁾. Acredita-se que dessa forma é possível identificar sujeitos dotados de experiência e informações que possibilitem a compreensão e apreensão de diferentes dimensões associadas ao objeto de estudo⁽¹¹⁰⁾. Conforme mencionado anteriormente, na fase quantitativa foram selecionadas duas equipes do agrupamento de maiores escores e duas equipes do agrupamento de menores escores de acordo com a classificação das equipes nos agrupamentos (tabela 1). Embora o desejo inicial fosse que todas as equipes participantes da primeira etapa qualitativa integrassem as unidades de análise, considerou-se as possibilidades da pesquisadora em termos de disponibilidade de tempo e recursos.

4.3.2 Objetivos específicos da fase qualitativa

- Analisar as percepções dos membros das equipes com diferentes perfis de clima sobre as relações interpessoais na equipe, organização do trabalho em equipe e ACP;
- Compreender a percepção dos profissionais acerca da PIC.

4.3.3 Sujeitos de pesquisa

Optou-se por compor uma amostra proposital, tanto para a definição das equipes participantes, quanto para os profissionais. A amostra proposital busca aprender e entender certos casos selecionados, sem necessidade de criar generalizações a partir deles⁽¹²⁷⁾. Esse tipo de amostra refere-se à seleção intencional de indivíduos, eventos ou contextos devido a informação crucial que eles podem prover⁽¹⁴⁶⁾. De acordo com Patton⁽¹⁴⁷⁾, o potencial das técnicas de amostras proposital está na seleção de casos ricos em informação para estudo em profundidade, e a partir deles, compreender em profundidade e obter *insights* a partir dos achados, ao invés de generalizações.

Foram sujeitos de pesquisa os trabalhadores das quatro equipes selecionadas. Para as entrevistas foi proposto a inclusão de ao menos um

representante de cada categoria profissional (medicina, enfermagem, odontologia e agentes comunitários de saúde) por equipe selecionada. Outros sujeitos de pesquisa, trabalhadores das equipes estudadas podiam ser incluídos no estudo de acordo com surgimento de casos de interesse. A partir dos próprios sujeitos pesquisados, como é descrito a seguir, em técnica de coleta e análise dos dados, no item de amostragem teórica.

Foram incluídos no estudo os gerentes das quatro equipes e posteriormente os conselheiros gestores de cada Unidade de Saúde participante da fase qualitativa. A inclusão dos gerentes se deu por serem considerados informantes chave que contribuiriam para compreensão dos processos da equipe. Assim como, pelo interesse em entrevistar esses profissionais logo após a primeira entrevista, com um agente comunitário de saúde (ACS).

Durante as entrevistas, quando questionados sobre as formas de participação dos usuários na equipe, os profissionais citaram os Conselhos Gestores e a importância desses espaços e da representação do conselheiro gestor. Por essa razão, optou-se por entrevistar os conselheiros, compreendendo o papel desses enquanto usuários eleitos pela comunidade para representá-la. Cabe esclarecer que a participação dos usuários foi cogitada e incluída no projeto original de pesquisa. Por essa razão, já contava-se com autorização do Comitê de Ética e do município para a realização de entrevistas com os usuários. Foi elaborado um roteiro de entrevista específico para os usuários (apêndice D).

4.3.4 Seleção das unidades para coleta de dados

A seleção das unidades seguiu o critério apresentado anteriormente, ou seja, busca por casos extremos dentro dos agrupamentos, o que nem sempre representava maior ou menor escore total, mas sim o posicionamento da equipe no agrupamento, de acordo com os padrões de similaridade identificados. No agrupamento A foram selecionadas as duas primeiras equipes, e no agrupamento B, as duas últimas equipes.

Para compor as unidades de análise das equipes com maiores escores na escala de clima, foram selecionadas duas equipes do agrupamento A. Observou-se que as duas primeiras equipes do agrupamento A pertenciam a mesma UBS. Optou-

se então por selecionar apenas uma dessas equipes e identificar no agrupamento uma próxima equipe, de outra UBS. Foram então selecionadas duas equipes de UBS diferentes.

4.3.5 Descrição da coleta de dados

A coleta de dados teve início em novembro de 2015. Foi realizado contato prévio com os gerentes das UBS por e-mail, onde foi enviado o convite para que continuassem a participar da pesquisa e agendado visita para apresentação dos objetivos da etapa qualitativa. Todos os gerentes aceitaram em participar. As visitas às UBS permitiram organizar a logística da coleta de dados, com agendamento de data e horário em que os profissionais participariam das entrevistas.

4.3.6 Técnicas de coleta e análise de dados: referencial metodológico da Teoria fundamentada nos dados

Tanto as técnicas de análise provenientes da teoria fundamentada em dados, quanto as da análise de conteúdo temática são baseadas na identificação de temas, padrões e envolvem rigorosa categorização. E embora ambas sejam consideradas aproximações “equivalentes” para a interpretação de dados qualitativos^(148, 149), argumenta-se o potencial da teoria fundamentada nos dados para interpretação mais indutiva dos dados⁽¹⁴⁹⁾. Optou-se pelo uso das técnicas utilizadas na teoria fundamentada em dados por sua possibilidade de descrição detalhada que fundamenta interpretação abstrata dos dados⁽¹⁴³⁾ e desenvolvimento de conceitos.

A teoria fundamentada nos dados (TFD) é um referencial de interpretação e sistematização de dados que possibilita extrair aspectos significativos das experiências vivenciadas pelos participantes, e com isso elaborar teorias. A TFD é indicada como metodologia “consistente para objetos de estudo que envolvem interações humanas e conformam fenômenos da prática profissional ainda não desvelados e devidamente compreendidos⁽¹⁵⁰⁾”

A TFD foi introduzida no ano de 1967 por Glauser e Strauss⁽¹⁵¹⁾ como uma forma de elaborar teorias a partir da coleta e análise sistemática de dados em pesquisa social. Os autores⁽¹⁵¹⁾ buscavam descrever uma forma de obter teorias que

não fossem geradas por dedução lógica e a partir de concepções prévias. De acordo com o Grounded Theory Institute⁽¹⁵²⁾, a TFD é composta por uma série de rigorosos procedimentos de pesquisa que levam a emergência de categorias conceituais. Envolve uso de um processo "aberto" e interativo de coleta de dados simultânea a sua análise e criação de teoria⁽¹⁵³⁾, essa última, resultante da comparação constante entre os dados.

Desde sua elaboração por Glaser e Strauss⁽¹⁵¹⁾, a TFD tem sido desenvolvida sob diferentes perspectivas. Uma delas é a de Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾, que em contrapartida à abertura e criatividade na análise dos dados (conforme a proposta original⁽¹⁵¹⁾), propõem um modelo sistematizado para análise, considerado uma forma de facilitar o processo indutivo, sobretudo para iniciantes em pesquisa⁽¹⁵⁴⁾ não familiarizados com análises qualitativas.

A orientação conceitual da teoria fundamentada em dados, tanto para Glaser quanto para Strauss e Corbin é o Interacionismo Simbólico, à medida que considera que a ação humana é baseada nos significados que os indivíduos atribuem a elas⁽¹⁵⁵⁾ e que tais significados só podem ser compreendidos por meio das interações nos processos sociais⁽¹⁵⁶⁾. Por essa razão, os autores reconhecem a importância da interpretação dos fatos. De maneira distinta à Glaser e Strauss e Corbin, Kathy Charmaz propõe realização da TFD com abordagem construtivista⁽¹⁵⁷⁾

Quadro 1- Interacionismo simbólico e Construtivismo

Interacionismo simbólico: O ponto de partida é o significado subjetivo que os indivíduos atribuem a suas atividades e seus contextos. De acordo com Blumer⁽¹⁵⁸⁾ as pessoas agem com relação a algo, situação, de acordo com o significado que atribui a isso. Os significados são resultantes da interação social e são modificados à medida que são vivenciados e interpretados. Isso implica dizer que a maneira como diferentes indivíduos investem sobre objetos, eventos, experiências e portanto seus significados, são o ponto de partida para a pesquisa que utiliza essa abordagem. A reconstrução de tais pontos de vista se torna um instrumento para a análise⁽¹²⁰⁾. O interacionismo simbólico é considerado potencialmente como uma abordagem adequada para analisar processos de interação social, e mobilização de mudanças de opiniões e expectativas⁽¹⁵⁹⁾.

Construtivismo: O ser humano é responsável por manter ou transformar o contexto no qual se insere. O conhecimento é construído em um processo de interação social e baseado no papel da linguagem nas relações. Pesquisadores são parte da construção social do processo que buscam investigar e portanto não pode ser considerado 'neutro'⁽¹²⁰⁾.

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Optou-se por utilizar as técnicas da TFD segundo Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾, especialmente pelo detalhamento de técnicas para abordagem indutiva com o tema de estudo (tabela 2). Os produtos da análise das entrevistas foram utilizados para

guiar as entrevistas subsequentes, em uma lógica de comparação constante. As categorias foram sendo rearranjadas à medida que ocorreram as entrevistas, em uma tentativa de atingir saturação teórica.

Tabela 2 - Componentes centrais para um estudo de teoria fundamentada em dados

Componente	Estágio	Descrição
Análise constante	Análise e coleta de dados	Análise e coleta de dados são processos simultâneos. O pesquisador inicia a análise após completar a primeira entrevista, a fim de identificar conceitos e seguir por questões subsequentes.
Codificação e comparação constante	Análise	Codificação representa o processo de operações pelas quais os dados são “fragmentados”, conceitualizados e depois comparados com os demais dados. A comparação constante é o processo central de construção das teorias a partir dos dados e permite manter conexão entre categorias e dados. A análise é composta por codificação aberta, axial e seletiva.
Escrita de memorandos	Coleta e análise	Escrita ou gravação de registros produzidos na análise, comentários sobre as categorias a medida que elas são criadas ou apenas anotação do pensamento do pesquisador para si mesmo. Os memorandos podem ser compostos por notas teóricas (hipóteses, interpretações), pessoais (sentimentos sobre a pesquisa, dúvidas, ansiedades) metodológicas (sobre organização da coleta de dados), de observação.
Diagramas	Análise	Recurso visual que demonstra a possível relação entre conceitos
Amostragem teórica	Coleta e análise	Método de coleta de dados baseado nos conceitos provenientes dos dados, ou seja, conceito guiado. Novas questões sobre conceitos ajudam a guiar a próxima etapa da coleta de dados. Modificações nas questões de entrevista permitem ao pesquisador preencher as lacunas, esclarecer conceitos e testar uma interpretação. A amostra teórica refina, elabora e esgota categorias conceituais.
Saturação teórica	Coleta, análise amostragem	O critério de saturação é ponto de análise em que demais dados são coletados e analisados adicionando pouca inovação à conceituação, mesmo que variações continuem sendo encontradas.

Fonte: Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾

4.3.7 Coleta de dados

Embora a literatura apresente a possibilidade de maior densidade em entrevistas livres (sem estrutura)⁽¹⁶⁰⁾, optou-se pela entrevista semiestruturada, que busca a apreensão do ponto de vista dos sujeitos de pesquisa por meio de uma conversa orientada.

A entrevista semiestruturada permite ao pesquisador elucidar informações a partir de questões previamente elaboradas⁽¹⁴⁷⁾. Para o entrevistador, as perguntas podem também a função prática de driblar aspectos desafiadores na condução de entrevistas, como silêncios e o nervosismo envolvido em conversa de fluxo livre de informação⁽¹⁵¹⁾. Nas entrevistas semiestruturadas utiliza-se roteiro guia⁽¹¹⁰⁾ com questões que devem contribuir para delineamento ou compreensão do objeto do estudo e facilitar a emergência de informações que retratem a perspectiva do entrevistado⁽¹¹⁰⁾.

A qualidade do material obtido na coleta de dados é fundamental para qualidade de sua análise, e requer habilidades e competências que são continuamente adquiridas pelo pesquisador⁽¹⁵¹⁾. A atitude do pesquisador para a condução das entrevistas pautou-se nas recomendações de Rubin e Rubin⁽¹⁶¹⁾ que enfatizam a importância da construção de uma relação de confiança mútua na conversa entre entrevistado e entrevistador. Os autores recomendam que o tom dos questionamentos seja amigável, gentil, com padrão flexível que permita envolver as respostas dos entrevistados a novos questionamentos. As perguntas, assim como a sequência em que foram apresentadas, foram adaptadas ao fluxo de cada conversa com a finalidade de captar ao máximo o conhecimento e experiência de cada entrevistado⁽¹⁶¹⁾.

Foram seguidas também as recomendações de Serry e Liamputtong⁽¹⁶²⁾ no que diz respeito à escuta ativa; monitoramento das escolhas linguísticas; evitar questões dicotômicas; adotar a postura do pesquisador como “não conhecedor” do assunto a fim de criar mais liberdade ao entrevistado, para que não se sentisse em um “teste”.

A entrevista constitui numa relação humana de interação, em que dados emocionais do entrevistado também devem ser utilizados como dados valiosos para a pesquisa⁽¹²⁷⁾. Nesse sentido, Charmaz⁽¹⁶³⁾ sugere que inclusive os silêncios devem

ser registrados e analisados, pois podem indicar a sensibilização do participante diante de um questionamento, ou o não desejo de responder.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro-guia (apêndice D), que auxiliou o pesquisador a fazer perguntas de relevância teórica em linguagem simples⁽¹²⁰⁾.

O roteiro-guia foi elaborado com base nas 4 dimensões da ECTE⁽²¹⁾ e em modelo e tipologia de colaboração interprofissional no cuidado em saúde⁽⁹⁾. O roteiro foi organizado em três partes:

1. Questões introdutórias a temática do trabalho em equipe;
2. Questões sobre as dimensões do clima de equipe (participação na equipe, orientação para tarefas, objetivos da equipe e apoio para inovação);
3. Questões sobre a PIC (ACP, liderança, educação interprofissional e colaboração entre equipes).

As questões do roteiro foram se modificando a cada entrevista para permitir comparações constantes e adensamento em questões referentes as categorias criadas no processo de análise. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, precedidas de uma breve apresentação do projeto e contextualização da segunda fase, qualitativa. Os entrevistados ao aceitarem em participar e concordarem com a gravação das entrevistas assinaram o TCLE (apêndice A).

As entrevistas foram gravadas com gravador *Sony* e com uso do aplicativo *Voice Memos*, do *Iphone 5*, com duração mínima de 48 minutos e máxima de uma hora e 38 minutos. A medida que as entrevistas iam sendo realizadas, a própria pesquisadora realizava a transcrição. Antes da transcrição, as entrevistas eram ouvidas e as impressões a respeito delas registradas sob a forma de memorandos. As entrevistas eram então ouvidas novamente, a fim de conferir a transcrição e depoimento oral. No processo de edição das entrevistas, foram retirados os vícios de linguagem e nomes próprios que poderiam levar a identificação de pessoas e instituições. Os nomes próprios foram substituídos por nomes de artistas da música popular brasileira, como por exemplo, Maria Rita, Elis, Tom e Vinícius. Além do cuidado em preservar a identificação das pessoas e instituições, tivemos atenção em não diferenciar as equipes pertencentes a um mesmo caso (A e B), pois isso permitiria aos entrevistados reconhecer as falas de seus colegas de equipe.

Optou-se por realizar as entrevistas no próprio local de trabalho, no caso, as UBS, o que nos pareceu mais prático para os próprios profissionais. As entrevistas

foram realizadas durante o horário de funcionamento das UBS e somente em uma delas ultrapassou esse período por desejo do entrevistado em prosseguir com a entrevista, mesmo sendo oferecido a continuidade em uma outra data. As equipes foram receptivas ao agendamento e realização das entrevistas.

Conforme referido anteriormente, optou-se por realizar análise constante ⁽¹⁴³⁾, o que implica na coleta e análise de dados concomitantes, portanto as primeiras reflexões são descritas desde o início da coleta de dados. A figura a seguir representa o fluxo em que os dados foram coletados, intercalados com etapas de análise (figura 6).

Figura 6 - Fluxo de coleta de dados com comparações constantes

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

4.3.8 Análise de dados

A análise de dados na TFD é o processo de desenvolver e verificar conceitos construídos à medida que os dados são obtidos. Implica na comparação de conceitos por similaridades e diferenças. Essa comparação tanto permite expandir, quanto adicionar novos conceitos. A análise envolve a codificação ou categorização dos dados, o que os eleva ao nível conceitual, atribuindo significado aos dados e desenvolvendo conceitos a fim de determinar o que as partes dizem sobre o todo⁽¹⁴³⁾.

A análise teve início com os primeiros dados coletados, quando foram identificados conceitos relevantes e elaboradas questões subsequentes. Na TFD os conceitos são a base da análise e organização da pesquisa. Mesmo quando não se tem a intenção de elaborar uma teoria, mas apenas descrever ou analisar um caso⁽¹⁴³⁾.

Codificar envolve interação com o dado, usando técnicas como perguntas aos dados, e comparações constantes⁽¹⁴³⁾. É compreendido como representação das operações pelas quais os dados são quebrados, conceitualizados e colocados juntos em uma nova forma. É o processo central para as teorias construídas a partir do dado⁽¹²⁰⁾. Conceitos ou códigos são anexados ao material empírico, e posteriormente sumarizados em categorias⁽¹²⁰⁾. As teorias são desenvolvidas quando se procura estabelecer uma rede de categorias ou conceitos e as relações entre eles⁽¹²⁰⁾.

Durante todo processo de análise as impressões, ideias e questionamentos da pesquisadora foram registrados em memorandos, que auxiliaram a complementar e explicar os achados de pesquisa⁽¹²⁰⁾. O envolvimento durante coleta e análise simultânea possibilitou direcionamento e melhor sensibilidade com relação aos dados, pois permitiu rever as questões de entrevista ou tópicos de observação a medida que os realizava.

A análise foi processada por três etapas interdependentes, circulares, ou seja, era possível voltar a primeira etapa, mesmo que já tivesse avançado em sua elaboração teórica. As etapas são denominadas codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A codificação aberta foi a primeira etapa de análise. Consistiu na leitura atenta de linha por linha, a fim de examinar no texto palavras ou frases que

expressassem ideias centrais do fenômeno de estudo e a partir delas desenvolver categorias de informação, “rotular” o fenômeno⁽¹⁴³⁾. Consiste no processo de abrir o texto, propiciando primeira interação do pesquisador com o dado⁽¹⁴³⁾ e compreensão a fundo sobre o material⁽¹²⁰⁾.

Tabela 3 - Exemplo de codificação aberta, linha a linha

Trecho da entrevista	Códigos
A redinha é muito forte, mas assim (...) eu tenho um problema com a nossa equipe. Aqui é uma coisa difícil que tenho sempre que tomar cuidado, até porque é da minha natureza também. A gente não gosta de ficar conversando muito tempo, a gente tem que fazer. Não dá para conversar hoje e daqui a trinta dias ter retorno da conversa de hoje. Porque é gente, é sofrimento, e não dá para ficar esperando trinta dias, então a gente conversa na redinha, mas a gente já encaminhou tudo antes. Porque eles não querem esperar e não dá (...) Ai entra a questão da gestão do tempo, o que o Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) ou redinha pode dar é um tempo que pra nós não dá conta, e aí a gente assume isso também.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecem potencialidade do trabalho em rede - Toma cuidado com a tendência a ação e menos diálogo - Argumenta a demora que envolvem as discussões em rede - Defende a necessidade de agilidade na resolução de casos que envolvem sofrimento ao usuário - Expressa inquietação da equipe em aguardar retorno das discussões em rede - Sente que o tempo disponibilizado para resolução do problema pela redinha é diferente do tempo pela equipe - Sentem insatisfação com o tempo de resolução na rede - Assumindo na equipe a resolução do problema

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Os códigos foram posteriormente agrupados, passando a ser conteúdo de uma dada categoria⁽¹²⁰⁾. A nomeação dos códigos pode seguir conceitos teóricos ou

expressões dos próprios entrevistados, o que é conhecido como código *invivo*, preferidos por serem mais próximos ao material estudado⁽¹²⁰⁾.

A codificação axial foi a segunda etapa e consistiu em refinar e diferenciar as categorias da codificação aberta, em uma codificação mais formal para identificar e classificar ligações entre categorias⁽¹²⁰⁾. A fim de identificar tais ligações, Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾ propõem o Modelo Paradigmático, um conjunto de questões que podem ser aplicadas aos dados para ajudar a analisar os fatores relacionados ao fenômeno estudado, suas causas, contexto, estratégias adotadas pelos envolvidos e consequências.

De acordo com Strauss e Corbin⁽¹⁶⁴⁾:

“Axial coding is the process of relating subcategories to a category. It is a complex process of inductive and deductive thinking involving several steps. There are accomplished, as with open coding, by making comparisons and asking questions. However, in axial coding the use of these procedures is more focused, and geared toward discovering and relating categories in terms of the paradigm model” (p.114).

Como observado no excerto acima, embora sejam realizadas comparações constantes e perguntas aos dados, como na codificação aberta, na codificação axial o uso desses processos é mais focados e visa relacionar as categorias.

Tabela 4 - Exemplo da codificação axial

Códigos	Categoria
- Expressam inquietação da equipe em aguardar retorno das discussões em rede	Sentimentos e atitudes relacionados a colaboração com outros serviços
- Sentem que o tempo disponibilizado para resolução do problema pela redinha é diferente do tempo pela equipe	
- Sentem insatisfação com o tempo de resolução na rede	
- Evitam trabalhar com serviços que desconhecem, por exemplo os de saúde mental	
- Enfrentam resistências às discussões em rede	

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

A codificação seletiva foi a terceira etapa, em que foram elaboradas integração e comparação das categorias, com enfoque nos possíveis conceitos e variáveis centrais. Foram selecionadas categorias particulares que se configuraram como elementos centrais, e em torno delas, uma descrição com potencial de elucidar o fenômeno de estudo. A análise e desenvolvimento de um modelo teórico teve por objetivo descrever padrões nos dados. Assim como as condições em que tais padrões se aplicam, detalhando os acontecimentos e condições em que ocorrem as situações.

A elaboração de uma teoria demanda que uma ideia seja explorada por diferentes perspectivas. No presente estudo, foi realizado um estudo misto e na fase qualitativa considerou-se apenas a perspectiva de quatro equipes. Por isso, o objetivo não foi o desenvolvimento de uma teoria, mas a utilização das técnicas de análise e coleta de dados da TFD para elaboração de modelo da PIC.

4.3.8.1 Ferramentas para análise dos dados

Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾ propõem um conjunto de ferramentas a serem utilizadas em todas as etapas de análise da TFD, a fim de estimular o processo indutivo por permitir distanciamento entre a literatura técnica e experiência pessoal que poderiam bloquear o pesquisador de ver novas possibilidades nos dados. As técnicas são descritas a seguir:

1. Uso de questionamentos: Os autores afirmam que fazer perguntas aos dados pode ser útil em todas as fases da análise, uma vez que o questionamento ajuda o pesquisador a compreender a perspectiva do entrevistado e a pensar no processo e conexão entre eles. São sugeridas perguntas 'quem', 'como', 'o que', 'quando', 'onde', 'com que frequência', 'e então'. O questionamento aos dados pode ser também 'e se', pois ajuda olhar e desafiar as percepções dos participantes.
2. Comparações: Ajudam a mover do nível descritivo para o nível de abstração e forçam o pesquisador a examinar suas próprias concepções e perspectivas. A medida que o pesquisador avança com

a análise, cada dado é comparado com outros incidentes, por suas similaridades e diferenças.

3. Vários significados da palavra: Consiste no exame dos dados e retorno a algumas palavras ou trechos do texto que estimulam a reflexão do pesquisador, e o leva a pensar sobre os possíveis significados da palavra/frase. Com essas possibilidades em mente, o pesquisador procurará nos dados incidentes que apontem seu significado.
4. Técnica flip flop: Olhar os conceitos de um extremo a outro, a fim de compreender suas diferentes perspectivas.
5. Basear-se na experiência pessoal.
6. Ter 'bandeira vermelha' para algumas situações: Tanto pesquisador como participantes tem suas crenças, premissas, experiências, formação, e é importante reconhecer quando essas questões passam a influenciar o processo de análise. Recomenda-se que o pesquisador tenha bandeira vermelha, ou seja, tenha de olhar atento para falas como 'nunca', 'sempre', 'todos sabem disso' pois podem conter significados importantes.
7. Olhar a linguagem: A observação de como as pessoas usam a linguagem pode ajudar a compreender as situações descritas, assim como as expressões utilizadas pelos participantes pode compor os códigos *invivo*.
8. Olhar para as emoções: As emoções podem ser associadas a tomada ou não de ações.
9. Olhar as palavras que indicam tempo: 'Quando', 'depois', 'desde que', 'antes', 'nesse caso', pois elas podem ajudar na identificação de contexto e processos.
10. Pensar nas metáforas: O uso de metáforas pode descrever eventos e emoções.
11. Olhar para o caso negativo: O caso que não se encaixa no padrão da ação/interação deve ser visto pois acrescenta riqueza a explicação ao prover exploração mais completa de dimensões de um conceito.

Além das técnicas citadas, é ressaltada a importância da reflexividade e sensibilidade do pesquisador. A reflexividade é uma consideração importante na

pesquisa qualitativa, implica na autorreflexão do pesquisador sobre sua análise. Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾ relatam que por vezes o pesquisador pode ver a si mesmo em sua análise, uma vez que toma em consideração suas próprias emoções, ao invés da perspectiva dos participantes sobre o que está sendo dito⁽¹⁴³⁾. De acordo com Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾, a sensibilidade é a forma como os pesquisadores interagem com os dados e é importante a consciência de que quanto mais o pesquisador se faz consciente da subjetividade envolvida na análise de dados, mais pode perceber o quanto esta influência à sua interpretação, afinal, não é a percepção do pesquisador o ponto importante da pesquisa, mas sim o que os participantes fazem ou dizem⁽¹⁴³⁾.

4.3.8.2 O uso da literatura na TFD

Glaser e Strauss⁽¹⁵¹⁾ sugerem que não sejam utilizados modelos teóricos na TFD, pois a pesquisa deve ser iniciada sem um conjunto de conceitos prévios. Entretanto, Strauss e Corbin⁽¹⁴³⁾ argumentam que modelos teóricos prévios podem ser úteis ao fornecer explicações alternativas a um mesmo fenômeno, prover direção e conselhos iniciais, permitir comparação, no sentido de que podem revelar se os achados estão em consonância com estudos anteriores. No entanto, os autores afirmam a importância de manter-se 'aberto' as novas ideias e conceitos.

4.3.8.3 Lentes teóricas

Apesar de buscar uma aproximação indutiva com o estudo, optou-se por utilizar lentes teóricas que auxiliassem a compreensão do objeto de estudo, ao fornecer uma matriz, eixo norteador para análise de dados. Os referenciais escolhidos foram o modelo conceitual de trabalho interprofissional proposto por Reeves et al.⁽⁵⁴⁾ e a teoria dos quatro fatores do clima de trabalho em equipe⁽⁵⁵⁾.

4.4 CAMPO DE ESTUDO (ETAPA QUANTITATIVA E QUALITATIVA)

4.4.1 Breve histórico do município

A história de Embu das Artes tem início em 1554, com a fundação da Vila de M'Boy pelos padres jesuítas. A palavra M'Boy é de origem tupi e significa “cobra”, nome atribuído à vila devido a grande quantidade de cobras na região⁽¹⁶⁵⁾.

No ano de 1628 iniciou-se a construção da Capela de Nossa Senhora do Rosário por índios e jesuítas, com fundos provenientes da venda de algodão, matéria prima cultivada em larga escala na época. A capela foi marco do início da atividade artística local, expressa por sua arquitetura, pintura, entalhamentos e santos de madeira⁽¹⁶⁵⁾.

O valor artístico da capela de Nossa Senhora do Rosário foi reconhecido pela Cúria Diocesana de São Paulo no final do século XIX, dando início às obras de apoio a conservação desse patrimônio histórico. A capela e o convento anexo foram tombados pelo Estado de São Paulo em meados do século XX⁽¹⁶⁵⁾.

Data do século XX também os relatos sobre a início da organização da comunidade local, liderada por Annis Neme Bassith, para o desenvolvimento de atividades artísticas como fonte de renda e atração turística. Artistas como Solano Trindade ajudaram a fundar em 1969 a feira de Embu, que permanece como movimento artístico na atualidade, sobretudo na região central do município⁽¹⁶⁵⁾.

Enquanto unidade administrativa, o município de Embu foi criado em 31/12/1958, pela Lei Estadual nº 5.121, e emancipado de Itapequerica da Serra em 1959. Embu é desde 1979 nomeado Estância Turística, porém somente em 2009 a característica artística (principal atrativo turístico da Estância) foi reconhecida em seu nome, passando a chamar-se Embu das Artes⁽¹⁶⁵⁾.

4.4.2 Caracterização do município

O município tem área de 70,40 km², e está localizado na Sub-região Oeste da Região Metropolitana de São Paulo, distando 27 km da Praça da Sé - marco central da Capital Paulista. Embu das Artes tem população 252.729 habitantes. Com relação à distribuição etária, 23,96% da população tem idade inferior a 15 anos e

8,36% tem 60 anos e mais. O Índice de Envelhecimento (proporção de pessoas de 60 anos e mais por indivíduos de 0 a 14 anos) é de 34,90 %, considerado baixo se comparado a região Metropolitana São Paulo⁽¹⁶⁶⁾.

A renda per capita é de R\$ 474,17 e 29,22% dos domicílios tem renda per capita de até ½ salário mínimo. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais é de 4,95% e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,735⁽¹⁶⁶⁾. O IDMH de Embu é considerado alto e assemelha-se ao IDHM Brasil (Figura 7)⁽¹⁶⁷⁾. O município de Embu das Artes apresentou uma taxa de crescimento em seu IDHM de 50,92% entre os anos de 1991 a 2010, superior à taxa de crescimento da Unidade Federativa, que foi de 47%. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,839, seguida de Renda, com índice de 0,700, e de Educação, com índice de 0,676.

Figura 7 - Evolução do IDHM em Embu das Artes (1991-2010)

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil⁽¹⁶⁷⁾

Com relação à economia, os setores terciários, secundários e primários correspondem respectivamente a 70,35%, 29,60% e 0,06% no total no valor

adicionado a agregação geográfica. O valor adicionado diz respeito ao quanto atividade de cada setor agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo⁽¹⁶⁶⁾.

A participação dos empregos formais no município se concentra principalmente no setor terciário (Serviços, comércio atacadista e varejista, comércio de reparação de veículos automotores e motocicletas e construção) correspondendo a 74,34% do total. Os empregos formais nos setores secundário e primário correspondem respectivamente a 25,53% e 0,13%⁽¹⁶⁶⁾.

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPVS) o município de Embu das Artes, embora apresente níveis de riqueza elevados, não exhibe bons indicadores sociais. O IPVS busca "sintetizar a situação dos municípios do Estado de São Paulo no que diz respeito a riqueza, escolaridade e longevidade, e quando combinados geram uma tipologia de classificação dos municípios em cinco grupos", sendo o grupo 1 a melhor classificação⁽¹⁶⁶⁾. Embu das Artes é classificado no grupo 2, mesma classificação obtida pela Região Metropolitana de São Paulo.

De acordo com dados da Fundação Seade (2012), é possível observar que, se comparado à região metropolitana de São Paulo, Embu das Artes tem maiores taxas relacionadas à: fecundidade geral, mortalidade infantil e na infância, gravidez na adolescência e mortalidade na população entre 15 e 34 anos (tabela). E menores taxas relacionadas: à mortalidade da população de 60 anos e ao número de consultas de pré-natal⁽¹⁶⁶⁾.

Tabela 5 - Estatísticas Vitais e Saúde município de Embu das Artes e Região

Indicador	Embu das Artes	RMSP
Taxa de Natalidade (por mil habitantes)	18,46	15,82
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	61,52	54,36
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	11,78	11,63
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	15,18	13,45
Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	3,239,10	3.369,75
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos)	7,92	6,55
Mães que tiveram sete e mais consultas de Pré-Natal	66,62	73,54

Metropolitana de São Paulo (RMSP)

Fonte: Fundação Seade⁽¹³⁴⁾.

4.4.2.1 Mortalidade

O Relatório de Gestão de Embu das Artes⁽¹⁶⁸⁾ revelou que a maior causa de mortalidade, em 2013, foi por doenças do aparelho circulatório, principalmente na faixa etária acima de 50 anos de idade. Dentre elas, destaca-se o infarto agudo do miocárdio, doenças isquêmicas do coração e cardiomiopatias.

A segunda e terceira maiores causas de mortalidade, respectivamente, foram as neoplasia e doenças do aparelho respiratório.

Cabe destacar que a quarta maior causa de mortalidade foram as Causas Externas, com maior incidência na idade de 20 a 49 anos de idade. Ao se pesquisar a mortalidade por Causas Externas, verificou-se, que a maioria dos óbitos ocorreu

por agressões e disparo por arma de fogo⁽¹⁶⁸⁾. Embu das Artes esteve na nona posição do ranking das cidades mais violentas de São Paulo⁽¹⁶⁹⁾ no ano de 2010, e já ocupou a segunda posição entre as cidades mais violentas da Grande São Paulo no ano 2001. Entretanto, observou-se entre os anos de 2012 a 2013 queda de 31,37% na taxa de mortalidade de pacientes internados por Causas Externas. A gestão municipal atribui essa diminuição a fatores como a Lei Seca Municipal (proibindo o comércio de bebidas alcoólicas após as 22 horas dentro do território do município), intensificação no policiamento e a implantação de políticas públicas para atenção à saúde da população em situação de violência, entre elas a implantação do Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes.

Com relação à mortalidade infantil, estima-se um aumento de 5,59% em 2014 em relação a 2013, com acréscimo no número de óbitos fetais, infantis e neonatais precoce e tardio (tabela 6).

Tabela 6 - Número de Natimortos e Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Mortalidade Infantil / Taxa de Mortalidade Infantil IBGE – Embu das Artes 2013 a 2014

Quadrimestre	Fetal	Infantil	Neonatal Precoce	Neonatal Tardio	Pós Neonatal	Infância	Total
1º 2013	16	24	11	3	10	1	41
2º 2013	11	15	9	2	4	0	26
3º 2013	14	15	9	1	5	6	35
Total 2013	41	54	29	6	19	7	102
1º 2014	25	23	14	5	4	1	49
2º 2014	18	19	9	5	5	4	41
3º 2014	18	15	10	3	2	2	35
Total 2014	61	57	33	13	11	7	125

Fonte: Relatório de gestão em saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes - Investigação de Óbitos de menores de 1 ano residentes no Embu das Artes⁽¹³⁶⁾.

4.4.2.2 Internações

A principal causa de internação no município é gravidez, parto e puerpério, o que representou 23,47% do total de internações em 2014. As doenças do aparelho digestivo, respiratório e circulatório foram as demais principais causas de internação (tabela 7).

Além dos hospitais do município, que serão citados a seguir, Embu das Artes tem como referência o Hospital Geral de Pirajussara (HGP) e hospitais da região da Rota dos Bandeirantes. Entretanto, o município problematiza a questão da regulação insuficiente de vagas de leitos e especialidades nos hospitais de referência. O município exemplifica esse problema ao citar em seu Relatório de Gestão a redução observada no número de internações disponibilizadas pelo HGP no ano de 2014. No mesmo ano, observou-se aumento de internações de 33,62% nos Prontos Socorros de Embu das Artes, incluindo casos que deveriam ser referenciados para hospitais de maior complexidade, como o próprio HGP.

Tabela 7 - Percentual de Internações por Diagnóstico por Capítulo do CID10, Embu

Capítulo CID-10	Ano 2014	%
II. Neoplasias (tumores)	1.044	6,44
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.515	9,34
X. Doenças do aparelho respiratório	1.535	9,47
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.569	9,68
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.049	6,47
XV. Gravidez parto e puerpério	3.806	23,47
XIX. Lesões envenenamento e causas externas	1.376	8,49
Outros	4319	26.64
Total	16.213	100,00

das Artes, 2014.

Fonte: Relatório de gestão em saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes ⁽¹³⁶⁾

4.4.2.3 Dengue, febre de Chikungunya e Zika vírus

Nos anos da realização da coleta de dados (2014, 2015 e 2016) importantes eventos epidemiológicos foram registrados no Brasil, no que diz respeito a doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Em meio a campanhas para controle da dengue, foi registrada pela primeira vez, no ano de 2014, a circulação do Chikungunya. Cerca de um ano depois, foi divulgado a transmissão de uma nova doença transmitida pelo *Aedes aegypti*: Zika ⁽¹⁷⁰⁾ e uma epidemia da doença no país ⁽¹⁷¹⁾.

A Zika teve ampla divulgação internacional e alertas do Departamento e Doenças Pandêmicas da Organização Mundial de Saúde sobre a preocupante

associação do Zika vírus com manifestações neurológicas, como Síndrome de Guillan Barré e microcefalia⁽¹⁷²⁾. Os profissionais de saúde necessitaram rapidamente serem capacitados para manejo clínico dessas doenças e controle do vetor ⁽¹⁷³⁾. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Cruz Vermelha e United Nations Children's Fund ⁽¹⁷⁴⁾ lançaram no ano de 2016 um manual de comunicação, engajamento da comunidade na prevenção controle do Zika vírus e doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*⁽¹⁷⁴⁾.

No município de Embu das Artes, segundo dados fornecidos pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica, referente aos boletins emitidos até julho de 2016, não havia nenhum caso de Zika no município. Entretanto chama atenção a evolução da dengue em Embu das Artes: de 321 casos no ano de 2014 para 993 casos em 2015. Nos anos de 2014 e 2015 não foram notificados nenhum caso de Chikungunya, mas em 2016 seis casos foram registrados.

O aumento de casos de dengue em Embu das Artes, entre 2014 e 2015, pode estar relacionado, entre outras causas, ao armazenamento inadequado de água, uma vez que o município passava por rodízio de abastecimento. Os rodízios de abastecimento de água foram uma das medidas lançadas para combater a crise hídrica que acometeu o estado de São Paulo.

Em 2014, São Paulo registrou a maior crise hídrica de sua história, onde o nível do principal conjunto de reservatórios da região metropolitana, o Sistema Cantareira, chegou a 14,6%, o mais baixo nível desde que foi criado, em 1974⁽¹⁷⁵⁾. Diante da crise, campanhas e iniciativas para combate ao desperdício foram lançadas, como bônus (desconto) para reduções de consumo, sobretarifação dos aumentos de consumo, elevação do preço da tarifa de água, campanhas educativas para o uso racional e também rodízio no abastecimento⁽¹⁷⁶⁾.

4.4.2.4 Tripla carga de doenças

O município ilustra a complexa situação epidemiológica denominada tripla carga de doenças, que envolve: primeiro uma agenda não concluída e crescente de doenças infecciosas (vide dengue, Zika e Chikungunya) e problemas de saúde reprodutiva (vide aumento da mortalidade fetal e neonatal/ 2013-2014); segundo, o desafio das doenças crônicas (vide doenças cardiocirculatórias como principal causa de mortalidade no município) e terceiro, as causas externas e violência (vide

violência como quarta maior causa de mortalidade no município e histórico de uma das cidades mais violenta de São Paulo).

4.4.2.5 Equipamentos de Saúde

Com base no Relatório de Gestão Municipal de Embu das Artes (2014), observa-se que o município está organizado com 29 estabelecimentos de saúde sendo:

- 15 Unidades Básicas de Saúde;
- 02 Ambulatórios de Especialidades: Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador; (CAST) e o Centro de Convivência (Conviver);
- 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS AD);
- 02 Hospitais Gerais (Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Irmã Anette);
- 02 Unidades Móveis de Suporte Básico;
- Unidade Móvel de Suporte Avançado;
- Policlínica;
- Secretaria de Saúde;
- Central de Regulação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU Regional), que regula os municípios de Embu das Artes, Embu Guaçu, Itapequerica da Serra, Juquitiba e São Lourenço da Serra;
- Central de Regulação, que regula as consultas e exames agendados dentro e fora do município;
- Unidade de Vigilância/ Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Figura 8 - Mapa de Localização das Unidades de Saúde, Embu (2015).

Fonte: Relatório de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes⁽¹⁶⁸⁾

4.4.2.6 Unidades Básicas de Saúde

A atenção básica está organizada majoritariamente pela ESF. O município conta três UBS de modelo tradicional, nove UBS da ESF e três UBS mistas, com equipes de modelo tradicional e da ESF. Desde a implantação do Programa Mais Médicos, no ano de 2013, o município mantém pela primeira vez todas equipes de saúde da família completas, com 20 médicos do referido programa. Anteriormente o município apresentava dificuldades para contratação de profissionais médicos por oferecer salário inferior ao de outras cidades da região metropolitana de São Paulo.

Tabela 8 - Distribuição de equipes de saúde da família em unidades da ESF e unidades mistas

Unidade de Saúde	Total de equipes	Equipes completas
UBS Itatuba	1	1
UBS Independência	4	4
UBS Eufrásio	3	3
UBS Mimas	1	1
UBS Nossa Senhora de Fátima	3	2
UBS São Marcos (unidade mista)	2	2
UBS Ressaca	1	1
UBS Santa Tereza (unidade mista)	2	2
UBS São Luiz	2	2
UBS Santa Emília (unidade mista)	1	1
UBS Dom José	2	2
UBS Valo Verde	2	2
Total	24	23

Fonte: Relatório de gestão em saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes ⁽¹³⁶⁾

A população está distribuída nas unidades de saúde de acordo com sua área de abrangência. Para o cálculo de distribuição, o município adotou a projeção populacional total estimada pelo IBGE (2014)⁽¹⁶⁸⁾, como é possível visualizar na tabela 9.

Tabela 9 - População por Unidades de Saúde, *Embu das Artes, 2014*

UBS	Percentual	Total
UBS Pinheirinho	6,40	16.579
UBS São Marcos	11,05	28.628
UBS Santo Eduardo	9,79	25.369
UBS Santa Tereza	13,40	34.713
UBS Santa Emília	9,19	23.801
UBS Vista Alegre	6,70	17.357
UBS Mimás	1,70	4.404
UBS Embu	7,59	19.662
UBS Ressaca	1,20	3.109
UBS Itatuba	1,70	4.404
UBS Independência	7,00	18.134
UBS São Luiz	3,80	9.844
UBS Eufrásio	4,91	12.719
UBS Dom José	4,21	10.899
UBS N.S.Fátima	7,70	19.947
UBS Valo Verde	3,66	9.485
Total	100,00	259.053

Fonte: Relatório de gestão em saúde da Secretaria de Saúde de Embu das Artes ⁽¹³⁶⁾

Segundo dados do planejamento em saúde de Embu das Artes, o município tem investido na reorganização da APS, nos objetivos de promover saúde, prevenir agravos à população e com isso diminuir tanto o número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), como diminuir as taxas de mortalidade. É atribuída às UBS a responsabilidade de porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora das RAS.

4.4.2.7 Vínculo

O vínculo profissional no município é diversificado. No final de 2014, estavam registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 1.686 profissionais que atendem o SUS, sendo 42% com vínculo estatutário, 14% com emprego público, 23% profissionais intermediados por Organização do Serviço Social, CEJAM (Centro de Estudos e Pesquisas Dr. Geraldo Amorim), 12% intermediado por empresas privadas (FRID - Fisioterapia, Endolife - Endoscopia, Específica – RX, mamografia e ultrassonografia e Medical com os profissionais dos Prontos Socorros e Maternidade), 4% em cargo comissionado e 4% na categoria de contrato por prazo indeterminado.

Os profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, gerentes, agentes comunitários e saúde, dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal) são contratados majoritariamente pelo CEJAM, enquanto a contratação dos trabalhadores da Secretaria de Saúde tem sua maior porcentagem no contrato Estatutário. Há também as contratações de médicos pelo Programa Mais Médicos, conforme citado anteriormente.

4.4.2.8 Política

Com relação a aspectos políticos, citamos brevemente alguns acontecimentos nos anos em que foram realizadas as entrevistas. Nos anos de 2015 e 2016, foram marcados por uma crise social e institucional, evidenciada em alguns fatos, como a operação Lava- Jato (maior investigação de corrupção e lavagem de dinheiro na história do país), aumento nas taxas de desemprego (1.8 milhões de desempregados em novembro de 2015, 640 mil a mais que o ano anterior) e

manifestações expressivas envolvendo milhões de pessoas, tanto pró quanto contrárias à permanência do governo⁽¹⁷⁷⁾.

O contexto nacional repercutiu no município de Embu das Artes, por exemplo, com investigação de corrupção e relato de demissões nas equipes. No ano de 2015 a Controladoria Geral da União (CGU) indicou a necessidade do município ser auditado, devido critério de vulnerabilidade à corrupção⁽¹⁷⁸⁾. Na ESF, o desemprego pôde ser sentido pela demissão de agentes comunitários de saúde em todas as equipes com mais de cinco ACS, o que culminou em mudanças na organização das equipes e aumento no número de famílias em acompanhamento por ACS.

5.Resultados

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os resultados são apresentados de acordo com a ordem dos objetivos específicos. Inicialmente foi realizada a caracterização dos profissionais, e a seguir, apresentadas a análise do clima de trabalho em equipe e a análise por agrupamento.

5.1.1 Caracterização dos profissionais

A amostra de 144 profissionais (tabela 10) era composta majoritariamente por mulheres (88,9%), agentes comunitários de saúde (56,3%) ACS, e com carga semanal de 40 horas de trabalho (95,1%) em uma mesma UBS (98,6%).

Tabela 10 - Distribuição dos profissionais segundo características

	N	%
Sexo	144	100,0
Feminino	128	88,9
Masculino	16	11,1
Formação	144	100,0
ACS	81	56,3
Auxiliar/Técnico de enfermagem	16	11,1
Enfermeiro	16	11,1
Médico	17	11,8
Dentista	6	4,2
Técnico em higiene dental	2	1,4
Auxiliar em saúde bucal	6	4,2
Carga horária	144	100,0
10	1	0,7
20	3	2,1
30	3	2,1
40	137	95,1
Divide carga horária	144	100,0
Sim	2	1,4
Não	142	98,6
Atuação	144	100,0
1 equipe	135	93,8
2 equipes	6	4,2
4 equipes	3	2,1
Possui especialização	144	100,0
Sim	30	20,8
Não	114	79,2
Tipo de especialização¹	144	100,0
Medicina Geral e Integral	8	26,7
Saúde da Família	4	13,3
Pediatria	1	3,3
Medicina Geral e Integral e Pediatria	1	3,3
Ginecologia e Obstetrícia	1	3,3
Saúde Coletiva	1	3,3
Saúde Coletiva e docência em saúde	1	3,3
Obstetrícia	1	3,3
Administração de empresas	1	3,3
UTI e Pronto Socorro	1	3,3
Docência e Saúde Pública	1	3,3
Implantodontia e Saúde da Família	1	3,3
Saúde da família e Gestão de		3,3
Serviços Públicos de Saúde	1	
Clínica médica	1	3,3
Prótese e Saúde da Família	1	3,3
Saúde pública	1	3,3
Mestrado e Especialização em Saúde		3,3
da Família	1	
Saúde Pública	1	3,3
Clínica médica e cirúrgica e Saúde da		3,3
Família	1	
Saúde da Família, pediatria e saúde		3,3
pública	1	

¹Somente para os profissionais que possuem especialização

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Com relação a formação (tabela 10), 20,8% dos entrevistados referiram possuir alguma especialização. Embora essa porcentagem represente uma minoria na amostra total, se ajustada aos profissionais com formação universitária (enfermeiros, dentistas e médicos - N=39), nota-se que a maioria (74,4%) dos profissionais é especialista em uma ou mais áreas da saúde. As áreas de especialização mais citadas foram Medicina Geral e Integral, Saúde Coletiva e Saúde Pública.

A média das idades foi de 36,1 anos (DP=9,2 anos) sendo observada uma idade mínima de 20 anos e máxima de 60 anos (tabela 11). Nota-se ainda que o tempo de trabalho na mesma UBS e equipe foram em torno de 3,5 anos e o tempo de atuação na prefeitura do município foi 4,5 anos (tabela 11).

Tabela 11 - Medidas-resumo da idade, tempo de prefeitura, de unidade e de equipe

	Média	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
Idade	36,1	9,2	20,0	60,0	29,8	35,0	42,3	144
Tempo de prefeitura (anos)	4,5	4,8	0,0	30,0	1,0	3,0	6,0	144
Tempo de Unidade (anos)	3,5	2,7	0,0	12,0	1,0	3,0	5,0	144
Tempo de Equipe (meses)	42,9	29,1	6,0	144,0	19,5	36,0	60,0	144

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.2 Análise do clima de trabalho em equipe

A análise do escore total para os quatro fatores da ECTE demonstra que a média das equipes na escala foi de 167,9 pontos, sendo 223 o escore máximo a ser atingido. A observação do escore total entre os fatores pode gerar falsa impressão acerca do desempenho das equipes na ECTE, afinal o escore total em cada fator é influenciado pelo número de itens (tabela 12).

Com a finalidade de traçar comparações entre os quatro fatores da ECTE (cada um composto por um número distinto de itens), os escores relativos aos fatores foram padronizados e serão apresentados posteriormente junto à análise de agrupamento.

Tabela 12 - Medidas-resumo do escore da ECTE total e por fator

	Média	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N
Participação na equipe	46,2	8,7	21,0	60,0	41,0	46,0	52,8	144
Apoio para ideias novas	29,8	5,7	12,0	40,0	27,0	30,0	34,0	144
Objetivos da equipe	56,5	11,0	25,0	77,0	47,3	58,5	65,0	144
Orientação para as tarefas	35,4	9,0	11,0	49,0	28,0	37,0	42,0	144
ECTE - Total	167,9	29,3	79,0	223,0	147,3	167,0	189,8	144

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Foram observadas excelentes consistências internas entre os itens da ECTE tanto no escore total como por aspectos (**tabelas 13 a 17**).

Tabela 13 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o escore total da ECTE

(continua)		
Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach global = 0,968		
ECTEQ1	0,572	0,968
ECTEQ2	0,649	0,967
ECTEQ3	0,337	0,969
ECTEQ4	0,648	0,967
ECTEQ5	0,649	0,967
ECTEQ6	0,606	0,967
ECTEQ7	0,606	0,968
ECTEQ8	0,693	0,967
ECTEQ9	0,685	0,967
ECTEQ10	0,671	0,967
ECTEQ11	0,644	0,967
ECTEQ12	0,682	0,967
ECTEQ13	0,746	0,967
ECTEQ14	0,633	0,967
ECTEQ15	0,644	0,967
ECTEQ16	0,680	0,967
ECTEQ17	0,579	0,968
ECTEQ18	0,640	0,967
ECTEQ19	0,732	0,967
ECTEQ20	0,660	0,967
ECTEQ21	0,678	0,967
ECTEQ22	0,675	0,967
ECTEQ23	0,620	0,967
ECTEQ24	0,695	0,967
ECTEQ25	0,718	0,967

(continuação)

Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
ECTEQ26	0,699	0,967
ECTEQ27	0,666	0,967
ECTEQ28	0,718	0,967
ECTEQ29	0,550	0,968
ECTEQ30	0,642	0,967
ECTEQ31	0,787	0,967
ECTEQ32	0,775	0,967
ECTEQ33	0,756	0,967
ECTEQ34	0,706	0,967
ECTEQ35	0,662	0,967
ECTEQ36	0,766	0,967
ECTEQ37	0,674	0,967
ECTEQ38	0,722	0,967

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

Tabela 14 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator participação na equipe da ECTE

Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach global = 0,931		
ECTEQ1	0,627	0,927
ECTEQ2	0,718	0,924
ECTEQ3	0,504	0,932
ECTEQ4	0,726	0,924
ECTEQ5	0,708	0,924
ECTEQ6	0,644	0,927
ECTEQ7	0,688	0,925
ECTEQ8	0,755	0,923
ECTEQ9	0,801	0,921
ECTEQ10	0,739	0,923
ECTEQ11	0,761	0,923
ECTEQ12	0,754	0,923

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Tabela 15 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator apoio para ideias novas da ECTE

Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach global = 0,920		
ECTEQ13	0,704	0,912
ECTEQ14	0,713	0,912
ECTEQ15	0,699	0,913
ECTEQ16	0,733	0,910
ECTEQ17	0,722	0,912
ECTEQ18	0,761	0,908
ECTEQ19	0,815	0,904
ECTEQ20	0,748	0,909

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Tabela 16 – Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator objetivos da equipe da ECTE

Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach global = 0,945		
ECTEQ21	0,707	0,941
ECTEQ22	0,798	0,938
ECTEQ23	0,796	0,938
ECTEQ24	0,774	0,939
ECTEQ25	0,734	0,940
ECTEQ26	0,731	0,940
ECTEQ27	0,805	0,938
ECTEQ28	0,845	0,936
ECTEQ29	0,684	0,943
ECTEQ30	0,714	0,941
ECTEQ31	0,756	0,940

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Tabela 17 - Correlação item-total corrigida, Alpha de Cronbach global e se o item for excluído para o fator orientação para as tarefas da ECTE

Itens	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Alpha de Cronbach global = 0,951		
ECTEQ32	0,852	0,942
ECTEQ33	0,797	0,947
ECTEQ34	0,836	0,944
ECTEQ35	0,840	0,943
ECTEQ36	0,896	0,939
ECTEQ37	0,842	0,943
ECTEQ38	0,793	0,947

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.3 Análise de agrupamento

Resultaram da análise dois agrupamentos: um de equipes identificadas com escores superiores na ECTE, denominado agrupamento A e outro com escores menores, denominado agrupamento B. A análise de cada agrupamento foi realizada tanto por escore total e em cada fator da ECTE (tabela 18), quanto por escores padronizados para cada fator (tabela 19, gráfico 1 e 2).

Tabela 18 - Medidas-resumo do escore da ECTE total e por fatores nos agrupamentos A e B

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	p
Participação na equipe								<0,001
Agrupamento A	49,5	3,1	47,0	56,1	47,4	48,0	51,7	
Agrupamento B	41,7	1,9	38,2	43,5	40,2	42,4	43,0	
Apoio para idéias novas								0,002
Agrupamento A	31,7	2,9	28,1	35,9	28,9	32,0	34,6	
Agrupamento B	27,5	0,9	26,5	28,7	26,6	27,0	28,5	
Objetivos da equipe								0,001
Agrupamento A	60,6	4,2	53,4	66,4	57,4	60,8	64,2	
Agrupamento B	52,7	2,4	49,0	55,7	50,0	53,3	54,4	
Orientação para as tarefas								0,015
Agrupamento A	37,7	4,2	30,3	42,9	34,0	38,3	41,3	
Agrupamento B	32,2	2,9	26,8	35,4	29,7	33,5	34,4	
TCI - Total								<0,001
Agrupamento A	179,6	13,2	164,1	200,4	166,2	178,3	192,1	
Agrupamento B	154,0	4,8	146,1	160,7	150,2	155,8	156,6	

p – Nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017**Tabela 19** - Medidas-resumo do escore total na ECTE e seus quatro fatores (padronizados) por grupos

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	P
Participação na equipe (z-escore)								<0,001
Agrupamento A	0.46	0.33	0.19	1.16	0.23	0.30	0.69	
Agrupamento B	-0.37	0.20	-0.74	-0.18	-0.52	-0.30	-0.23	
Apoio para idéias novas (z-escore)								0.002
Agrupamento A	0.39	0.47	-0.20	1.07	-0.07	0.44	0.86	
Agrupamento B	-0.31	0.15	-0.47	-0.11	-0.44	-0.38	-0.13	
Objetivos da equipe (z-escore)								0.001
Agrupamento A	0.38	0.36	-0.22	0.88	0.12	0.40	0.69	
Agrupamento B	-0.29	0.20	-0.60	-0.03	-0.51	-0.23	-0.14	
Orientação para as tarefas (z-escore)								0.015
Agrupamento A	0.32	0.44	-0.45	0.86	-0.06	0.38	0.69	
Agrupamento B	-0.26	0.30	-0.82	0.08	-0.51	-0.12	-0.02	

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

p – Nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Gráfico 1 – Escores padronizados (médios) das equipes do grupo A

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Gráfico 2 – Escores padronizados (médios) das equipes do grupo B

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.3.1 Caracterização dos agrupamentos formados

A seguir são discutidos os resultados acerca das variáveis que apresentaram associação estatística significativa com os escores na ECTE: o tamanho das equipes e o tempo de interação. As características profissionais, segundo agrupamento, não estiveram associadas aos escores na ECTE (tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos profissionais por características, segundo agrupamento

	Equipe						P
	Grupo A		Grupo B		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo	69	100.0%	90	100.0%	159	100.0%	0,141 ^a
Feminino	63	91.3%	75	83.3%	138	86.8%	
Masculino	6	8.7%	15	16.7%	21	13.2%	
Formação	69	100.0%	90	100.0%	159	100.0%	0.667
Agente Comunitário	39	56.5%	42	46.7%	81	50.9%	
Aux/ Técnico de enf.	7	10.1%	9	10.0%	16	10.1%	
Enfermeiro	8	11.6%	8	8.9%	16	10.1%	
Medico	7	10.1%	10	11.1%	17	10.7%	
Dentista	4	5.8%	8	8.9%	12	7.5%	
THD	2	2.9%	4	4.4%	6	3.8%	
ASB	2	2.9%	9	10.0%	11	6.9%	
Carga horária	69	100.0%	90	100.0%	159	100.0%	0.517
10	0	0.0%	1	1.1%	1	.6%	
20	1	1.4%	2	2.2%	3	1.9%	
30	1	1.4%	5	5.6%	6	3.8%	
40	67	97.1%	82	91.1%	149	93.7%	
Divide carga horária	69	100.0%	90	100.0%	159	100.0%	0.580
Sim	2	2.9%	1	1.1%	3	1.9%	
Não	67	97.1%	89	98.9%	156	98.1%	
Possui especialização	69	100.0%	90	100.0%	159	100.0%	0,316 ^a
Sim	13	18.8%	23	25.6%	36	22.6%	
Não	56	81.2%	67	74.4%	123	77.4%	

^aNível descritivo do exato de Fisher ou teste de Qui-Quadrado (^a)

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.3.2 Tempo de trabalho nas equipes

O tempo de trabalho nas equipes esteve associado ao desempenho na ECTE ($p=0,005$). As equipes com menor tempo de trabalho dos seus membros foram as que obtiveram os melhores escores totais (tabela 21). Não foram verificadas diferenças de médias por idade ou tempo na Prefeitura no Município e na mesma UBS.

Tabela 21 - Medidas-resumo da idade, tempo de prefeitura, de unidade e de equipe por grupo

	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
Idade									0.871
Grupo A	36.4	9.7	20.0	60.0	31.0	34.5	41.8	68	
Grupo B	36.7	9.3	20.0	60.0	29.0	36.0	44.5	89	
Tempo de prefeitura (meses)									0.079
Grupo A	4.2	5.1	0.0	30.0	1.0	2.0	6.0	69	
Grupo B	5.7	5.2	0.0	27.0	2.0	5.0	6.3	90	
Tempo de Unidade (anos)									0.062
Grupo A	3.0	2.7	0.0	12.0	1.0	2.0	5.0	69	
Grupo B	3.8	2.4	0.0	11.0	2.0	4.0	5.0	90	
Tempo de Equipe (meses)									0.005
Grupo A	36.5	5.8	6.0	144.0	18.0	36.0	48.5	69	
Grupo B	49.2	8.9	6.0	132.0	24.8	48.0	70.0	90	

p – Nível descritivo do teste t de Student

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.3.3 Tamanho das equipes

O número médio de profissionais por equipe mostrou associação com os escores totais dos fatores na ECTE ($p 0,036$). O agrupamento A, com equipes de

respondentes menores (média de 7,67 componentes e mediana de 7 componentes) apresentou maiores escores comparativamente ao agrupamento B, média e mediana de 10 componentes (tabela 22). Resultado similar foi observado para o tamanho das equipes completas (tabela 22).

Tabela 22 - Medidas-resumo do escore total da ECTE e tamanho das equipes

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	p
ECTE - Total								<0,001
Grupo A	179,6	13,2	164,1	200,4	166,2	178,3	192,1	
Grupo B	154,0	4,8	146,1	160,7	150,2	155,8	156,6	
Tamanho das equipes								0,036
Grupo A	10,44	1,01	9,00	12,00	9,50	11,00	11,00	
Grupo B	11,44	0,73	11,00	13,00	11,00	11,00	12,00	
Tamanho das equipes (respondentes)								0,005
Grupo A	7,67	1,00	7,00	10,00	7,00	7,00	8,00	
Grupo B	10,00	1,50	7,00	12,00	9,00	10,00	11,00	

p – Nível descritivo do teste de Mann-Whitney

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.3.4 Análise dos agrupamentos de equipe nos fatores da ECTE

A participação na equipe teve destaque como o principal fator de diferenciação dos agrupamentos (tabela 19). De acordo com os escores padronizados, o fator de participação na equipe foi a que apresentou melhor pontuação entre o agrupamento A e pior pontuação no agrupamento B.

Com relação ao desempenho das equipes no fator apoio para ideias novas, observa-se que a pontuação média do agrupamento A foi positiva, enquanto para o agrupamento B esse fator apresentou média negativa, sendo o segundo pior em termos de escore (tabela 19).

O fator objetivos na equipe contribuiu para a diferenciação dos agrupamentos, porém não foi o fator com os maiores escores ou menores escore da escala em nenhum dos agrupamentos. Observou-se a pontuação média do

agrupamento A positiva, enquanto para o agrupamento B esse fator apresentou média negativa, tal como observado nos demais fatores da ECTE (tabela 19).

No fator orientação para tarefas, as equipes do agrupamento B tiveram seus maiores escores e do agrupamento A tiveram seus menores escores (tabela 19).

5.1.4 Classificação dos escores das equipes

Os escores das equipes estudadas na presente pesquisa foram descritos a partir de uma classificação de notas de corte.

A classificação foi criada a partir da análise de dados da amostra de validação nacional da ECTE. Os dados foram descritos em percentis (decis, quartis e tercis) além do mínimo e máximo por equipe para cada aspecto da ECTE e geral - obtida via média dos escores dos profissionais que compunham cada equipe (tabela 23). A fim de facilitar a compreensão sobre como classificar os escores, apresenta-se um exemplo de como avaliar a pontuação da ECTE em quartis (tabela 24). A análise em percentis de acordo com as equipes dos agrupamentos A e B é apresentada na tabela 25.

Optou-se por utilizar a análise em quartis pois foi o percentil que melhor distinguiu equipes do agrupamento A e B. De acordo com essa análise, é possível visualizar que os dois agrupamentos de equipes selecionadas para o estudo qualitativo se encontram em quartis diferentes para todos os fatores da ECTE, sendo as maiores diferenças observadas no fator de participação na equipe, onde as equipes do agrupamento A se encontram no quartil 1, enquanto as equipes do agrupamento B se encontram no quartil 4 (Tabela 26).

As equipes do agrupamento A pertenceram ao quartil 4 em todos os fatores da ECTE, enquanto as equipes do agrupamento B variaram entre quartil 1, no fator de participação na equipe, quartil 2 no fator de apoio para ideias novas, quartil 3 no fator de objetivos da equipe e quartil 2 ou 3 no fator de orientação para tarefas.

Tabela 23 - Classificação dos escores segundo amostra de validação nacional na APS (N=76 equipes)

Mínimo, Percentis e Máximo	Participação na equipe	Apoio para idéias novas	Objetivos da equipe	Orientação para as tarefas	TCI - total
Mínimo	19.00	12.00	11.00	9.00	51.00
5	36.74	21.34	38.85	20.98	123.89
10	38.09	23.87	42.92	23.66	131.19
20	40.24	25.22	45.61	26.70	136.98
25	41.63	26.22	47.14	28.03	143.50
30	43.29	27.02	48.08	29.60	148.15
33.3	43.81	27.82	49.44	30.28	151.01
40	45.01	28.61	50.47	31.10	157.89
50	46.81	29.50	52.89	32.75	161.13
60	47.80	30.34	54.60	34.19	166.20
66.67	48.61	30.54	56.50	35.25	170.37
70	49.00	30.67	56.98	36.43	171.81
75	49.33	31.00	57.45	37.00	174.17
80	50.00	31.92	59.12	37.47	176.80
90	52.35	33.65	63.65	39.65	182.73
95	55.45	34.65	67.15	44.50	201.45
Máximo	60.00	40.00	72.00	46.00	218.00

Legenda: Em cinza as notas de corte em quartis.

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Tabela 24 - Detalhamento da classificação de escores em quartis

	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4
Participação segura	< 19- 41,63	41,64 - 46,81	46,82 - 49,33	49,34 - 60
Apoio para idéias novas	< 12 – 26,22	26,23 - 29,50	29,51 - 31	31,01 - 40
Objetivos comuns	< 11 – 47,14	47,15 – 52,89	52,90 – 57,45	57,46- 72
Orientação para tarefas	< 9- 28,03	28,04 – 32,75	32,76 – 37,00	37,01 – 46,00

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

Tabela 25 - Análise em percentis do agrupamento A e B de acordo com classificação de escores da amostra de validação nacional

(continua)

	Agrupamentos - Cluster				Total		p
	A		B				
	N	%	N	%	N	%	
Fator 1 em Decis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
D2 (38,10 - 40,24)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
D3 (40,25 - 43,29)	0	0.0%	5	55.6%	5	27.8%	
D4(43,30 - 45,01)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
D6 (46,82 - 47,80)	4	44.4%	0	0.0%	4	22.2%	
D7 (47,81 - 49,00)	2	22.2%	0	0.0%	2	11.1%	
D9 (50,01 - 52,35)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D10 (52,36+)	2	22.2%	0	0.0%	2	11.1%	
Fator1 em Quartis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
Q1 (<= 41,63)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
Q2 (41,64 - 46,81)	0	0.0%	7	77.8%	7	38.9%	
Q3 (46,82 - 49,33)	6	66.7%	0	0.0%	6	33.3%	
Q4 (49,34+)	3	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	
Fator1 em Tercis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
T1 (<= 43,81)	0	0.0%	9	100.0%	9	50.0%	
T2 (43,82 - 48,61)	5	55.6%	0	0.0%	5	27.8%	
T3 (48,62+)	4	44.4%	0	0.0%	4	22.2%	
Fator2 em Decis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.020
D3 (25,23 - 27,02)	0	0.0%	5	55.6%	5	27.8%	
D4 (27,03 - 28,61)	2	22.2%	3	33.3%	5	27.8%	
D5 (28,62 - 29,50)	1	11.1%	1	11.1%	2	11.1%	
D6 (29,51 - 30,34)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D9 (31,93 - 33,65)	2	22.2%	0	0.0%	2	11.1%	
D10 (33,66+)	3	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	
Fator2 em Quartis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.009
Q2 (26,23 - 29,50)	3	33.3%	9	100.0%	12	66.7%	
Q3 (29,51 - 31,00)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
Q4 (31,01+)	5	55.6%	0	0.0%	5	27.8%	
Fator2 em Tercis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.003
T1 (<= 27,82)	0	0.0%	5	55.6%	5	27.8%	
T2 (27,83 - 30,54)	4	44.4%	4	44.4%	8	44.4%	
T3 (30,55+)	5	55.6%	0	0.0%	5	27.8%	
Fator3 em decis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.009
D4 (48,09 - 50,47)	0	0.0%	3	33.3%	3	16.7%	
D6 (52,90 - 54,60)	1	11.1%	5	55.6%	6	33.3%	
D7 (54,61 - 56,98)	1	11.1%	1	11.1%	2	11.1%	
D8 (56,99 - 59,12)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D9 (59,13 - 63,65)	4	44.4%	0	0.0%	4	22.2%	

(continuação)

	Agrupamentos - Cluster				Total		p
	A		B		N	%	
	N	%	N	%			
D10 (63,66+)	2	22.2%	0	0.0%	2	11.1%	
Fator3 em Quartis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.002
Q2 (47,15 - 52,89)	0	0.0%	3	33.3%	3	16.7%	
Q3 (52,90 - 57,45)	2	22.2%	6	66.7%	8	44.4%	
Q4 (57,46+)	7	77.8%	0	0.0%	7	38.9%	
Fator3 em Tercis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
T1 (<= 49,44)	0	0.0%	1	11.1%	1	5.6%	
T2 (49,45 - 56,50)	1	11.1%	8	88.9%	9	50.0%	
T3 (56,51+)	8	88.9%	0	0.0%	8	44.4%	
Fator4 em decis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.137
D3 (26,71 - 29,60)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
D4 (29,61 - 31,10)	1	11.1%	1	11.1%	2	11.1%	
D5 (31,11 - 32,75)	0	0.0%	1	11.1%	1	5.6%	
D6 (32,76 - 34,19)	1	11.1%	2	22.2%	3	16.7%	
D7 (34,20 - 36,43)	1	11.1%	3	33.3%	4	22.2%	
D8 (36,44 - 37,47)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D9 (37,48 - 39,6)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D10 (39,66+)	4	44.4%	0	0.0%	4	22.2%	
Fator4 em Quartis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	
T1 (<= 28,03)	0	0.0%	1	11.1%	1	5.6%	
T2 (28,04 - 32,75)	1	11.1%	3	33.3%	4	22.2%	
T3 (32,76 - 37,00)	2	22.2%	5	55.6%	7	38.9%	
T4 (37,01+)	6	66.7%	0	0.0%	6	33.3%	
Fator4 em Tercis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.048
T1 (<= 30,28)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
T2 (30,29 - 35,25)	3	33.3%	6	66.7%	9	50.0%	
T3 (35,26+)	6	66.7%	1	11.1%	7	38.9%	
TCI_Total em Decis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
D3 (136,99 - 148,15)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
D4 (148,16 - 157,89)	0	0.0%	6	66.7%	6	33.3%	
D5 (157,90 - 161,13)	0	0.0%	1	11.1%	1	5.6%	
D6 (161,14 - 166,20)	2	22.2%	0	0.0%	2	11.1%	
D7 (166,21 - 171,81)	1	11.1%	0	0.0%	1	5.6%	
D9 (176,81 - 182,73)	3	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	
D10 (182,74+)	3	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	
TCI_Total em Quartis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	<0,001
Q2 (143,51 - 161,13)	0	0.0%	9	100.0%	9	50.0%	
Q3 (161,14 - 174,17)	3	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	
Q4 (174,18+)	6	66.7%	0	0.0%	6	33.3%	
TCI_Total em Tercis	9	100.0%	9	100.0%	18	100.0%	0.009
T1 (<= 151,01)	0	0.0%	2	22.2%	2	11.1%	
T2 (151,02 - 170,37)	3	33.3%	7	77.8%	10	55.6%	
T3 (170,38+)	6	66.7%	0	0.0%	6	33.3%	

p - Nível descritivo do teste exato de Fisher

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

Tabela 26 - Escores médios totais por equipe e grupo na ECTE, descritos em quartis

ID Equipe	Participação na equipe	Fator 1 em Quartis	Apoio para idéias novas	Fator 2 em Quartis	Objetivos da equipe	Fator 3 em Quartis	Orientação para as tarefas	Fator 4 em Quartis	ECTE Total em Quartis
Grupo A									
Equipe 1	56.14	Q4 (49,34+)	35.86	Q4 (31,01+)	66.43	Q4 (57,46+)	42.00	Q4 (37,01+)	Q4 (174,18+)
Equipe 2	50.80	Q4 (49,34+)	34.80	Q4 (31,01+)	62.30	Q4 (57,46+)	40.20	Q4 (37,01+)	Q4 (174,18+)
Grupo B									
Equipe 3	38.71	Q1 (<= 41,63)	26.57	Q2 (26,23 - 29,50)	54.57	Q3 (52,90 - 57,45)	34.29	Q3 (32,76 - 37,00)	Q2 (143,51 - 161,13)
Equipe 4	38.20	Q1 (<= 41,63)	26.50	Q2 (26,23 - 29,50)	53.20	Q3 (52,90 - 57,45)	28.90	Q2 (28,04 - 32,75)	Q2 (143,51 - 161,13)

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.1.5 Descrição da devolutiva dos resultados da primeira fase (quantitativa) ao município

A devolutiva ao município foi feita sob três formas. A primeira foi um relatório escrito endereçado a Secretaria Municipal de Embu das Artes.

A segunda devolutiva foi apresentação dos resultados em reunião de gerentes dos serviços de saúde de Embu das Artes. O pedido de pauta na reunião foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde com dois meses de antecedência por e-mail e confirmado por contato telefônico com a coordenadora da Comissão de pesquisas e educação permanente. A apresentação na reunião de gerentes teve duração de 20 minutos, e a seguir houve debate com os gerentes acerca dos resultados encontrados e logística para a etapa qualitativa de pesquisa. Os recursos utilizados para apresentação foram slides elaborados no *power point*, contendo introdução ao assunto de pesquisa, método, principais resultados e etapas futuras de pesquisa.

Foi oferecido aos gerentes apresentação dos resultados a suas respectivas equipes na própria UBS. Para tanto, a pesquisadora disponibilizou seu contato telefônico e e-mail para agendamento de horário de acordo com interesse e disponibilidade dos gerentes. Todavia, apenas uma unidade manifestou interesse na apresentação dos resultados a todos os membros de sua equipe e somente para essa UBS e equipe foi realizada uma terceira devolutiva agendada via email. Na ocasião, a pesquisadora foi recepcionada pela gerente da UBS, que convidou os profissionais a participarem da apresentação. Os próprios profissionais organizaram as cadeiras da sala de espera em círculo e demonstraram interesse nos resultados da pesquisa. Participaram da reunião quatro agentes comunitários de saúde, gerente, dentista, auxiliar de enfermagem, enfermeira. Foram apresentados os gráficos com o desempenho da equipe em cada um dos fatores da ECTE. Em seguida foi aberto espaço para perguntas e então iniciado debate acerca dos resultados. A apresentação e debate tiveram duração aproximada de uma hora. A equipe demonstrou concordar com os resultados descritos pela ECTE, e descreveram a apresentação dos resultados como oportunidade de debate e reflexão sobre a equipe.

5.2 ACHADOS QUALITATIVOS

Os resultados da análise qualitativa são apresentados em duas partes: na primeira são descritos o perfil dos entrevistados, as características do território e das equipes dos dois casos estudados (A e B). Na segunda parte, apresenta-se a análise das formas de colaboração e o modelo de PIC na APS, no contexto do SUS.

5.2.1 Perfil dos entrevistados

Participaram do estudo 24 sujeitos, que discutiram sobre suas percepções acerca das características do trabalho em equipe na ESF e PIC. A tabela a seguir reúne algumas das informações referentes ao perfil dos sujeitos entrevistados. Entre os profissionais, a idade variou de 27 a 57 e a maioria dos entrevistados possuía pós-graduação. Entre os usuários, conselheiros gestores, a idade variou de 39 a 70 anos e a escolaridade relatada foi desde o ensino médio completo à graduação.

Tabela 27 - Caracterização dos profissionais e conselheiros gestores entrevistados, Embu das Artes, 2016

Caso	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação
A	32	F	Ensino médio completo	ACS
A	37	F	Ensino médio completo	ACS
B	38	F	Ensino médio completo	ACS
B	36	F	Ensino médio completo	ACS
B	27	F	Ensino médio completo	ACS
B	41	F	Ensino médio completo	ACS
A	32	F	Pós graduação	Cirurgião dentista
B	29	F	Pós graduação	Cirurgião dentista
A	39	F	Graduação	Conselheiro gestor
A	60	F	Ensino médio completo	Conselheiro gestor
B	64	M	Graduação	Conselheiro gestor
B	70	M	Ensino médio completo	Conselheiro gestor
A	38	F	Pós graduação	Enfermeiro
A	28	F	Graduação	Enfermeiro
B	28	F	Pós graduação	Enfermeiro
B	40	F	Pós graduação	Enfermeiro
A	42	F	Pós graduação	Gerente
A	47	F	Pós graduação	Gerente
B	57	F	Pós graduação	Gerente
B	34	F	Pós graduação	Gerente
A	29	M	Graduação	Médico
A	52	F	Pós graduação	Médico
B	44	F	Pós graduação	Médico
B	34	F	Ensino médio completo	Técnico em saúde bucal

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.2.2 Descrição das características do território

A análise dos relatos permitiu identificar um conjunto de aspectos constitutivos do território de ambos os casos estudados que apontam semelhanças e diferenças entre eles. Como semelhanças, ambos territórios sofrem com o problema do tráfico de drogas, violência e áreas com condições precárias de moradia. No território do caso B, há como agravante a existência de uma área de ocupação, onde cerca de 10 mil pessoas vivem em moradias improvisadas e sem saneamento básico.

Tabela 28 - Características do território estudado- Caso A

(continua)

Aspecto	Citação
Mortalidade infantil por acidente	(...) já perdemos quatro crianças em queda de laje, isso é muito forte aqui, porque eles moram todos em um vale (gerente).
Condições de moradia	<p>(...) só tem uma casa. Eles não têm endereço aqui. Eles não têm identidade de onde eles moram porque não passa carro. A única casa que tem endereço é a primeira da rua, e as cartas chegam todas lá. Criamos números a partir do endereço da primeira casa, tivemos que criar os números para conseguir fazer o cadastro, mas isso é uma loucura até agora. Ainda tem casa que é a 'casa azul do lado do Sr.Caetano e esse termo está no cartão da família (gerente).</p> <p>(...) como foi no ano passado, no ano passado a gente teve uma chuva muito forte e entrou agua na casa de muita gente, muitas pessoas aqui na favela perderam tudo, foi terrível, terrível (ACS).</p>
Tráfico de drogas	(...) a gente tem muitos casos de adolescentes que usam drogas. E assim, é muito difícil aqui tentar combater isso, porque essa questão do tráfico de drogas aqui está muito grande. Por exemplo: a gente vê meninos ou meninas de 12, 13 anos ganhando não sei <i>quantos mil</i> por mês porque passa o tempo inteiro vendendo, e ai você vai oferecer uma oportunidade de emprego que ele não vai ganhar nem a metade do que ele consegue vendendo droga? E..a gente tem um pessoal aqui muito forte, elas (as ACS) chamavam até de autônomos, colocaram esse nome nas pessoas que vendem droga. Eles têm um poder sobre esses adolescentes que eu não consigo te explicar (enfermeira).

(continuação)	
Aspecto	Citação
Influência dos traficantes e violência	Violência do idoso, que a gente teve há uns quarenta dias, o idoso estava preso, amarrado, aquelas coisas...e eles (os traficantes) ficaram indignados, e queriam matar o filho do cara (...) o marido bateu na mulher grávida, o caso de violência sexual contra a criança, eles não admitem, e ai eles vão pra cima (Gerente).
Intoxicação externa	Nossos jovens estão morrendo, se suicidando, ou tentando se matar, e é com chumbinho, então não dá (gerente).
Violência	<p>Teve o caso do Jeneci também, que foi uma criança vítima de abuso, a mãe detestava. Esse foi mais difícil (enfermeira).</p> <p>Famílias que tinham situação de violência gravíssima, como o caso do João Bosco, em uma família que a gente foi visitar. As crianças viviam dentro de uma casa onde pareciam crianças de instituição, sabe? Extremamente carentes de afeto, de cuidado. Uma das crianças chegou a pedir para a agente comunitária leva-la para sua casa: “me leva pra sua casa, não quero mais ficar aqui, não gosto da minha mãe”. Espancamento, situações bem difíceis (Gerente).</p> <p>(...) a gente perdeu uma gestante grávida de sete meses, de um marido que a matou a facadas, ela e o bebê. Não deu para sobreviver (gerente).</p>
Criança em idade escolar mas sem frequentar escola	Crianças que a gente acabou pegando (...) que não estavam na relação da escola e eram casos muito mais graves, por exemplo de crianças que estavam fora da escola porque tinham diabetes. Não davam nenhum tipo de trabalho, mas ficaram fora da escola (gerente).

(continuação)

Aspecto	Citação
Coleta de lixo irregular e agravo à saúde causado por roedores	Passa uma semana tira o lixo depois passa um mês com aquela lixaiada toda. É rato entrando e saindo correndo tal(...). Tinha um rapaz com diabetes aí, o rato comeu o dedo dele. Ele não estava mais sentindo a perna(...). Falaram para nós que ele estava sem os dedos. Quando nós fomos ver, descobrimos que era o rato que estava comendo (conselheiro).
Dengue	A questão da dengue está muito aflorada no nosso bairro (conselheiro).

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

Tabela 29 - Características do território estudado- Caso B

(continua)

Aspecto	Citação
Ausência de áreas de lazer	Nós somos o lazer que o território tem. O território não tem área de lazer, não tem nada. O posto de saúde e a escola são os únicos lugares que o pessoal frequenta (gerente).
Tráfico de drogas	<p>Porque tem a questão do tráfico, então não é sempre que a gente pode entrar. A gente não quer colocar em risco os profissionais e eles mesmos da comunidade. Então tem toda uma linguagem silenciosa que a gente entende quando a gente pode e quando não pode entrar (gerente).</p> <p>Então assim, as vezes no decorrer do dia estou passando para fazer visita e me deparo com os usuários, fazendo uso público de maconha, cocaína dentre outras (ACS).</p>
Tiroteio a luz do dia, conflito entre polícia e traficantes	Lá na minha área tem muito tráfico e no dia que a gente foi a polícia já tinha subido. Estava agitado (...). Ontem voltamos mais cedo porque estava tendo tiroteio, era 15h30 (ACS).

(continuação)

Aspecto	Citação
Condições de moradia em área invadida	<p>Temos uma área que é uma ocupação que já virou moradia, que tem 10 mil pessoas, que é a nossa grande dificuldade (...). Pessoal invadiu um espaço, não tem nome, não tem endereço, agora que a prefeitura está numerando os barracos para que a gente possa identificar...A água e tudo é clandestino, então tem muitas caixas d'água, mas abertas. São galões que eles armazenam água, e não são todos os barracos que tem água encanada (gerente).</p>
Violência contra criança e abandono de idoso	<p>A gente teve um caso bem sério de um pai que abusava, teve queixa de abuso contra menina de 3 anos(...). Infelizmente é triste o que eu vou dizer, mas tem muitos casos como esses que estão escondidos, que eles não passam, não querem que saibamos por medo, por receio (ACS).</p> <p>Dona Elizete tem 75 anos, os filhos são usuários e traficantes, tudo bem difícil. Ela é acamada, sempre que a gente vai lá a casa está muito suja. Ratos, ratos nas panelas mesmo (...) A família é muito desumana, não sei se não gosta da pessoa, da senhora (ACS).</p> <p>Teve, um paciente da minha área (...). Ele estava há dez anos em cima da cama. A cuidadora precisou viajar para Bahia (...). Pensei: "Meu Deus, com quem ficou o Sr. Vinícius? " Porque o filho dele mesmo trabalha, sai às sete da manhã e chega às sete da noite. Aí fui na vizinhança, na vizinha do lado e falei: "e Sr. Vinicius com quem está? ". A vizinha me disse que ele estava sozinho. Eu falei: "O que? " Ela me disse: "Porque ela viajou, então eu entro lá e só coloco água e venho para minha casa e fico com a chave". Igual cachorro sabe? Aí pedi para ela se poderia entrar lá (na casa do Sr. Vinicius). Quando entrei lá, partiu meu coração. Quando dei água para ele parecia que ele ia comer a minha mão. Ele estava sozinho às 10h da manhã sem tomar café, sem tomar um copo de água.</p>

(continuação)

Aspecto	Citação
Melhorias no bairro	Em vista do que a gente já passou por aqui.... Minha esposa ia daqui ao bairro vizinho a pé para fazer o pré-natal. Não era aquele pré-natal, mas ela não perdia as datas que ela tinha que estar lá presente. Essa situação era preocupante. Hoje temos uma maternidade, pode não ser aquela maternidade, mas tem maternidade no município. Nós temos um hospital também no município. Coisas que não tínhamos. Meu primeiro filho nasceu lá em São Paulo. Hoje nós temos Mercado, farmácia, padaria, ônibus, então, quer dizer, não estamos no paraíso, mas estamos chegando lá (conselheiro).
Áreas com diferentes características no mesmo território	O nosso bairro tem áreas muito diferentes, casas em melhores condições, a favela, e a ocupação (conselheiro).

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

5.2.3 Descrição das características contextuais dos casos A e B

Pressão por acesso, estabilidade & instabilidade nas equipes

Segundo a literatura, a PIC implica em parcerias entre profissionais, usuários e serviços sendo, portanto, necessário discutir o quanto as próprias condições de acesso aos serviços e as condições de trabalho favorecem ou constituem barreiras à construção dessas parcerias. Nas entrevistas analisadas, os profissionais destacaram a sobrecarga de trabalho por ausência de um número adequado de profissionais para atender a demanda.

(...) quem está aqui dentro sabe que não é fácil. Um dentista para uma população de 50 mil pessoas? Não consigo atender todas as emergências que vem. A gente tenta sim, mas por exemplo, protocolo são 4 pacientes para uma hora de atendimento às urgências, mas no mínimo vem 10, fora os pacientes marcados (...) Só que eu não dou conta. Vejo todos aqui empenhados. Mas é muito serviço, é muita coisa (dentista).

No contexto de escassez de recursos, os profissionais tentam se adaptar com o que têm e esperam colaboração da população em assumir empatia com relação às dificuldades vivenciadas pelos profissionais.

Precisa de contratação de médico, dentista, de auxiliar. Só que a gente tenta se virar com o que tem (...) então acho que eles, a população, tem que ter um pouco de colaboração também. É muito lindo falar: "eu pago imposto, pago seu salário e pronto" (tom de ironia na voz). A realidade não é essa. E eles não entendem isso (dentista).

A composição da equipe, no que diz respeito a sua estabilidade, também pode influenciar o estabelecimento de colaboração interprofissional. Nesse sentido, os casos A e B se diferenciavam, uma vez que A possuía equipes estáveis, enquanto B descreveu instabilidade constante em sua composição.

A gerente e ACS do caso A referem:

Porque foi desde o começo. Essa equipe foi formada desde o primeiro dia desta unidade (gerente).

A nossa equipe já vem de muito tempo, de muitos anos atrás, então é uma equipe que a gente já se conhece bem (ACS).

Agentes comunitários de saúde do caso B disseram que:

Enfermeiro já é o quarto (...). Quarto enfermeiro em três anos (...). De gerente também muda muito, em cinco anos já é a terceira. Essas mudanças são difíceis (ACS).

Porque assim, quando acho que está dando certo, o negócio desmancha, é incrível. Já teve mudança de agentes de saúde, vários. Quando o quadro está completo, médico vai embora, que é o caso que vivenciamos agora, nosso médico foi embora na segunda-feira (ACS).

A instabilidade na composição da equipe gera constante demanda por adaptações na equipe. Essas adaptações foram consideradas pelos entrevistados fonte de confusão, que impede a clareza sobre o como agir e também acarreta a sensação de impotência, "de mãos atadas" para o trabalho em equipe.

Aí ele (gerente) saiu. Veio uma outra que tentou mudar tudo na Unidade. Infelizmente não deu certo, saiu também. Ai agora veio outra que mudou tudo de novo, aí a pessoa fica oh (gesto com as mãos simbolizando confusão mental) e de mãos atadas (ACS).

Os relatos mostraram um contexto de expressiva sobrecarga de trabalho dos profissionais e descontentamento de usuários com as dificuldades de acesso ao atendimento. Isso configura uma relação tensa entre profissionais e usuários, não

favorável ao estabelecimento de parcerias colaborativas. Entre os profissionais, a alta rotatividade descrita em algumas equipes gerou não continuidade nas ações de atenção à saúde e cuidado, bem como pouca clareza sobre a própria orientação da equipe.

5.2.4 Descrição das características relacionais das equipes dos casos A e B

No âmbito relacional são descritas as características das relações interprofissionais que influenciam a participação na equipe, como a percepção de ambiente não hostil, a existência de confiança, apoio mútuo, compartilhamento de decisões e responsabilidade pelo trabalho. Durante a análise foram observadas diferenças entre os casos A e B, por essa razão eles serão descritos separadamente, iniciando pelo caso A.

5.2.4.1 Descrição das características relacionais das equipes do caso A

Alguns entrevistados referiram que os espaços de interação fora do ambiente de trabalho contribuem para melhorar as relações e a diminuir o estresse, configurando ambiente de trabalho não hostil.

Ontem mesmo nós fomos almoçar na casa de uma amiga que está de férias. “Eu fiz almoço e vocês vão vir aqui! ”. Aí foi todo mundo da equipe para lá (enfermeira).

Porque as vezes a gente está com um estresse tão grande, só na rotina, na rotina. Sabe, precisa sair e falar de outras coisas (ACS).

A percepção de ambiente não hostil foi referida ao descrever a presença de humor na equipe.

(...) a gente está em reunião, daí uma já começa a falar besteira, daí a gente começa a dar risada (ACS).

Sabe que a gente é uma equipe de muito bom humor, a gente ri muito aqui (enfermeiro).

A identificação de um ambiente não hostil à participação variou entre as duas equipes do caso A. Em uma delas foi relatada a busca de relações horizontais entre gerente e demais membros da equipe:

Porque não precisa ser aquela coisa cronometrada: “agora é sua vez de falar. Então não é aquela coisa assim rígida, não precisa ser isso. Não precisa ser aquela coisa pesada, ela (gerente) deu essa liberdade para gente, de ser dessa forma, então acabou que é assim, entendeu? (ACS).

Eles têm liberdade de dizer: “não vamos fazer isso agora”. Estamos na campanha do “Fique sabendo”, e eles disseram: “chefe vamos discutir o PMAQ ao invés de investir tanto no “Fique sabendo”. Porque o ‘Fique sabendo’ depois a gente faz o teste em todo mundo”. Eu disse: Vocês têm razão (gerente).

Enquanto em uma das equipes do caso A mostrou buscar relações horizontais entre gerente e demais membros da equipe, na outra foi referido existência de conflito com a gerência da UBS. No excerto abaixo, o profissional descreve a tomada de decisões hierárquicas na equipe, e compara a condição de submissão dos profissionais à escravidão.

Não tem espaço para gente falar o que a gente quer, acaba sendo mais o que é o protocolo imposto, mandado (...). Então as vezes perde um pouco esse negócio de união, porque acaba virando um “monte de escravinho para fazer”. Não que a gente não goste de fazer, a gente vai fazer o bem para população, mas a forma como conduz não deixa a equipe satisfeita não (dentista).

Houve poucos relatos de conflitos na equipe e os que foram trazidos tinham sua resolução mediada pelos enfermeiros, apontando para contribuição desse profissional na construção de um ambiente menos hostil na equipe.

Tive que mediar (...). Ela ficou meio assim, mas depois ela pediu desculpas e todas elas aceitaram. Elas pediram desculpas entre elas e não quiseram que eu participasse. Se entenderam no mesmo dia e conversaram (enfermeiro).

Os entrevistados referiram confiança e apoio mútuo entre os membros das equipes. Tais sentimentos foram expressos em situações nas quais percebiam compartilhamento na tomada de decisões e responsabilidade pelo trabalho.

E quando uma precisa de força, se junta todo mundo, vai lá para tentar levantar, para tentar ajudar (enfermeiro).

Eu tenho tranquilidade que ele vai fazer, mesmo que ele não faça naquele dia, a gente tem confiança (gerente).

Acho que toda a equipe é assim, tanto em uma como na outra. E a gente tem uma relação muito legal de confiança mesmo (enfermeiro).

Que a gente não tem esse problema “ah eu vou fazer só a minha parte” e não quero saber da parte do outro” (ACS).

Aquele problema não é responsabilidade só minha não, é da equipe, é da equipe toda que vai tomar decisão sobre o que vamos fazer para ajudar aquele paciente, nunca tomo decisão sozinha (ACS).

O compartilhamento de decisões tem início na discussão dos casos em equipe e buscando apropriação das questões referentes ao trabalho executado por outros membros da equipe.

Os casos que a gente discute eu não discuto isoladamente só com uma agente de saúde, é discutido na reunião e aí todo mundo sabe do caso. Então se a gente tiver uma reunião, por exemplo e você falar de algum paciente, todas elas vão saber responder, por exemplo: “O caso é da agente de saúde X”, se ela não estiver as outras vão saber responder porque cada uma se apropria da área da outra (enfermeiro).

As equipes do caso A referiram sentimento de satisfação em fazer parte da equipe. Frases como “se o funcionário está bem, está feliz, ele vai produzir mais” revelam que os profissionais associam satisfação à aumento da produtividade, ou melhoria na qualidade do cuidado.

Aqui dentro da unidade minha equipe é maravilhosa, não trocaria por equipe nenhuma. Muito boa (ACS).

Aqui tem gente feliz, é gente cuidando de gente. Esse é o lema da nossa unidade, e está em todo lugar. Porque quem está feliz cuida melhor. E construímos tudo isso juntos (gerente).

Porque assim, ela (enfermeira) acredita que se o funcionário está bem, está feliz, ele vai produzir mais. Ela passa isso para gente, e é assim que a gente trabalha na nossa equipe, se a gente está bem a gente rende mais, a gente produz mais, se a gente está feliz (ACS).

É o que eu falo para você, sou uma pessoa tão satisfeita, tão profissional, nunca fui tão profissionalmente satisfeita na minha vida como sou com essa equipe (gerente).

A comunicação foi citada tanto formalmente em reuniões de equipe, e-mails, quanto em conversas informais e por *whatsapp*, buscando compartilhar ao máximo as informações da equipe e dos casos atendidos.

De boca, falando. O tempo todo. A gente tem um grupo no *whatsapp*, a gente liga, a gente fala o tempo todo uma falando com a outra. Nada que

eu sei fica só para mim, e nada que minha colega sabe fica somente para ela (ACS).

Mando no *whatsapp* deles, por email, coloco no ponto (gerente).

Os casos que a gente discute eu não discuto isoladamente só com uma agente de saúde, é discutido na reunião e aí todo mundo sabe do caso (enfermeiro).

5.2.4.2 Descrição das características relacionais das equipes do caso B

A comunicação, que se entende relacionada a participação, foi citada tanto formalmente em reuniões de equipe, e-mails, quanto em conversas informais e por *whatsapp*, buscando compartilhar ao máximo as informações da equipe e dos casos atendidos.

No entanto, uma coisa um pouco difícil, e que já foi mais, e agora nem tanto, é a questão da comunicação (enfermeiro).

Se for uma coisa mais urgente, na hora que a gente chega da rua, e já fala com enfermeiro, ou ele ou a doutora, um dos dois que estiver na unidade (...). Às vezes a gente comenta na sala das ACS e resolve na reunião de equipe. A gente se reúne e ouve o outro. (...) é isso, ouvir e entender (ACS).

Hoje tem comunicação. O agente de saúde fala um com o outro. Antes a gente se falava porque tinha que se falar, igual marido e mulher quando não está dando certo, você está ali porque é obrigado (ACS).

Então estamos sempre nos comunicando, não tem nem como dizer: "Não fiquei sabendo" (ACS).

Entretanto, no caso B a comunicação foi relatada como persuasiva, prescritiva ao invés de dialógica.

Às vezes, se a pessoa que tem opinião diferente é a mais forte na equipe, às vezes é difícil de convencer. Então eu deixo para lá, e depois em um outro momento, onde já não fica com raiva, então eu falo com ela e a convenço! (Médico).

Os profissionais referiram diversas situações de conflitos na equipe. Os conflitos foram associados ao mau andamento das atividades, por implicar em trabalho isolado e não articulado em equipe. Porém, os profissionais também mencionaram os conflitos como parte do processo de construção de consensos acerca da prática.

Não tem trabalho em equipe, é muita picuinha, um monte de gente junto que acaba prejudicando o andamento da clínica (técnico em saúde bucal).

Então tem pessoas que não sabem respeitar a opinião do outro: “Penso dessa maneira e tem que ser dessa maneira”. Não! É sua maneira de pensar, eu respeito mas discordo. A minha maneira de pensar é diferente. Na equipe quando surge isso a gente tenta cada um dar sua opinião. Mas tenta chegar em um acordo, se for algo para trabalhar, é como falei, somos abertos a dar nossas opiniões (ACS).

Já teve muitas desavenças, um que não que não concorda com o outro, mas acaba que a gente mesmo sem concordar, acaba se unindo e fazendo o que tem que fazer (ACS).

Espaços de interação fora do ambiente de trabalho não foram relatados. Ao contrário das equipes do caso A, que buscam manter relações até mesmo fora do ambiente profissional. As equipes do caso B não referiram expectativa de amizades no trabalho, mas de convívio de respeito profissional.

A maior parte do meu dia passo com eles (os ACS). Mas como a maioria são casados, com filhos e tem suas responsabilidades fora a gente tem dificuldade de ter relacionamento fora do trabalho (enfermeiro).

Porque ninguém é para ter alegria extrema, amizade, mas o respeito com o outro profissional tem que ter (gerente).

Com relação a confiança, nota-se diferenças entre as equipes do caso B. Enquanto profissionais de uma das equipes referiram confiar em seus colegas, na outra não houve nenhum relato de confiança entre os profissionais.

Mas nossa relação é boa e temos bastante confiança uma na outra (ACS).

Tenho plena confiança em minhas meninas e em meu enfermeiro. Tanto com as auxiliares (médico).

Sobre o apoio mútuo, os profissionais referiram perceber apoio entre seus membros, seja ao ‘cobrir’ um colega ausente, seja ao fazer um horário de almoço reduzido para poder auxiliar o colega em alguma atividade da equipe. Pondera-se que o apoio entre os profissionais não deve funcionar como permuta.

Mas eles têm essa disponibilidade, de almoçar correndo, ou mudar horário de almoço porque no momento tem muita gente, e ele percebe que não pode almoçar, almoça depois. Então tem todas essas questões, de cobrir alguém que não veio por alguma questão particular, de saúde (gerente).

Escutei que uma determinada pessoa, se eu fizesse isso, ele me dava isso. Eu jamais faço isso. Não (...) Se é pessoal ou profissional acho que o

gestor tem que acolher o profissional, mas não por permuta: “só faço se você fizer” (gerente).

Ainda sobre o apoio mútuo, os profissionais referiram vivenciar um período de melhora na comunicação entre os membros da equipe (no compartilhamento de problemas), o que propiciou o surgimento de apoio entre os profissionais. Entretanto, mesmo ao reconhecer a interdependência entre os membros da equipe, identificaram dificuldade em estabelecer parcerias entre os profissionais.

Na maioria das vezes a equipe compartilha os problemas. Porque quando tem um caso mais sério passamos em reunião para todos saberem, temos até um livro ATA. Todos ficam sabendo e dão apoio (...) antes ficava ali na equipe para dizer que era equipe, mas ficava cada um ali do seu jeito (ACS).

Por ser uma equipe todo mundo é dependente de todo mundo aqui. Então precisamos colaborar um com o outro. A gente tem dificuldade com relação a isso, porque muitos querem ajuda, porém poucos se dão (ACS).

Mas tem gente que pensa assim: “fui contratado para fazer isso e vou fazer só isso”, entendeu? (ACS).

Com relação ao compartilhamento de responsabilidades e de decisões, os profissionais relataram pouco compartilhamento de responsabilidades na equipe. Isso que remete a noção de frágil percepção de pertencimento à equipe por parte de alguns profissionais. Os excertos abaixo demonstram a tomada de decisões centralizada nos profissionais médicos e enfermeiros, ou realizada de maneira individual, por descrença na possibilidade de compartilhamento com a equipe.

Depois que a gente passa tudo, a doutora fala: “esse caso a gente tem que ver com prioridade”. Aí a gente resolve na reunião mesmo. A doutora e o enfermeiro, os dois decidem (ACS).

Não, não porque a gente não tem respaldo. É horrível, mas se eu tivesse trazido esse caso para cá ele estaria engavetado até hoje (ACS).

Passei o caso dela da equipe para ver se alguém podia tomar atitude de fazer algo por ela, quem sabe acionar o Conselho do Idoso. Mas até hoje não tive retorno, e faz tempo, até hoje já vai fazer quase um ano (ACS).

Não estou tendo ajuda da equipe e também de outros para resolver esse caso. Não sei porque (ACS).

As atividades são divididas e cada um fica com uma função, porém tem sempre um que procura fazer menos, sempre um que acaba jogando até a sua responsabilidade para o outro fazer (ACS).

As relações hierárquicas na equipe parecem ter favorecido a tomada de decisões centralizada no gerente. Uma vez que os profissionais referiram não terem oportunidades de se expressar, ou não se sentirem ouvidos.

A maioria das pessoas que entraram aqui sempre põe pânico, medo, querem mostrar autoridade, aquela coisa de chefe. Toda empresa tem, mas é uma coisa que me deixa bem chateada, eles sempre escutam o outro lado, o funcionário está sempre errado. Não te dão opção de falar o que aconteceu (dentista).

Hoje em dia a gente dá opinião, mas não sei se é levado a sério. Muda muito. Antes a gente tinha mais oportunidade de dar opinião, não sei se sentíamos que tínhamos mais liberdade para falar (ACS).

5.2.5 Descrição das características processuais das equipes dos casos A e B

Na análise foram apreendidos aspectos relacionados ao trabalho em equipe e PIC que foram descritos como processuais, ou seja, aspectos que representam os processos da equipe, como a equipe se organiza no cotidiano do trabalho. As características processuais identificadas são: reuniões de equipe, intervenções interprofissionais e orientação da equipe.

5.2.5.1 Descrição das características processuais das equipes do caso A

5.2.5.1.1 - Reuniões de equipe

As equipes do caso A se diferenciaram no que diz respeito a estrutura física favorável a realização de encontros e reuniões. Em uma das equipes, a UBS contava com uma sala de reuniões, enquanto na outra foi necessário mutirão de limpeza para adaptar um dos espaços para a realizações de reuniões de equipe.

Assim, nós não temos uma sala, assim a gente ficava de um lado para o outro, daí resolvemos ficar na garagem. Tem aquele espaço que nós limpamos (...). Tinha rato morto, poeira, e fomos tirando o que dava para tirar. Lavamos, separamos com aquelas Madeirites e pelo menos assim, temos um espacinho, um canto pra ficar. E lá estamos até hoje. É ruim por causa da poeira, barulho do carros, mas é o que a gente conseguiu (ACS).

Então não tem sala as vezes nem pra fazer uma conversa, mas isso não impede a equipe de fazer. Me incomoda a questão da ambiência (gerente).

Tem uma sala para reunião quando precisa. Isso facilita bastante, porque não vira bagunça quando precisa de reunião, de fechar uma sala que não era para estar fechada ou sair juntando as cadeiras. Não! Temos uma sala específica para isso. Acho isso bem importante (médico).

Mesmo com diferenças na estrutura física das UBS em que as equipes estavam inseridas, com condições mais ou menos favoráveis a realização de reuniões, ambas equipes do caso A realizam reuniões frequentes, de duas a três vezes por semana.

Uma hora, uma hora e meia, reunião quase todo dia em equipe (ACS).

Tem reunião terça e quinta, uma hora de reunião. Participam médico, enfermeira, auxiliar e os ACS (enfermeiro).

As reuniões de equipe do caso A foram descritas como espaços para discussão e construção de consensos acerca do trabalho realizado, permitindo a busca por participação equilibrada entre os membros da equipe, estimulada por meio de pautas e iguais oportunidades de fala para todos os membros.

Por ter esse roteiro acaba que todo mundo tem o mesmo espaço, o mesmo momento de falar, e não tem uma diferença assim para conduzir a reunião, porque o mesmo espaço que a Tulipa tem, a Nara tem (enfermeiro).

Isso era legal, porque a gente ouve todo mundo e procura consenso, se não tiver bom para um a gente procura rever, mas porque que você acha que não está bom? (enfermeiro).

A percepção sobre a participação na reunião foi descrita pelos profissionais das equipes do caso A como positiva, reiterando os aspectos assinalados anteriormente, referentes à participação na equipe.

Eles propõem muitas coisas, não fica aquela reunião geral parada, “e aí”? Não! Eles vão propondo, vão passando todos os casos, eles vão...é natural, a coisa flui (gerente).

Embora tenha sido relatada a busca por construir consenso nas equipes, o posicionamento dos membros quando há divergências foi referido como um aspecto em desenvolvimento nas reuniões gerais da UBS, ou seja, nas reuniões realizadas com participação de todas equipes da UBS.

Na reunião geral acho que são equipes que ainda colocam pouco as divergências, ainda tem dificuldade de se posicionar nas divergências e exercita-las. Esse ano queria muito exercitar isso, de poder aparecer,

porque a gente tem a força do todo, mas as individualidades ainda pouco se sobressaem (gerente).

5.2.5.1.2 Intervenções interprofissionais

Utilizou-se a definição de intervenções interprofissionais de Reeves et al.⁽¹⁰⁾, sendo aquelas que envolvem dois ou mais profissionais da saúde, ou do serviços social que trabalham juntos em prol do aprimoramento da colaboração.

As intervenções interprofissionais relatadas pelos profissionais foram: (1) rodízio entre os membros de uma mesma equipe na execução de grupos de educação em saúde e em atividades administrativas e (2) a formação de grupos de trabalho compostos por membros de diferentes equipes de uma mesma UBS.

O rodízio entre membros de uma mesma equipe, na execução de grupos de educação em saúde, foi referido como ideia para viabilizar o compartilhamento do conhecimento acerca do trabalho desenvolvido por diferentes membros da equipe.

A principio a gente fazia assim, eu era só do grupo da gestante. Então tudo que era relacionado ao grupo da gestante quem sabia mais era só eu. Ai por exemplo, eu saí de férias. A outra pessoa que ficou, ficou meio perdida. Aí nós tivemos essa ideia de fazer uma escala para que todo mundo soubesse um pouco de tudo. E por isso que nós criamos esse rodízio (ACS).

O rodízio entre membros na equipe foi descrito como forma de facilitar a clareza de papeis entre os membros da equipe. Ao desenvolver o papel do outro, os membros da equipe ampliaram a compreensão e valorização das atividades desempenhadas pelo colega. O rodízio na equipe parece contribuir também para o compartilhamento de responsabilidade pelas atividades desenvolvidas na equipe. No excerto abaixo, o entrevistado associou o compartilhamento de responsabilidade na equipe com a possibilidade de ajuda entre os profissionais.

No primeiro dia que eu cheguei de volta das férias a pessoa que ficou no meu lugar no rodízio veio me falar: “Eu preciso muito te pedir desculpa”. “Desculpa do que?“, eu disse. E ela falou: “Eu nunca imaginei que dava tanto trabalho assim cuidar do grupo de gestante, eu nunca imaginei”. Então no meu caso foi isso. Você viver e fazer o que o outro fazia. Se empoderar mesmo. A partir do momento que é a sua responsabilidade agora, você começa a dar mais valor, a entender melhor, como funciona, começa a dar mais valor e pode ajudar mais no futuro (ACS).

Outra forma de intervenção interprofissional reportada foi a formação de grupos de trabalho compostos por membros de diferentes equipes, os grupos “entre equipes”. Esses grupos visam ampliar a colaboração interprofissional para com outra (s) equipes da UBS. Os grupos “entre equipes” foram vistos como espaços de interação entre os profissionais e forma de viabilizar também a participação de profissionais de saúde bucal, que não são normalmente incluídos nas reuniões semanais da equipe de saúde da família. Os grupos “entre equipes” têm por objetivo organizar ações de promoção à saúde no território, de acordo com a área estabelecida para cada grupo, como saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem.

Agora está bem bacana porque tem esses grupos, então eu estou com mais gente, eu estou com médico, com agente, com a recepção, com enfermagem, limpeza, então não existe esse negócio de: ‘médico não se mistura com dentista, não se mistura com pessoal da limpeza, com pessoal da recepção’, todos somos um. Eu achei bacana para interagir com todos aqui dentro. Não é ainda bacana do jeito que deveria ser, mas o fato de a odonto ter entrado agora nesses grupos para poder agir com todos da UBS nos eventos é algo muito novo (...). Eu acho que é pouco, mas já está melhor que antes que não tinha nada. Fazemos juntos ações até fora daqui, no bairro(...) Então a gente começou a se envolver mais com a atenção básica no geral (...) Agora está começando a se estender, antigamente nós éramos só “a sala da odonto”. Agora não fica só voltado para atendimento (dentista).

5.2.5.1.3 Orientação da equipe: objetivos da equipe, apoio para ideias novas, orientação para tarefas

As entrevistas mostraram que alguns profissionais das equipes do caso A apresentaram ideias comuns, compartilhadas, a respeito da educação, da promoção em saúde e da assistência de qualidade. Também foram mencionadas formas e esforços para alcançar os objetivos da equipe, embora não exista entre os profissionais entrevistados consenso sobre o(s) objetivo(s) da equipe. Enquanto para alguns o objetivo é a assistência de qualidade, para outros é a prevenção e/ou educação em saúde ou ampliação do acesso.

É prestar assistência e de qualidade. Então não tem coisa meia boca a gente não quer (gerente).

O objetivo maior é atender essa população da melhor forma possível (ACS).

Prevenção e educação, esse é o objetivo principal (médico).

O objetivo seria manter todos pacientes bem. Mas é, nas prioridades a gente tenta encaixar os pacientes que são mais vulneráveis, sejam os idosos, os que já tem doenças crônicas, os que já sofreram alguma coisa, alguma agressão, ou descobriram que tem alguma doença aguda (médico).

Então nosso objetivo na verdade é atender o máximo de pacientes possível (dentista).

Quanto as ideias novas na equipe, a análise mostrou que, na percepção dos gerentes e enfermeiros do caso A, os membros das duas equipes demonstravam criatividade e apresentavam ideias novas que eram apoiadas e incentivadas pelo gerente e demais membros das respectivas equipes.

Tudo que a gente precisa fazer de promoção e prevenção, e falar com elas, elas trazem ideias bem legais, bem bacanas que contribuem bastante para evolução de algum caso (enfermeiro).

Surgiu a ideia, uma coisa linda, de atrelar a prevenção da saúde da mulher na data de aniversário dela (voz embargada, olhos lacrimejando) e eu disse: “fale mais!” Agente de saúde responde: “Chefe, aniversário, é festa, é corpo!” Então a gente está introduzindo isso: faça o papiçola no mês do seu aniversário! (Gerente).

Aí eu falei, vamos ver se a gente consegue mudar. Ai a enfermeira falou assim: “Excelente, perfeito”. Dai ela começou a falar, falar...um monte de coisa de ideias (ACS).

Com relação a orientação para qualidade da atenção à saúde dos usuários, família e comunidade (reflexão e avaliação sobre o trabalho realizado), as equipes referiram refletir sobre suas ações e identificar necessidade de mudanças.

Foi um estalo no meio de uma reunião. Estávamos todos aqui falando da festa, da festa, de tudo...Aí eu falei assim, “ai meu Deus isso não está certo”, falando de doce, de doce. Porque no grupo a gente fala tanto para as crianças de chiclete, salgadinho, para evitar tudo isso. Aí eles vêm aqui e a Unidade está cheia dessas coisas para eles comerem. Então pensamos que precisávamos mudar (ACS).

As avaliações individuais e da equipe foram mencionadas como parte do cotidiano da UBS e forma de repensar o desempenho e orientação do trabalho.

Eu acho que ter avaliações incorporadas na nossa rotina individual e da equipe nos ajuda a refletir, é bom para a gente refletir essas avaliações. Será se eu estou acertando mesmo, será que é isso mesmo? Será que estamos atendendo do jeito que deveríamos? (Dentista).

Contudo, mesmo com avaliações e reflexão sobre o trabalho, os gerentes expressaram descontentamento com a capacidade crítica dos próprios membros da equipe acerca do trabalho desempenhado.

Acho que a maioria vai pelo “vamos fazer? Vamos”, mas assim, essa reflexão, essa coisa mais crítica são poucas pessoas que tem. Acho que precisamos estimular mais essa atitude mais crítica construtiva, no sentido de pensar e dizer: “isso talvez fosse melhor para cá ou para lá”. Ainda fica mais na mão de alguns, especialmente da enfermagem, que tem uma boa liderança, são boas líderes, são muito boas, conseguem chamar, puxar. No entanto que elas que acabam conduzindo. Ainda falta uma massa mais crítica sabe? (gerente).

5.2.5.2 Descrição das características processuais das equipes do caso B

5.2.5.2.1 - Reuniões

Se comparadas as equipes do caso A, que faziam reuniões de duas a três vezes por semana, as equipes 3 e 4 possuíam reuniões menos frequentes, apenas uma vez por semana.

Fazemos reunião uma vez por semana em torno de duas horas, duas horas e meia para passar os casos que a gente atende (ACS).

Toda sexta-feira temos reunião, antes do grupo (enfermeiro).

As reuniões foram descritas como espaços para conhecer melhor os casos atendidos, obter apoio dos colegas, planejar, refletir acerca do trabalho realizado. Os profissionais se referiam às reuniões como espaços de educação permanente, utilizando os casos em discussão para a criação de um repertório de respostas a necessidades em saúde comuns no território.

A reunião é aberta, tiramos dúvidas, passamos os casos. Geralmente a gente organiza assim, como são cinco ACS, a gente começa pela 1, que passa todos os problemas da área, depois expressa nossa opinião, da doutora, do enfermeiro. Eles falam os casos que aconteceram aqui na Unidade. Ai a gente fica ciente do que está acontecendo (ACS).

Discutimos pendências da semana anterior e casos novos. Sempre se toca algum tema educativo referente a algum caso que estamos tratando, de uma maneira muito didática, ensinam as ACS sobre um tema (médico).

Os espaços para encontros informais ocorrem no próprio horário de trabalho, como um café da manhã antes do início das atividades.

Nos reunimos todos os dias às oito da manhã na sala, a gente se distrai um pouco para começar nosso trabalho, tomamos nosso café juntos (ACS).

As reuniões entre equipes (denominadas reuniões gerais), envolvendo todos os profissionais da Unidade de Saúde ocorrem uma vez ao mês em uma das Unidades, e a cada três meses em outra. Na Unidade em que as reuniões gerais ocorrem mensalmente esse espaço foi descrito como oportunidade de informes, não como um espaço de diálogo.

Geralmente as reuniões gerais não são muito boas, não produtivas (enfermeiro).

Chatas (as reuniões gerais) porque falam sempre a mesma coisa, informes, informes e não funciona. “Só para encher linguiça” mesmo, sendo sincera (ACS).

Na UBS em que a reunião ocorre a cada três meses, os membros da equipe lamentaram a lacuna de espaço para construção de consensos sobre o trabalho.

Já faz tempo que não tem reunião geral. Sinto muita falta, todas nós sentimos. Todo mês tinha. Não sei porque parou de ter, infelizmente a gente não sabe, mas era muito bom. Vamos supor, se houvesse algo errado a gente já falava pra determinado setor, isso está errado, vamos tentar consertar? Hoje isso não tem mais, e faz falta para todos. Era ali que reunia todo mundo, e os problemas de toda unidade também. Porque a equipe tenta resolver os problemas da equipe (ACS).

Sobre o apoio organizacional, relataram falta autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização de reuniões entre equipes na UBS e quando o fazem precisam manter o atendimento aos casos de demanda espontânea.

Nós temos reuniões uma vez por semana, da ESF (...) A gente costuma fechar a agenda normalmente a cada dois meses para reunir todo mundo, entre aspas porque fica a equipe para poder atender a demanda espontânea que chega na Unidade (...). Por não autorização formal do município, eles não enxergam com bons olhos a gente parar a Unidade. Na verdade, a gente não para. Paramos alguns serviços, uma agenda por exemplo (gerente).

5.2.5.2.2 - Intervenções interprofissionais

Nas equipes do caso A as intervenções interprofissionais possibilitaram ampliação da compreensão e valorização das atividades desempenhadas pelos diferentes membros da equipe. No caso B, tais intervenções visavam resolução de conflitos e socialização entre membros das equipes. As intervenções interprofissionais citadas foram dinâmicas de equipe e encontros sociais.

Comecei a fazer as reuniões de equipes com dinâmicas. Comecei a confrontá-las (as ACS), comecei a estimular a falarem e a pedir ajuda quando preciso. As duas (ACS) que não se falavam eu pedi que trabalhassem juntas. E sempre trabalhando juntos, se íamos fazer visita domiciliar eu misturava as que não se falavam muito...E assim conseguimos. “Ah, mas eu não quero” Então eu dizia: “Por que não? ” Então sentava as duas e pedia para que conversassem para resolver os problemas. E assim tentei ajudar. Eu não gosto de trabalhar com gente que fica brigando. Então consegui unir o grupo (médico).

Comecei a fazer festa, falo as pessoas riem, mas é verdade. Depois da reunião geral comecei a fazer o aniversariante do mês. E aí nessa comissão de festa que eu organizei, a de eventos, elas também entraram, então por exemplo, minhas agentes de saúde não sabiam nem o nome de outros profissionais. Hoje em dia elas sabem, se falam, tem grupo no *whatsapp*. Mas foi isso, foi festa, então pelo menos uma vez ao mês as pessoas se encontram para conversar e não é só aquela conversa do almoço, de “Oi”. Porque acho que a alimentação tem um fator social muito grande, sempre achei isso (gerente).

5.2.5.2.3 - Orientação da equipe: objetivos, apoio para ideias novas, orientação para tarefas

Com relação aos objetivos da equipe, foram mencionados valores compartilhados entre os profissionais, como prevenção e promoção em saúde e assistência de qualidade.

(...) promover saúde para o território. Não só saúde médico assistencialista, mas essa coisa de empoderar a pessoa a cuidar dela. Acho que a promoção de saúde é isso (gerente).

Na verdade, nosso objetivo é prevenção e tratamento (dentista).

A gente trabalha em prol da saúde do paciente, então tentamos promover saúde nos grupos, nas orientações (enfermeiro)

Foi referido também o objetivo de reorganizar a equipe para então poder prestar assistência de qualidade, assim como os objetivos foram associados à meta de atendimentos.

O objetivo hoje é melhorar para nós, como equipe, porque aí melhoraremos também o atendimento a população. Fortalecer a equipe (ACS).

Tem o fechamento, aí tem que atingir os 90%. Quando não atinge na reunião de equipe o enfermeiro dá uma bela bronca. Mas aí ele entende quando não tem justificativa (ACS).

Há metas a serem seguidas, claro, afinal respondemos diretamente por isso e uma das formas que utilizamos para avaliar o processo de trabalho é analisar o que é pedido e a qualidade do que é fornecendo (enfermeiro).

As ideias novas foram menos mencionadas nas entrevistas do caso B, se compararmos às equipes do caso A. Em ambas equipes do caso B, foram relatados problemas referentes ao apoio para inovação (seja entre os próprios membros da equipe ou da gerência). Os profissionais referiram que ao colocar em prática ideias novas, não perceberam reconhecimento e devolutiva acerca das inovações propostas. Referiram ainda, a ausência de espaços formais para a sugestão de ideias novas à equipe.

Vou falar bem a verdade, os elogios aqui são bem difíceis. Quando tem uma crítica são os primeiros a falarem (os gerentes), mas quando alguma coisa deu certo, sua ideia deu certo, você vê que deu certo por conta própria, mas de alguém virar para você e falar, isso não. Nunca tive. Dou uma ideia pra uma agente de saúde: “vamos fazer isso, o que vocês acham?” Mas é tudo muito informal, porque não tem aquela reunião certa do dia-dia para conversarmos disso. É tudo muito informal, e nunca tive retorno de nada que tenha opinado, isso nunca (dentista).

Em uma das equipes do caso B, os entrevistados referiram organização recente para iniciar novos projetos. Dois dos ACS dessa equipe relataram ausência de apoio prático entre os próprios membros da equipe para que ideias novas se tornassem realidade.

Esses dias a enfermeira falou: “precisamos arrumar um jeito de não perder nenhuma informação, nada das gestantes, não só papel, mas também ver se elas estão passando, se tomou vacina, porque esse é o papel do agente na casa da paciente, ficar mais em cima”. Então fizemos uma caixinha para prontuário de gestante. Toda gestante que vem a gente já abre um prontuário separadinho. Rosinha com nome da gestante! Sabemos que aquela caixinha é de gestantes da nossa área. Isso é novo e a gente fez junto. Toda semana na reunião a gente pega a caixinha e dá uma olhada, se está passando. Deu a ideia agora vai e faz (ACS1).

Por que não fazemos um plano de ação diferente lá, para aliviar aqui (na UBS)? Entendeu? Aí falo isso com toda equipe e ninguém quer fazer uma coisa nova, por que? Ninguém vai fazer o trabalho do outro agente de saúde. Entendeu? Falam assim: Não vou porque não é meu trabalho (ACS 2).

A realização de avaliações dos profissionais foi relatada em apenas uma das equipes do caso B, e na outra equipe foi referida como algo que não incorporado à rotina.

(avaliação) é uma oportunidade de mudança, de crescimento profissional que julgo necessário. Aqui ocorre com a frequência protocolada pela Prefeitura semestral (enfermeiro).

A gente teve avaliação mas ainda não tive retorno. Não é rotina (enfermeiro).

5.2.6 Descrição das características das atenções centradas na pessoa nos casos A e B

5.2.6.1 Descrição das características das atenções centradas na pessoa no caso A

5.2.6.1.1 Perspectiva do cuidado à saúde

As equipes do caso A referiram realizar grupos de promoção à saúde na UBS e no próprio território. Buscam fortalecer e ampliar seus grupos para realizar educação em saúde, assim como utilizam o espaço do conselho gestor para prevenção.

(...) aqui tem atividades de prevenção no geral, sobre AIDS, sobre esse Chikungunya aí que está rolando (...) O conselho gestor se envolve também para trazer o povo para dentro da Unidade para ser falado a situação correta para eles. Explicar por exemplo para o povo o que é o mosquito, porque as vezes passou o mosquito e você (imita gesto de matar o mosquito). Matou! (Risos). Nessas reuniões tudo que é de saúde é falado. É passado filme de uma situação que vamos falar, é conversado, explicado, entendeu? (Conselheiro gestor).

Profissionais e conselheiro gestor referiram considerar as questões sociais que influenciam o processo saúde doença.

Então a gente tem que ver muito a partir da realidade do paciente né? Por exemplo, passar uma dieta que vai ter que comer assim, só fruta, legumes aí você vai lá e a realidade dele é uma família muito grande num barraco, um *comodozinho*. Não tem renda nenhuma, como você vai falar para essa família se alimentar muito bem, então tem que ver a realidade (ACS).

A saúde para quem mora em uma área pública cheia de barracos, hoje, é muito ruim. Primeiro porque você para ter saúde tem que ter uma moradia boa. Para você ter saúde tem que ter um bairro limpo. Para você ter saúde tem que ter uma rua asfaltada, sem buraco. Água. Então como você vai ter saúde plena, maravilha se você não tem tudo isso aí? Agora quando eu falo de uma saúde limpa, boa, também tem que entrar o governo, não é? O governo municipal tem que entrar (conselheiro gestor).

A gente assim, como eu falei, engloba também a saúde, porque saúde e social caminham juntos, só pensar na questão da dengue, por exemplo, engloba condição de moradia e saúde (conselheiro gestor).

A articulação com outros serviços foi citada como frequente e como meio de garantir a integralidade do cuidado e participação da comunidade.

Porque até então o serviço ficava contando só com ele mesmo, com os profissionais de dentro do serviço. Hoje a gente pega um caso de uma pessoa que está em sofrimento mental, por exemplo, a equipe percebe que pode contar com apoio de fora, porque sozinhos não podemos oferecer tudo que o usuário precisa. A gente se articula muito (gerente).

(...) essa questão da ação no bairro D. foi muito legal, porque a gente trabalhou em conjunto, conselho gestor, a UBS e com a prefeitura. E....com as associações do bairro. Esse trabalho eu acho que foi muito bom pra comunidade, a gente precisa (conselheiro gestor).

5.2.6.1.2 Participação no cuidado

Os profissionais destacaram a participação social dos usuários e também sua participação na tomada e decisão no plano de cuidados, inclusive na dimensão clínica.

O chá na casa da vizinha é uma ação organizada, pensada pela saúde da mulher. Então eles vão uma vez por mês na casa de uma moradora do território, uma vez no bairro X, uma no bairro Y outra no bairro Z, e aí é tipo reunião de Tupperware? Aí a dona da casa convida as pessoas e falam sobre saúde, felicidade...o que aparece aqui (gerente).

O projeto terapêutico da pessoa tem que ser tratado em parceria com o profissional de saúde. Então: “o que você está sentindo”, “como você está vivendo esse momento? “, “o que está te afligindo? ” Quais são as coisas que você gostaria que a equipe pudesse te ajudar? ” (Enfermeiro).

Eles conseguem identificar (as necessidades de saúde) com a vinda da população até a Unidade e com as agentes de saúde indo até a casa. Acho

que conseguem identificar melhor com essas ações, porque se você está onde o povo está, ou se o povo vem até a Unidade você consegue entender a necessidade de cada um ou daquela comunidade (conselheiro gestor).

Entretanto, na opinião do conselheiro gestor, a participação no cuidado clínico pode variar de acordo com o profissional que atende. O usuário referiu receber atenção da enfermagem durante o acolhimento, porém queixa-se de pouca oportunidade de participação e interação durante a consulta médica.

O atendimento, as meninas (da enfermagem) do acolhimento são muito boas. Então você é realmente acolhido aqui, dão atenção. Tem esse atendimento de receber a pessoa. Penso que é muito bom (...) E teve uma consulta que a médica não olhou nem na minha cara. Então assim, eu não fiz nada. Ela apenas me perguntou o que eu tinha, eu falei e aí assim, continuou escrevendo (conselheiro gestor).

As avaliações com relação ao Conselho Gestor nas UBS foram predominantemente positivas. As reuniões do conselho gestor foram descritas como espaço de participação dos usuários, desde a formulação de pautas à discussão.

Através das reuniões de conselho gestores, esse ano também com apoio desses grupos organizados a gente também começou a estimular a participação da população (...). Vejo maior participação desses usuários aqui, nas atividades coletivas, é um jeito de ver que esse usuário está se apropriando mais do cuidado dele mesmo. Quando ele vem não só para buscar a cura de um sintoma (gerente).

Por exemplo, vamos discutir uma situação, mas tem outra aqui vindo a mil por hora. Tem que entrar e se compor ali dentro. E nós falamos, a gente tem os horários tudo bonitinho, então dá para chegar e falar. Porque ali, você está falando, aí vem outro e fala outra coisa, aí você vai responder, aí o outro também quer saber por que. Então nós fazemos tudo isso aí. E resolve tudo bonitinho. Porque terão várias perguntas. Uma pauta que fazemos juntos e depois viramos uma outra pauta em cima daquela para deixar tudo resolvido, com a população (conselheiro gestor).

Entretanto, profissionais e conselheiros referiram a participação abaixo do esperado, e que as reclamações sobre o serviço de saúde nem sempre são acompanhadas de críticas construtivas e colaboração com a equipe.

Eles não vêm. É daquelas pessoas que ficam falando pra um e pra outro que o posto não presta, que a Unidade não presta e fica fazendo motim pra acabar deixando as outras pessoas né, entrando no mesmo embalo daquele paciente, mas eu não tenho percebido que tenha vindo tanta demanda da comunidade pra nós, do que melhorar (enfermeiro).

É o espaço da comunidade, o único espaço que a comunidade tem para participação, uma vez que eu represento eles aqui. É um espaço muito bom, é um mecanismo que a população tem de controlar, fiscalizar, esse

espaço. Embora eles venham mais quando tem essas situações, de reclamação eles acabam vindo. Quando tem assim que, não foi atendido, que aconteceu isso ou aquilo eles acabam vindo, mas só para reclamar mesmo. Para participar efetivamente todo mês, como o conselho gestor se reúne, eles não vêm (conselheiro gestor).

5.2.6.1.3 Relação usuário-profissional

Ambas equipes do caso A referiram uma relação de vínculo e também conflitos entre usuários e serviço de saúde. Esse último representado por seus profissionais. Os profissionais relataram sentimento de cobrança por parte dos usuários.

A gente hoje tem mais vínculo com as pessoas, conseguiu sair um pouco da formalidade dos atendimentos (enfermeiro).

A gente cria um vínculo muito grande com esse povo. E a gente vai trabalhar com amor, não é fácil não (...) E paciente só cobra. É muita pressão. Só quer, só quer para ele e tudo pra ontem. Só que o paciente escreve que o funcionário também é paciente. Humano igual ele (ACS).

Um desafio relatado pelos profissionais, referente à relação profissional-usuário, foi o estabelecimento de vínculo com a comunidade em um território dominado pelo tráfico de drogas. Isso mostra a relação do trabalho em equipe efetivo/integrado/colaborativo e da prática colaborativa com o contexto do cuidado, o território.

Mas a primeira coisa que eu fiz foi conhecer o território e fui conversar com cada traficante do território, eu fui falar do PSF para eles. Olha vim te apresentar uma coisa, você vai ver gente com avental branco que vai vir aqui porque a gente vai cuidar. Porque assim, quero que você entenda o que a gente está vindo fazer, quero que você abra as portas para gente (...). Nunca tivemos problema. E hoje, os filhos deles estão sendo acompanhados, porque eles moram todos no território, então eles entenderam porque o agente comunitário vai na casa (gerente).

Os conselheiros gestores problematizaram a relação assimétrica entre os usuários e profissionais de saúde, em particular com os médicos.

Do mesmo jeito que ela escrevia ela nem me olhou (...). Então assim, às vezes tem o jeito de tratar. Pelo menos você olhar a pessoa, perceber a pessoa na sala (...) Acho assim, ela é boa, não estou dizendo que é ruim, mas tem essa questão de olhar para pessoa, perceber que a pessoa está na sala, é mais isso (...) Também, até porque os médicos falam: "O médico sou eu", não é? Então sou paciente. Por mais que ele pergunte para você como você está, o que você tem, você irá falar, se você solicita, pede

alguma coisa, eles acabam, eles têm que dar para você a palavra final, digamos assim. Eles são os médicos, não é você. Você não vai prescrever uma coisa que...você não é médica. Ele e o médico então (conselheiro gestor).

Os profissionais falaram sobre o limite que deve ser dado aos usuários, uma vez que a assistência é prestada a eles, mas controlada pelos profissionais, que devem prover ações para resolução dos problemas dos usuários. O excerto abaixo permite a reflexão sobre a necessidade de clarificação de papeis, que se refere aos profissionais da equipe. No entanto, à medida que ocorre a participação de usuários na tomada de decisão do plano de cuidados também requer a clarificação do papel do usuário, família e comunidade.

Acho que o usuário no primeiro momento era um mantra: o usuário, o usuário. Não sei se era verdade, se eles entendiam isso. Hoje acho que eles entendem, que a gente trabalha para ele. Mas esse usuário tem um problema e que se a gente não cuidar desse problema a gente não vai atingir esse usuário. Porque tem que fazer, é nossa função, é nosso papel social, nós somos servidores do direito. Então é tudo muito, muito junto. Hoje eu acho, que depois de anos, está muito claro, é usuário, porque é o agente do nosso fazer, botando limite, ele não vai fazer o que ele quer. Ele vai ter que respeitar a gente. A gente exige respeito aqui, não tem esse. E vamos fazer porque tem que fazer, e porque tem um problema, e os problemas são resolvidos (gerente).

5.2.6.2 Descrição das características da ACP no caso B

5.2.6.2.1 Perspectiva do cuidado à saúde

As equipes do caso B referiram insucesso na realização de seus grupos de prevenção e promoção à saúde, seja pelo predomínio de ações curativas nas equipes, seja pela baixa adesão aos grupos propostos ou pela descrença inicial dos próprios profissionais da equipe com relação aos grupos.

Nosso objetivo é cuidar da população, realizar trabalho preventivos e de promoção à saúde, mas como em qualquer outra parte do planeta que tenha a ESF muitas vezes é difícil fazer a promoção e você acaba fazendo mais a parte curativa (gerente).

Percebo aqui, é, como posso dizer, nós fizemos o grupo de artesanato por exemplo, vinha mais agente comunitário fazer o artesanato que os pacientes. Falei: Ué, não estou entendendo, então não existe grupo! Porque o grupo se constitui com usuários, não são com os profissionais, não é? (Gerente).

Aqui tentamos outros trabalhos, mas aqui a própria população acabou perdendo o interesse. Chegou uma hora que no grupo de artesanato estava vindo uma só pessoa (...). A comunidade parou de se interessar. Íamos fazendo artesanato, conversando, era muito gostoso (conselheiro gestor).

Agora, por enquanto nós não estamos fazendo muitos grupos, demos uma parada nos grupos...não sei por que (ACS).

Porque eu não mandava eles passarem no grupo. Porque o grupo para mim era chato (...) (ACS).

Os profissionais e conselheiro gestor referiram considerar as questões sociais que influenciam o processo saúde doença.

Acho interessante quando um agente comunitário chega fazendo a narrativa porque ela precisa daquela consulta urgente. Ela vem com todo histórico daquele usuário e porque precisa, não só do agravo de saúde mesmo, mas o social e o que tem mais...como nas situações de violência (gerente).

A pessoa que mora na ocupação tem mais necessidades sociais, de saúde e de educação. Você consegue localizar as necessidades dentro do território pelo próprio local onde a pessoa mora. Se moro em um barraco lá em cima, sem saneamento, estou em uma vulnerabilidade muito grande. Quem mora aqui, que tem esgoto já não tem esse problema, mas pode ter outros, por exemplo com o lixo (conselheiro gestor).

Os profissionais referiram dificuldade em articular a APS com outros serviços, como Conselho do Idoso, o que acaba por limitar o cuidado às condições patológicas.

Passei o caso dela da equipe pra ver se alguém podia tomar atitude de fazer algo por ela, quem sabe acionar o conselho do idoso. Mas até hoje não tive retorno, e faz tempo, até hoje já vai fazer quase um ano. Eu até visito, levo a doutora lá, porque ela por ter dificuldade em andar tem também dor na coluna, a doutora passa medicação, levo as receitas, vejo como ela está, levo as medicações da hipertensão também, levo as auxiliares pra coletar algum exame que precise. A parte médica está ok, mas a social ficou em haver (ACS).

5.2.6.2.2 Participação no cuidado

Equipes do agrupamento B referem maior dificuldade, se comparadas as equipes do caso A, em engajar o usuário e suas famílias no próprio cuidado e na construção da participação social. Os profissionais se queixam que os usuários não compartilham a responsabilidade por seu cuidado.

A partir do momento que você condicionar ao outro a sua mudança você pode ficar na sua zona de conforto. Então você é alheio do seu próprio processo de saúde doença. Você responsabiliza o próximo, e é isso que nós vemos, particularmente nessa região. A pessoa não é proprietária nem da sua doença. Ela transfere para você a responsabilidade sobre ela, e essa é nossa maior dificuldade (enfermeiro).

Os parentes precisam respeitar os mais idosos, eles abandonam muito, deviam assumir mais a responsabilidade (ACS).

A participação no cuidado clínico, foi referida pelo próprio usuário como algo que pode soar desrespeitoso ao saber profissional, por exemplo, nas tentativas de impor ao médico suas preferências em termos de medicação. Nesse sentido, o usuário referiu que a melhor maneira de participar é seguindo as orientações profissionais.

Às vezes chega o pessoal, e fala: eu quero que faça assim. Mas espere: “Não é assim que tem que ser feito, não é esse o remédio que você tem que tomar”. Se o médico estudou para isso, é ele que sabe através dos sintomas o que eu tenho que fazer. Então eu não tenho que opinar aí, tenho simplesmente que seguir o que ele fala (conselheiro gestor).

Primeiro, sou leiga, minha área não é medicina. Então se alguém fez medicina ou enfermagem, o conhecimento dele é muito a cima do meu, então não tem porque eu querer contradizê-los. Então vai de cada um. Aqui infelizmente existe muito, o povo quer mandar no médico (conselheiro gestor).

Com relação a participação social, os Conselhos Gestores são ativos, contudo tal como ocorre no caso A. Os conselheiros do caso B referiram receber mais críticas que apoio para elaboração de mudanças. De acordo com conselheiro gestor “a população está mais para ser atendida do que colaborar de alguma forma”.

Há uma necessidade mútua da população, de mudança na UBS, afinal ela tem que se adequar a essa população e são colocados espaços para debates, que jamais são frequentados esses espaços para debates (enfermeiro).

Porque ninguém em comunidade melhora se não tiver participação. Tenho conhecimento de pessoas que convido para reunião e não vem (...) somos uma população de 20 a 30 mil, mais ou menos. Por isso 15 pessoas na reunião do Conselho não é um número bom. Mas pior seria se não houvesse ninguém. Aqui temos espaço de participar (...). Mas o usuário não está orientado para isso (...). As vezes não querem ouvir, querem só falar, mas não estão preparadas para falar. E falam coisas em momentos inadequados. Se você participar de uma reunião do Conselho você vai ver que o usuário não está preparado para vir aqui e colaborar com a equipe.

Ele está mais para ser atendido do que colaborar de alguma forma (conselheiro gestor).

Quando eles reclamam na rua eu falo: “Olha, está aqui, o dia do Conselho Gestor é esse. Você pode ir e se abrir”. Eles não vêm (ACS).

Quando comecei a vir aqui 4 anos atrás, vinha todo mundo só para reclamar. Hoje em dia já vem gente no Conselho buscando entender, participar. Já é um outro foco que a própria população está dando. E no começo só vinha para reclamar. Mas a maior parte não se interessa, tem medo de participar. Querem vir para reclamar. Não querem o compromisso de vir todo mês, e realmente ter que pensar ou fazer alguma coisa. O pessoal não se empenha muito. É o que a gente está tentando mudar. A gente teve muita dificuldade em realizar as reuniões porque o pessoal não vinha (conselheiro gestor).

5.2.6.2.3 Relação usuário profissional

Nas equipes do caso B, o vínculo entre usuários e profissionais também foram referidos, sobretudo entre usuários e ACS. Os profissionais relataram sentimento de cobrança por parte dos usuários, em parte, relacionado ao contexto macrossocial do momento político em que o país se encontra.

Semana passada estava vindo para cá proposto e me emocionei. Uma paciente me chamou: “Vem cá! Sabe o que quero fazer? Quero te dar um abraço, por tudo que você faz por nós”. Isso me emociona! Sabe? Aí chorei, ela chorou! Porque sempre que ela fala: “estou precisando disso”, eu farei o que posso (ACS).

Porque esse relacionamento que o usuário tem com a gente é flexível. Ele chega para você e “blah”, jogam tudo em cima de você, descarregam, soltam o rolo, metem a boca mesmo, reclamam, cobram (ACS).

Eles são muito revoltados com tudo. Acho que sim, o país não está bom, a política está cada dia pior, mas falta colaboração deles, em entender que a culpa não é nossa (dentista).

Em uma das equipes os profissionais referiram a existência de conflitos entre médico e usuários, o que culminou em reclamações.

Todos pacientes reclamavam do médico. Porque ele não sabia falar brasileiro, porque ele não tocava no paciente, porque ele era grosso, porque ele tinha cara feia (...) Eles reclamam: “Aquele médico nem olha na nossa cara” (ACS 1).

Quando chega aqui com o médico se sentem apreensivos para falar. Às vezes têm medo da reação do médico, que tem uma postura séria, eles não se sentem para falar (ACS 2).

Assim como no caso A, os profissionais se queixaram da dificuldade em estabelecer limites na relação profissional-usuário, como no respeito ao horário de trabalho.

Um exemplo, tive nenê, quando cheguei do hospital, uma paciente que sabia que eu tinha ganhado e não estava trabalhando(...) No dia seguinte ela foi lá em casa, minha filha disse: "Minha mãe não está trabalhando". Ela insistiu: "mas eu queria...". Minha filha disse: "Minha mãe não está trabalhando, está afastada e não sabe nada que está acontecendo no posto". Essa paciente parou de me receber. Não me atende mais (ACS).

5.2.7 Síntese das características relacionais, processuais e da ACP nos casos A e B

Com base na descrição apresentada das características relacionais, processuais e da ACP, é possível afirmar que as equipes dos casos A e B apresentavam semelhanças e diferenças. Como semelhanças, equipes de ambos os casos realizavam reuniões de equipe e consideravam esses espaços essenciais para troca de informações, compartilhamento e discussão de casos entre os membros da equipe. Tanto no caso A quanto no caso B, os profissionais apresentavam ideias comuns, compartilhadas, a respeito da promoção, prevenção em saúde e assistências de qualidade, porém não havia consenso entre os profissionais acerca dos objetivos da equipe.

Como diferenças entre os casos A e B, destaca-se a percepção de aspectos mais favoráveis ao trabalho em equipe, colaboração e qualidade da assistência entre as equipes do caso A. Entre as equipes do caso A houve mais relatos de: boas relações pessoais e profissionais na equipe; participação segura na tomada de decisões compartilhadas e apoio à inovação na equipe.

Embora em ambos os casos (A e B) tenha sido relatada a perspectiva ampliada do cuidado à saúde, na prática, as equipes do caso A foram aquelas que relataram a existência de ações de prevenção e promoção à saúde consolidadas na equipe, assim como parcerias com serviços sociais, de saúde, organizações e instituições no território em prol do cuidado integral.

A tabela a seguir reúne a síntese das diferenças encontradas entre os casos A e B, no que diz respeito aos aspectos relacionais, processuais e da ACP.

Tabela 30 - Síntese das características relacionais, processuais e da ACP (continua)

Caso A	Caso B
Relacionais	
Membros das equipes referem boas relações profissionais e pessoais e existência de aspectos favoráveis à participação na equipe como apoio mútuo, decisões compartilhadas, confiança).	Membros da equipe ressaltam relações interpessoais restritas ao ambiente profissional e aspectos a serem melhorados na participação na equipe como apoio mútuo, compartilhamento de decisões, ambiente de confiança que favoreça a participação.
Processuais	
Intervenções interprofissionais incorporadas à rotina e organização das equipes.	Escassez ou existência apenas pontual de intervenções interprofissionais, ou seja, atividades incorporadas na prática regular da equipe com a finalidade de melhorar o trabalho em equipe, colaboração e a qualidade do cuidado.
(continuação)	
Caso A	Caso B
Processuais	
Apoio à inovação nas equipes.	Pouco apoio à inovação nas equipes.
ACP	
Ações de prevenção e promoção à saúde bem consolidadas na equipe e com adesão da comunidade.	Ações de prevenção e promoção à saúde não consolidadas na equipe e com baixa adesão da comunidade.
Existência de articulação da equipe de saúde da família com outros serviços sociais, de saúde, organizações e instituições no território.	Percepção de demanda por aprimorar ou desenvolver articulação da equipe de saúde da família com outros serviços sociais, de saúde, organizações e instituições no território.

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

5.2.8 Análise das formas de colaboração interprofissional

Após apreender as características das equipes dos casos A e B, iniciamos um processo de análise em profundidade das percepções dos profissionais sobre a PIC. A análise permitiu a identificação de duas categorias centrais, que expressam diferentes formas ou modalidades de colaboração interprofissional: colaboração em equipe e colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.

5.2.8.1 Colaboração em equipe

A colaboração em equipe representa a busca de soluções entre os próprios membros da equipe, sem apoio de outros serviços. Os profissionais colaboram entre si inclusive para aumentar participação dos usuários no cuidado clínico.

O funcionamento colaborativo das equipes foi associado a uma engrenagem, analogia referida pelos entrevistados, em diferentes momentos. Engrenagens usualmente operam aos pares com dentes que se encaixam no espaço uma das outras, remetem a ideia de trabalho articulado, entrosado, interdependente. Na colaboração em equipe, os profissionais tendem a desenvolver ações em prol do trabalho articulado e estão dispostos a colaborar para melhores resultados, porém usando somente os dentes da própria engrenagem, ou seja, uma colaboração restrita a equipe. Contudo, ponderamos que a analogia apresentada (colaboração em equipe - engrenagem) representa também a pressão sofrida pelos profissionais de saúde para que produzam cuidado segundo metas definidas em número de atendimentos.

Os relatos dos profissionais apresentam diferentes aspectos da colaboração em equipe, agrupados em três categorias e suas subcategorias (figura 9).

Figura 9 – Categorias e subcategorias da colaboração em equipe

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

1. Reflexão sobre o trabalho da equipe

O conjunto de relatos apresentados a seguir demonstra a *reflexão* entre os profissionais acerca do trabalho em equipe. Os relatos são provenientes das equipes dos casos A e B.

1.1 Reconhecimento da necessidade de otimizar processos na equipe

O excerto a seguir ilustra uma situação em que os profissionais refletiram acerca do fluxo de coleta de exame diagnóstico de tuberculose.

Pesquisador: Por que você acha que eles (os ACS) quiseram levar o potinho (para coleta de escarro para exame de tuberculose)?

Entrevistado: Para resolver o problema na casa, para não ter que voltar depois, para resolver ali. Percebeu que tem tosse ali, ele já queria ter o pote com ele e resolver ali. Porque vir na Unidade, pedir para o paciente vir aqui (...). Então ele tendo o potinho, acabou. Ele ensina, ele faz exames perfeitos, sem saliva (gerente, caso A).

Ao refletir sobre o fluxo de coleta de exames laboratoriais, os profissionais referiram que a existência de falhas nesse fluxo pode gerar ônus ao usuário e estresse entre os membros da equipe:

(...) A coleta tem que funcionar assim, paciente saiu da sala do médico vai na recepção agendar, eles fazem de tudo pra não deixar falhas, se passar a falha na recepção no dia da coleta a mesa vai pegar. Se passar alguma falha da mesa, lá na sala o auxiliar terá que pegar. Muito difícil passar alguma coisa para o laboratório, mas as vezes passa (...) a gente vai checando para não...deixar ir falha nenhuma. Gera um estresse muito grande. Porque se você errar ali, se você mandar um pedido de exame para laboratório, sem etiqueta o exame vai voltar e o paciente terá que colher de novo (ACS, caso B).

1.2 Reconhecimento da necessidade de ajuda entre os profissionais

Os profissionais refletiram acerca da necessidade de ajuda entre os membros da equipe para lidar com situações não previstas na escala de trabalho.

Então tem coisas que acontecem aqui que não cabem na escala (...). Tem momentos que são críticos. Que precisa um colaborar com o outro (enfermeiro, caso A).

Assim como referiram necessidade de ajuda entre os profissionais quando há, na equipe, número de membros incompatível com a demanda.

A coleta de sangue acontece toda quarta-feira (...). Tem duas moças no administrativo, as auxiliares coitadas, não tem...a equipe está desfalcada. Então são os ACS que trabalham na coleta para ajudar a Unidade de Saúde (ACS, caso A).

Se falta alguém na recepção a gente já tem alguém para ficar nessa parte do administrativo. Pelo menos nos horários de pico, das sete às oito horas da manhã. Então a gente procura sempre ajudar pessoal dos outros setores (enfermeiro, caso B).

(...) quando a gente está numa condição de não estar com todos os funcionários, você sente que uma colega colabora com a outra, cuidando do espaço, atendendo aquele paciente (gerente, caso A).

A necessidade de ajuda entre os profissionais foi relatada no contexto de inserção de novos membros na equipe ou quando haviam dúvidas na realização das atividades.

Se entra uma funcionaria nova aqui você precisa do que? Ajuda. De ajudar aquela pessoa (ACS, caso B).

Mas quando tem dúvidas um procura o outro, por exemplo eu não estava tão por dentro sobre como fazer o grupo, como fazia, onde mexia. Então eu pedi ajuda. Você pode me explicar como faz? (ACS, caso A).

A relação de empatia entre os membros da equipe foi referida como motivação para ajuda entre os profissionais.

As enfermeiras judiação dá ate dó, de tanto que elas trabalham sabe? Você vê assim o sofrimento na face delas, que elas tão sofrendo, então a gente quer de uma maneira ou de outra contribuir para que aquela aflição, aquele sofrimento diminua, ajudá-las né? (ACS, caso A).

Se você é minha colega e está doente, você vai para sua casa e eu tenho que cumprir seu trabalho, eu cumprirei. Precisa de ajuda e nós oferecemos ajuda (medico, caso A).

1.3 Reconhecimento da necessidade de ampliar o acesso à saúde

O conjunto de relatos a seguir mostra o processo de reflexão entre os membros das equipes acerca da necessidade de ampliar o acesso à saúde.

A partir de reflexão, os profissionais identificaram a existência de usuários que buscavam os serviços de saúde e não conseguiam atendimento. Usuários cujas necessidades sequer eram identificadas, encontravam-se a margem da assistência em saúde. No extremo oposto, identificaram usuários com grande frequência na UBS, em retornos excessivos ao serviço de saúde.

Então por exemplo, a gente foi perceber que abria agenda para marcar consulta já enchia no primeiro dia para um mês, entendeu? (Médico, caso B)

Não tem vaga. E os pacientes da minha área não estavam conseguindo passar (ACS, caso A).

(...) a enfermagem começou a identificar que era sempre o mesmo público, os médicos também, e a gente começou a definir (...). Então tem muita gente que está usando consulta médica sem necessidade, e as pessoas que eram mais lentas, mais dificuldade de organização não conseguiam chegar, porque tinha lá tal semana pra agendar se não só naquela outra (gerente, caso A).

A medida que a reflexão acerca da necessidade em ampliar o acesso à saúde avançou, os profissionais referiram a percepção de centralidade no atendimento médico, justificada pela preferência dos usuários ao atendimento médico ou pela insuficiência de ações de prevenção e promoção à saúde.

Quando tem uma agenda muito cheia de pacientes passando com médico significa que a gente não está fazendo promoção da saúde. Se eu tenho um grupo de hipertensos graves que já está há tempos e que continua hipertenso, não controlou, não estabilizou significa que eu não estou sendo eficiente e eficaz no meu trabalho, não é? (Gerente, caso B).

Não quer passar em grupo, só se for em consulta com o médico (...) eles acham que só quem pode solucionar o problema deles é só o médico. São dependentes do médico. Porque é médico então só o médico entende o problema deles. Então muitas vezes eles não dão importância para o que o agente de saúde fala. Não dão importância para o que o enfermeiro fala (ACS, caso B).

Quando fizemos uma análise, olhamos que havia muitas consultas que não precisavam ser consultas médicas (...) avaliar ou solicitar exames, ou trocar receitas. Muito pacientes ocupavam uma vaga só para isso (médico, caso A).

Se a gente educasse melhor a população não aconteceria isso (...) O que acontece, aqui vem muitos pacientes com queixas que não são doenças, mas eles acreditam que tem que vir ao médico, por exemplo por dor no dedo, por, não sei. Idoso que tem manchas hiperpigmentadas da pele, próprias do idoso. Consultas que não precisam, como adolescente de 16 anos com uma lista, listado de doenças para analisar para não esquecer (médico, caso A).

1.4 Reconhecimento da necessidade de promover o autocuidado apoiado

Os profissionais referem a necessidade de promover o autocuidado apoiado como forma de corresponsabilizar os usuários por sua saúde

Isso é uma coisa que eu estava pensando esses dias. Eu acho que a gente tem que promover o autocuidado, é desmamar sabe? (...) a gente também tem que cuidar dessas pessoas educando, entendeu? (...) então acho que a gente tem muito que estimular sempre o autocuidado, a corresponsabilidade (...). Como no caso da gestante, a gente tem que buscar, saber o que aconteceu, porque não veio. Mas penso que nós somos o apoio e cada um tem que ter sua responsabilidade (enfermeiro, caso A).

Vou dar um exemplo banal, uma menina que toma anticoncepcional, injetável, e tem que vir aqui para fazer o uso mensalmente, entendeu? Já

teve paciente que não veio tomar, ficou dois, três meses sem tomar, voltou. Ela voltou e reclamou que quem não a lembrou foram os agentes. Os agentes não lembraram que era data dela tomar. Mas não era o dever do agente. Ela tem de se policiar nisso, então acredito que as vezes os pacientes confundem o que é dever deles o que é dever da Unidade, entendeu? Depositam muito nas coisas da unidade e largam a responsabilidade deles para lá (médico, caso A).

Por exemplo o paciente que adentra todos os dias com sinais vitais descontrolados, que já teve sua terapêutica adequada, mas é aquele que responsabiliza o profissional pela ausência de sucesso na terapêutica, mesmo tendo sido feita diversas abordagens. E aí? Ele vem e diz que não está melhorando porque vocês não estão fazendo o trabalho de vocês? (...) e aí que você tem que dar o choque de realidade e responsabiliza-lo pelo próprio processo de saúde (enfermeiro, caso B).

1. Identificação da necessidade de inovação no trabalho em equipe

Como foi apresentado anteriormente no referencial teórico, inovação é compreendida como o desenvolvimento, ou adaptação de uma ideia que é, no momento de sua adoção, nova para a organização ou equipe⁽¹⁷⁹⁾. Inovação é também considerada uma categoria particular de mudança, porque é intencional e projetada para trazer benefícios por meio da implementação de novas ideias, processos ou procedimentos a uma equipe ou organização⁽¹⁸⁰⁾.

A partir dos relatos apresentados é possível perceber inter-relação entre as dimensões “reflexão sobre o trabalho em equipe” e “identificação da necessidade de inovação no trabalho em equipe” (Figura 10).

É por meio da reflexão sobre o trabalho em equipe que os profissionais identificam necessidades a serem atendidas. As necessidades identificadas são por vezes algo novo ao contexto da equipe. Para responder as necessidades consideradas ‘novas’ à equipe, os profissionais terão que identificar formas também novas de prestar o cuidado.

2.1 Demanda por inovação no trabalho em equipe

Ao reconhecer novas necessidades no contexto do trabalho, as equipes reconhecem também a demanda por respostas de um jeito inovador. Ou seja, percebem os limites da forma de organização do trabalho atual para atender às necessidades de otimizar processos na equipe, de ajuda entre os profissionais e de ampliação do acesso à saúde.

2.2 Demanda por inovação na forma de incluir o usuário e família no cuidado

Ao reconhecer a necessidade de promoção do autocuidado, os profissionais reconhecem também que a forma como o cuidado é prestado não assegura o desenvolvimento da corresponsabilização pelo cuidado. O que implica em pensar novas formas de organizar o trabalho em equipe para lidar com a necessidade de incluir usuários e família no cuidado.

3. Ações de colaboração em equipe

Em resposta a identificação de necessidade de inovação no trabalho em equipe, os profissionais desenvolvem ações de colaboração em equipe, evidenciando a relação entre as duas dimensões citadas (diagrama 9).

Os excertos a seguir mostram ações colaborativas referidas pelos profissionais. Cabe mencionar que embora a reflexão sobre o trabalho da equipe e identificação da necessidade de inovação no trabalho em equipe tenham sido referidos por equipes do agrupamento A e B. As ações de colaboração em equipe foram citadas majoritariamente por equipes do caso A.

3.1 Atendimento a partir do acolhimento em equipe

Após reflexão, o comprometimento em responder de forma inovadora à necessidade de ampliação do acesso, leva os profissionais a organizar o atendimento a partir do acolhimento em equipe. Entretanto, cabe observar que embora as quatro equipes tenham refletido acerca da demanda por ampliação do acesso à saúde, apenas duas delas (as duas do agrupamento A) referiram a proposição e a implantação da ideia nova, como é descrito nos trechos a seguir.

Todo mundo que tem algum tipo de desconforto, mal-estar, dúvidas, ou está com uma crise de ansiedade, confusão, ou vivendo uma situação de violência passa pelo acolhimento com as enfermeiras. Elas avaliam se há necessidade de atendimento médico naquele momento. Se houver, elas imediatamente passam. Então, a gente ficou bem feliz, por criar outras possibilidades. Quando as pessoas ligam e perguntam:

Usuário: - Está aberta a agenda médica? Tem consulta?

Elas (recepção) falam: - Pode vir que nós vamos organizar o seu atendimento.

A gente sai dessa coisa de marcar consulta para falar em organizar o atendimento. O que a gente trabalha é para que as pessoas não se sintam desassistidas. Elas precisam chegar aqui e de alguma maneira sentir que são assistidas, acolhidas. Mas tem sido uma construção (gerente, caso A).

Não é simplesmente “cheguei e quero marcar consulta” (...) Elas (profissionais da recepção) conseguiram entender que não é só uma questão de consulta, que elas mesmas têm autonomia para direcionar para um outro serviço, tipo: uma mãe quer pedir exame para o filho dela, de rotina, não tem queixa nenhuma. Ela vem, chega e fala:

Usuário: - Quero marcar consulta.

Profissional da recepção: - Mas o que que aconteceu?

Usuário: - Meu filho precisava fazer os exames e tomar o remédio para verme.

Profissional da recepção: - Mas a gente tem o grupo da criança que é feito pelo enfermeiro, ele avalia se é necessário pedir exames, medicar e se for o caso, marcar uma consulta.

Então agora elas têm essa autonomia para direcionar para os outros profissionais também (enfermeiro, caso A).

Os relatos acima permitem perceber a descrição do acolhimento como estratégia nova na equipe, que passou a envolver enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, gerentes, auxiliares administrativos, a propor atendimentos não somente médicos, mas que visem atender as necessidades de saúde. Toda a equipe foi engajada no acolhimento e passou a conhecer o fluxo, isto é, quando e como agendar as consultas. Nos exemplos citados, o foco no atendimento médico foi deslocado para as possibilidades presentes na equipe. Com isso, há também a possibilidade de alcançar um maior equilíbrio entre a oferta e demanda de consultas médicas.

3.2 Nova divisão do trabalho

Cita-se anteriormente excerto que demonstrava o reconhecimento da necessidade de otimizar processos na equipe. No relato, era problematizado o fluxo de coleta de exames para diagnóstico de tuberculose. Diante da necessidade identificada e do comprometimento em responder de forma inovadora, os profissionais buscam executar uma nova função na equipe, a fim de agilizar a realização dos procedimentos. Os ACS, responsáveis pela busca ativa do

sintomático respiratório, desejavam realizar também orientações aos usuários para coleta do exame de escarro no próprio domicílio. Entretanto, conforme é possível perceber no relato abaixo, a ampliação do escopo de prática profissional precisa ser pensada sob o ponto de vista técnico, e pode requerer formação específica, como treinamento.

Então eles (ACS) trazem pra gente, eles falam assim: - A gente não pode fazer o exame de tuberculose, levar o potinho e fazer na casa das pessoas?

Gerente responde: - Vamos investigar.

Daí liguei para o Léo, coordenador da Vigilância Epidemiológica: - Léo como é isso?

Leo responde: - Deixa eu formar os ACS e aí eles poderão fazer o exame na casa do usuário. Sua Unidade precisa, tem muitos casos de tuberculose (gerente caso A).

A nova divisão no trabalho em equipe foi referida em resposta à demanda por otimizar a coleta de exames laboratoriais.

Então a gente incluiu os agentes comunitários na coleta. O agente de saúde fica responsável em nos auxiliar a pegar os potes de exames de fezes, urina. Então, eles embalam e colocam na caixinha (...) isso facilita para as técnicas, porque elas só ficam com a parte de colher os exames. Então elas não se preocupam em chamar o paciente, a senha. Caso contrário teriam que pegar, trocar a luva, então isso reduz até o recurso de material, porque por exemplo a técnica teria que pegar o exame de fezes, urina, colocar lá, trocar a luva, calçar outra luva para fazer a coleta, o que demanda tempo e material. Então com agente comunitário fazendo esse trabalho a gente reduz o tempo e o material utilizado. Eles (os ACS) aceitaram numa boa, e fizemos uma escala e cada mês fica um deles. E assim, eles ficam mesmo, não saem. Então foi um setor que a gente conseguiu agregar bem e ficou um trabalho bem bacana. Ficou muito rápido. Então a gente conseguiu otimizar, está bem controlado, está bem fechadinho (enfermeira, caso A).

Foi relatada também nova divisão no trabalho em equipe a fim de ajudar outros profissionais, membros da equipe.

A gente teve uma redução do quadro de funcionários, e isso, fiquei bem preocupada em alguns momentos. Mas a gente tem uma equipe que mostrou ter maleabilidade, em dizer: "hoje a Unidade vai receber o pessoal do Bolsa Família, vou lá na frente ajudar o pessoal da recepção, porque a gente precisa recepcionar essas mulheres, que precisam pesar, fazer medida e eu posso fazer isso, posso ajudar lá na frente" (gerente, caso A).

(...) porque nós temos as agendas, temos os horários, cada um tem a sua obrigação, mas quem trabalha na saúde faz sempre além do seu contrato de trabalho. Tem coisas que você tem que aprender a fazer e ser colaborativo com o outro, para que funcione (gerente, caso B).

Quando membros da equipe assumem novas atribuições para ajudar outros profissionais, os entrevistados comparam o funcionamento da equipe a uma engrenagem. A clareza sobre os papéis entre os membros da equipe e sobre as atividades a serem desempenhadas foram relatados como facilitadores.

Para mim é exatamente o que acontece sabe? Fulano não pode, o outro já está disposto, já sabe que precisa. Porque a gente trabalha numa engrenagem. Não tem só Clara, só Marisa. Mesmo que o trabalho delas não dependa diretamente um do outro, assim, mesmo assim a gente entende que é uma engrenagem. Se por exemplo a área da Clara está com número de visitas em atraso, a Marisa não precisa eu esperar eu pedir para ela ir lá, ela vai apoiar e fazer mais visitas. E isso se repete na equipe de enfermagem, na recepção. Então tem coisas que acontecem aqui que não cabem na escala, mas a gente sabe que está coberta (Enfermeiro, caso A).

Aqui o trabalho faz uma engrenagem continuada muito ótima, que todo mundo conhece muito bem qual é e como é seu trabalho, todo mundo sabe o que tem que fazer e sabe quando tem que ajudar (médico, caso A).

Mas eles têm essa disponibilidade, de almoçar correndo, ou mudar horário de almoço porque no momento tem muita gente para atender, e ele percebe que não pode almoçar, almoça depois. Então tem todas essas questões, de cobrir alguém que não veio por alguma questão particular, de saúde (gerente, caso B).

3.3 Ações voltadas para corresponsabilização do usuário no cuidado

De acordo com os relatos, os profissionais desenvolvem ações voltadas para corresponsabilização do usuário no cuidado.

O excerto a seguir diz respeito ao caso de uma senhora idosa que recebia orientações diárias de seu ACS com relação a medicação. Com o tempo, passou a ter um cuidador. O trecho narra o momento em que a equipe vê a necessidade de corresponsabilizar o cuidador para a questão das medicações.

Até que chegou uma hora (...) “Pare! Não vamos ficar assim a vida toda nessa não. Vamos começar a passar responsabilidade para a frente”. Como já tem uma pessoa lá, vamos ensinar essa pessoa a separar os remédios dela (ACS, caso A).

Diante da necessidade identificada e comprometimento em respondê-la de forma inovadora, os profissionais buscaram avaliar as características de cada caso e perceber qual a inovação necessária para corresponsabilizar o usuário por seu cuidado.

Miúcha está com 20, 21 anos. Adoniran está com dois anos agora. E ela vinha aqui muito debilitada, o bebê muito doente, aí o pessoal fez uma visita na casa dela. Era uma sujeira imensa, aí eles começaram a falar da

menina. Interrompi: “Gente, vamos entender como é essa pessoa? Porque se ela morava na rua qual a higiene que tem na rua? O que ela entende de higiene?” Então eles visitaram e pediram para que ela organizasse a casa, sem ofender, sem entrar na questão das coisas que ela não sabia. O leite do menino ficava em cima do fogão o dia todo, caía bicho, azedava. Mas quando eles voltaram lá a sujeira estava igual. Para Miúcha a casa estava limpa. Eu falei: “- Então nós temos que ensiná-la como lavar a panelinha, como ferver, como dar banho no Adoniran! Ela não tinha como dar banho porque cortaram a água dela. Então ela tomou banho aqui na Unidade. Aqui tem um chuveiro que as pessoas podem tomar banho quando necessário, até para passar em consulta. Ela também usou o tanque, para lavar um monte de roupas sujas. Então não adiantaria só falar, mas tínhamos que dar ferramenta para que ela começasse a entender como fazer a coisa direito! Ela lavou roupa aqui, a gente ensinou a ela como lavar roupa e como cuidar. Isso foi muito interessante, o Adoniran sarou. Ficou um menino forte, parou de ter diarreia. A Miúcha mudou, foi para um outro município. Ela agora está de volta. Na verdade, ficou vindo na Unidade, uma vez por mês vinha visitar a gente. Bonita, muito limpa, batonzinho e o Adoniran correndo junto (gerente, caso B).

Acho que foram vários casos que envolveram grupos, famílias e comunidade, mas este caso a gente está acompanhando mais de perto, o caso do Noel. Um garoto de 16 anos que tem diabetes e que estava fora da escola. O caso chegou até nós porque, por um acaso, a enfermeira passou pelo território e perguntou para mãe como estava o Noel. A enfermeira sabia que por conta da diabetes Noel havia ido parar no pronto socorro. Era tudo que sabíamos sobre ele. Ela perguntou e a mãe respondeu: “ O Noel está fora da escola, está em casa”. Isso nos deixou de anteninhas ligadas (...) E aí vai, e a gente descobre o quanto o Noel estava deprimido. Ele parou de achar que estava valendo muito a pena a vida dele, sabe? Ele não aceita a doença. Ele está melhor agora, mas ele não aceita que precisa tratar da diabetes. Tanto é que assim, mais de oito consultas foram agendadas para esse menino em endocrinologista e ele não vai, ou seja, está completamente descompensado(...) A gente está acompanhando aqui. Agora no dia 18 vamos ver se finalmente conseguimos que ele vá ao endocrinologista. Esse caso está aí. Tem vários momentos até de ir...da gente ter que ir com ele no ambulatório de transtorno infanto-juvenil, porque a mãe é uma pessoa que não consegue cobrar nada dele. Ele desiste e ela desiste junto. É uma casa muito morta (...) A nossa expectativa é que ele retome a vida dele. Ele voltou para escola, a gente conseguiu que ele voltasse, ele terminou o ensino fundamental. Até fez inscrição para prova da escola técnica, para fazer o Ensino Médio. A gente tem um projeto pra que ele consiga retomar a vida dele (...). E fortalecer a mãe, que nos agradece o tempo inteiro porque ela acha que a gente que foi dando força para ela pensar possibilidades, fortalecendo o tempo todo (gerente, caso A).

Fica evidente nos relatos acima que as equipes tiveram que lançar mão de ideias novas para que fosse possível apoiar os usuários em seu autocuidado. Seja utilizando educação em saúde e provendo condições para lavagem das roupas, banho, ou até mesmo acompanhar o usuário nas consultas com especialistas e motivando a família.

As relações entre as dimensões identificadas são apresentadas no diagrama apresentado na figura 10.

Figura 10 - Diagrama da colaboração em equipe

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.2.8.2 - COLABORAÇÃO INTERSETORIAL, EM REDE E COM A COMUNIDADE

A colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade representa busca de soluções na equipe com apoio de diferentes setores, serviços da rede e dos próprios usuários, família e comunidade. A equipe depara-se diante de situações complexas, não resolvidas pelo modelo exclusivamente biomédico, situações em que são necessárias ações em parceria, e julgam que isso deva extrapolar as possibilidades encontradas na própria equipe.

A Colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade, foi referida por entrevistados com a denominação “desensimesmada”. A colaboração que resulta do ato da equipe pensar menos em si mesma, e agir de forma mais solidária e voltada a outras equipes, outros profissionais e outros serviços “externos” à equipe. O termo “desensimesmar-se”, sugere que as equipes precisam buscar respostas às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade, para além do âmbito da própria equipe, portanto buscar soluções fora de “si mesma”. Representa o esforço em conhecer outros serviços, o que eles têm a ofertar e como desenvolver atividades em parceria. Na colaboração “desensimesmada” os profissionais tendem a desenvolver ações colaborativas em que possam explorar novas possibilidades para o cuidado em saúde, “desensimesmando-se” da própria equipe. Envolve conhecer os papéis e possíveis contribuições de diferentes serviços e dos próprios usuários para compor a prática em saúde, expressa, portanto, um esforço de colaboração não restrita a equipe.

Desensimesmar-se implica também buscar o fortalecimento do foco da atenção não em si mesma na equipe de saúde, mas voltar o foco da atenção para o usuário, família e comunidade. Portanto, a denominação “desensimesmada” remete às limitações no sistema de saúde e no cotidiano das equipes e a demanda por efetuar quatro movimentos importantes para estabelecer a colaboração rede, intersetores e comunidade:

- Desensimesmar-se do cuidado limitado ao modelo biomédico;
- Desensimesmar-se das possibilidades restritas às equipes e da colaboração em equipe;

- Desensimesmar-se do foco da atenção nos próprios profissionais para voltar o foco aos usuários, família e comunidade e nas demandas por eles apresentadas;
- Desensimesmar-se das ações programadas e protocolos pré-estabelecidos para propor ações inovadoras de cuidado e identificar necessidades “escondidas no território”.

A ampliação da colaboração, no âmbito das equipes para incorporação de usuários, família, comunidade e demais setores e serviços, não traz apenas benefícios, mas também desafios e enfrentamento das tensões que emergem do compartilhamento dos problemas e responsabilidades pelo cuidado em saúde entre profissionais de diferentes serviços da rede e usuários.

Os relatos dos profissionais apresentam diferentes aspectos da colaboração intersetorial, em rede e comunidade, agrupadas em três categorias e suas subcategorias.

Figura 11 - Categorias e subcategorias da colaboração interprofissional, em rede e com a comunidade

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

1. Reflexão sobre o trabalho da equipe inserido em rede e na comunidade

O conjunto dos relatos a seguir demonstram a reflexão dos profissionais acerca do trabalho em equipe inserido na RAS e na comunidade. Ou seja, o envolvimento da equipe na rede de serviços oferecidos pelo setor saúde e por outros setores.

1.1 Reconhecimento da necessidade de aprimorar trabalho intersetorial e em rede

A necessidade de aprimorar o trabalho em rede foi reconhecida quando os profissionais percebiam o isolamento da equipe da ESF perante os serviços especializados. Por não saber como lidar, a equipe evitava até mesmo a discussão de casos acompanhados por outros serviços, como se evitassem compartilhar a responsabilidade pelo cuidado.

Tinha uma paciente que ficava “guardada” dentro de casa, a gente sabia disso, mas não sabia lidar. Sabia que ela passava na psiquiatria, que ela tinha acesso ao CAPS e que era para continuar assim (...) Esses casos não chegavam nas reuniões de equipe, porque eram casos que a gente praticamente separava, não era para gente. Eram pessoas que eram assistidas em outros serviços, paciente da saúde mental por exemplo (enfermeira, caso A).

Os profissionais da ESF fizeram autocrítica sobre seu isolamento em relação aos serviços da rede, mas também referiram que os serviços da rede não compartilhavam com a ESF a responsabilidade pelos casos discutidos.

Quando a gente leva alguma coisa para outros serviços (...) meio que jogam a responsabilidade, dizendo por exemplo, que o usuário não tem determinado problema de saúde. Tiram o caso da discussão e dão por encerrado, encaminhando para outro serviço. Meio que assim: “Toma que o filho é teu, não é meu”. Foi mais ou menos isso que eu senti (enfermeiro, caso B).

O reconhecimento da necessidade de aprimorar o trabalho intersetorial e em rede surgiu também a partir da reflexão sobre casos não solucionados. Os profissionais exemplificaram casos em que a equipe da ESF buscou apoio em rede, mas sem sucesso.

Tenho um caso que não conseguimos resolver, que é o que mais nos golpeia e acho que a toda equipe (...). É um caso triste de que nunca houve solução. Um menino com retardo mental, problema psiquiátrico grande e que a mãe o isolou do mundo. O tem dentro de casa, como um bichinho, e agora é um bichinho grande que precisa de um atendimento psiquiátrico, que por mais que tenhamos lutado, a gerente, a equipe do NASF, não conseguimos encontrar uma solução porque não achamos um psiquiatra que venha a casa para vê-lo (...) E esse menino não sai de casa para nada desde que tem 8 anos de idade, agora já é um adulto. Ele já está agressivo, perdeu todos os hábitos de higiene. Urina e defeca no quarto, não toma banho, não troca de roupa (...). Antes dávamos uns remédios para que ele ficasse mais tranquilo, mas desde que aprendeu, viu que estavam colocando no suco, já não come nada que não seja em pacotes. Se ele não abre o suco e coloca o canudo, ele não toma. Se dão o pacote rasgado, ele não come. Bem difícil (...). Eu me sinto um pouco decepcionada porque não consigo ajudar a família bem (...). Então é um caso que gostaríamos de resolver, mas não conseguimos (...). Um caso bem sério, que a gerência tem trabalhado conosco para tentar dar solução. Mesmo articulando com outros serviços, ninguém vem aqui. Já se falou no CAPS para vir um psiquiatra utilizando o carro do consultório na rua. Dizem: “sim, vamos”. Ai e ninguém vem (...). Tem que ser avaliado por um psiquiatra para começar tratamento para poder diminuir um pouco a agressividade, e então tentar trabalhar com ele (médico, caso B).

Novamente cito o caso do paciente C. Extensamente conhecido por todos, e confinado à Atenção Básica que não tem a resolutividade necessária para a complexidade do paciente. E quando é apresentado nos setores, para os outros serviços, eles dizem: “- Opa, mas isso também não é meu”. Meu amigo, então o que você pode contribuir para mim? (Enfermeiro, caso B).

A parceria com setores e serviços da rede é reconhecida como essencial para o cuidado em saúde, com destaque ao papel da APS na coordenação do cuidado. Nas palavras do entrevistado, a APS é “grandessíssimo garoto de recados” no trabalho em rede.

Acho que tudo vai funcionar melhor a partir do momento que você não começar a trabalhar sozinho. Tipo assim, o posto de saúde não vai para lugar nenhum sozinho. Precisa de apoio do CAPS, CRAS, Esporte, CRI, CRJ, CRM, Cultura. Se a gente se juntar e trabalhar em conjunto para o bem do povo, a gente consegue um resultado melhor (ACS, caso A).

Temos muitos casos que necessitam de acompanhamento com cardiologista, neurologista, endócrino. Então o papel da Atenção Básica nesse caso é como um grandessíssimo garoto de recados (enfermeiro, caso B).

Embora reconheçam a relevância do trabalho intersetorial e em rede, os profissionais relataram dificuldade na articulação entre ESF e outros serviços e setores. A articulação foi descrita como “trabalhosa”, fora do “lugar confortável”, “jeito de trabalhar que te custa”, “entrave”. Por outro lado, a ação de delegar ao usuário a busca por atendimento em outros setores foi descrita como “mais fácil”.

Porque não adianta eu ter uma mulher lá sendo espancada pelo marido dentro de casa, eu sei mas... É muito difícil juntar todos esses serviços (Centro de Referência da Mulher, assistência social, psicólogo). Acho que falta interesse de nós mesmos. Porque é mais fácil você ver uma mulher vítima de violência, e orientá-la a buscar ajuda, do que levar, agilizar com outros serviços...tem tudo isso (ACS caso A).

Porque é mais trabalhoso, não é? O envolvimento com outros serviços e comunidade, um jeito de trabalhar que te custa, como te falei, a gente teve que fazer reunião no horário deles (Associação de Moradores do Bairro), à noite. Você sai do lugar confortável. Aqui dentro todo mundo conhece o funcionamento, quando você vai para o mundo, você não sabe as interferências, ou quando o mundo vem para cá (gerente caso A).

Sobre o trabalho em rede: Esse é o grande entrave nessa vivência clínica (enfermeiro caso B).

Foi relatado que as parcerias intersetoriais, como entre saúde e educação, dependem do interesse e apoio entre os envolvidos. Por essa razão, em um mesmo território é possível ter diferenças no sucesso do trabalho intersetorial.

Nós fomos para uma outra escola em que foi muito difícil desenvolver o trabalho, porque a escola não acolheu o trabalho. Quando você entra na casa do outro, muita coisa muda, não é? Em uma das escolas houve uma aceitação por parte da diretoria e dos professores. Eles aceitaram a ideia de estarmos juntos. Nos ajudaram a identificar os alunos que tinham maior ou menor dificuldade, aqueles que estavam com uma questão ou outra. Em uma outra escola a gente não teve apoio, o professor simplesmente deixava os alunos com a gente e ia embora para o café (Gerente caso B).

Os profissionais relataram problemas de comunicação entre as equipes da ESF e serviços da rede. Nos excertos a seguir, é possível perceber a ausência de mecanismos de comunicação formal e informal entre serviços da rede, frágil sistema de regulação e de informática que permitisse existência de vínculo entre os diferentes serviços. Diante do frágil mecanismo de comunicação entre serviços na rede, coube ao próprio usuário a mediação entre os diferentes níveis de Atenção.

O paciente nos diz: “ O reumatologista fez isso, isso e isso”. Você tem que acreditar na palavra do paciente, você não tem o retorno do próprio profissional que o atendeu. Vez ou outra volta com um encaminhamento. Vez ou outra volta com uma prescrição. O paciente vai ao outro serviço com uma demanda identificada pela Atenção Básica, mas a Atenção Básica não tem essa demanda atendida. O paciente volta com um CID, que infelizmente nos diz muito pouco (enfermeiro, caso B).

Acho muito importante eu mandar um paciente para uma especialidade e ter um retorno desse especialista, ver o que aconteceu, o que foi feito. Porque a gente só fica sabendo pelo paciente, ele às vezes nem sabe o que aconteceu direito, nos falam: “Só passaram essa medicação e saiu”. Não tem esse controle, ele fica perdido entendeu? (Médico, caso B).

A comunicação, para encaminhamento do usuário da ESF para os serviços especializados, é feita por sistema de regulação, que apresenta falhas ao classificar retorno em consulta com especialista como um novo agendamento, o que culmina em tempo de espera superior ao prescrito pelo especialista.

Se o paciente vai ao serviço de ortopedia, no Pronto Socorro, o ortopedista fala: “Você tem que retornar em três meses”. O paciente tem que voltar na Unidade para remarcar e as filas de ortopedia são intermináveis. Às vezes o paciente já tinha ficado seis meses aguardando aquela consulta com o ortopedista. Se ele entra novamente no sistema da Unidade, para remarcar em três meses, pode ser que ele só retorne ao ortopedista daqui a um ano (pausa silenciosa). Então é ruim. Não entendo porque você vai a um serviço de ortopedia, precisa de retorno e acaba entrando de novo no sistema como um caso novo. Não sei porque não dão logo o retorno. O sistema não facilita (médico caso B).

Além da comunicação, outra dificuldade amplamente relatada pelos profissionais como barreira para estabelecimento de parcerias na RAS foi a oferta insuficiente de serviços para atender a população adscrita.

O paciente que precisa de uma especialidade, exceto fisioterapia que é rápido, tem que esperar “um mundo” por atendimento. A interação com outros serviços é péssima, pela demora e pela qualidade também. Os pacientes se queixam muito dos serviços. Por não serem bem atendidos e por terem que ir muito longe para passar com um especialista que por vezes não resolve nada (médico, caso B).

Acho que os serviços não são suficientes e a maioria das coisas não se faz aqui no município, tem que sair. O município não tem todos os serviços, aí atrapalha tudo e demora mais (médico, caso A).

O problema mesmo nosso é a endodontia, são dois anos de espera. Dois anos. Enquanto isso o paciente fica com curativo, sei lá, uns dois ou três meses. Ele fica na fila de espera que dura dois anos (...), mas a maioria volta com dente quebrado na emergência. Quando cai o curativo, eles vêm e eu troco. É um ciclo, um problema lá em cima na especialidade que gera um problema para os clínicos gerais. Não dá (odonto, caso B).

Os relatos apresentados acima permitem perceber um cenário em que se discute a qualidade de parceria com outros serviços e a escassez ou inexistência de serviços na rede. Esse cenário culmina em longas filas de espera para atendimentos com especialistas, encaminhamento para serviços fora do município e por vezes o retorno de usuários à equipe da ESF porque não conseguiram vagas com especialistas.

1.2 Reconhecimento da necessidade de ampliar perspectiva do cuidado

Os profissionais referiram percepção do cuidado isolado no modelo biomédico como forma de resposta única a problemas por vezes complexos. Os excertos, a seguir, mostram reflexões sobre o cuidado com foco na doença e não nas necessidades de saúde.

Nossas evoluções eram completamente voltadas para o biológico assim, sabe? A parte do histórico, que cabe falar do social, espiritual, condições de vida, não existe, não existia. Era amigdalite acabou! Benzetacil, fora! Todos os relatórios que a gente pegava, a relação de abuso, problema na casa, isso não aparecia nos nossos atendimentos. Desde médico, auxiliar e enfermeiro. Não aparecia porque a gente simplesmente quebrava isso, isolava e ia no foco. Realmente se eu lesse três, quatro relatórios que eu mesma escrevi eu não iria perceber que essa criança era vítima de abuso em casa. Porque a gente até sabia, mas eu não sei te explicar o porquê disso (enfermeira, caso A).

O reconhecimento da equipe funcionando no modelo biomédico levou os profissionais a refletirem sobre a importância de olhar, não somente indicadores epidemiológicos, mas associá-los à avaliação do próprio processo de trabalho.

Esperamos que os casos vulneráveis não sejam só os de oxigenoterapia, ou os casos do SADS (Serviço de Atendimento Domiciliar). Espero que a gente considere os casos de violência e outros (...). Espero que a gente consiga avaliar os processos e não só os indicadores (gerente, caso A).

O reconhecimento do isolamento da equipe no modelo de atenção com foco na doença levou a percepção de limitações, como: não resolução dos casos, cuidado e diagnóstico fragmentado, repetição de demandas não solucionadas e olhar restrito à condição clínica. Nos excertos, a seguir, os profissionais discorrem sobre demanda apresentada pela escola do território.

A diretora (da escola) levantava um monte de caso de déficit de aprendizagem e relacionava a problemas de saúde e queria devolutiva do Sistema de Saúde. O que a gente fazia todos os anos? Marcava consulta com o médico, fazia exame físico, pedia exames e aí a gente falava, essa criança não tem nada, está apta. E a angústia dessa diretora todo ano só aumentava. E esse ano chegou o novo calhamaço de casos, com um monte de alunos e aqueles relatórios "CTRL+C, CTRL+V" (enfermeira, caso A).

Os relatórios da escola não tinham qualquer informação da vida de saúde daquelas crianças, em contrapartida nossos prontuários não tinham nada da vida escolar, da vida social (gerente caso A).

A gente entendeu que eles queriam apenas “rótulos” para conseguir uma sala especial”, um pedido de diagnósticos de crianças com baixo rendimento escolar (médico, caso A).

A partir do contexto apresentado acima, os profissionais iniciaram um movimento de reconhecimento da necessidade de ampliação da perspectiva do cuidado.

Iniciamos a discussão de que precisávamos ter um olhar mais ampliado sobre a situação dessas crianças (...) olhar melhor para os casos, as histórias dessas crianças (...) olhamos prontuários de todas, desde quando elas começaram a frequentar o posto. Nós começamos a pedir relatório das Associações onde essas crianças frequentavam (...) e nós começamos a fazer visitas domiciliares e reuniões com os pais dentro da unidade (gerente, caso A).

Assim como referiram necessidade de ampliar a perspectiva do cuidado para além dos protocolos de assistência.

Porque nós da saúde já temos um protocolo, não é? Do que a gente tem que falar, do que tem que abordar, mas a gente tem cada vez mais que expandir esse cuidado. Mas no início era assim: “gestante era o olhar prioritário da Unidade. Crianças até dois anos de idade são olhar prioritário da Unidade”. Que também é, mas a gente não pode esquecer o todo. Às vezes a gente fica tão preocupado com a coisa da criança que está vacinada, está cuidada, que tem uma família que consegue minimamente dar conta, que fica com olhar mais voltado para essas crianças do que para aquela que está mais vulnerável(...). Aqui chega essa bonitinha, cheirosinha com o topetinho, que ótimo! Elas têm que chegar e circular, mas nosso olhar tem que estar também para aquela que chega muito sujinha, descuidada, ou que não chega. Precisamos nos desocupar um pouco dos casos que funcionam bem, tem minimamente um nível de organização e que estão aqui no posto. Precisamos nos voltar para os casos que têm maior dificuldade de organização e que são mais vulneráveis (gerente, caso A).

1.3 Reconhecimento da necessidade de participação da comunidade no cuidado e no controle social

Os profissionais valorizaram o apoio da comunidade na resolução de casos junto à equipe. A necessidade de envolvimento dos usuários no cuidado foi relatada, sobretudo, em situações de doenças infecto contagiosas, como dengue e tuberculose. O usuário reitera a participação da comunidade na equipe.

(...) os nossos casos de tuberculose são casos que tiveram que ser conversados com a comunidade (...) porque o chefe da família era um homem muito machista (...) que não deixava ninguém tomar medicação. Seis na família e um bebê de seis meses. E aí eles (os ACS) vieram me procurar: “Chefe a gente não está conseguindo entrar, não estamos

conseguindo fazer esse homem vir aqui. Ele fez o primeiro exame e deu em todo mundo na casa". E lá é todo mundo um do lado do outro, porque as casas são uma do lado da outra, janela com janela. Uma janela, uma casa inteira. Então falei: "nós vamos ter que intervir de outro jeito". E comecei a chamar as casas do entorno (...) Então...eu chamei as outras casas e falei: "Oh precisamos pensar junto, igual a gente faz com lixo, com dengue...Vamos pensar junto" (gerente 1, caso A).

Esse ano no segundo semestre a gente fez um diagnóstico situacional para controle da dengue aqui no território. Então a gente foi a vários lugares para identificar com a população. A gente eu digo é Conselho Gestor e a Unidade de Saúde. Então assim, só para você ter uma ideia, a gente teve uma reunião na Associação de Moradores do Bairro às nove horas da noite. Tentamos fazer uma conversa sobre controle da dengue, para identificar quais eram os lugares considerados vulneráveis. Fomos na igreja do bairro vizinho, também a noite, para fazer uma conversa com as lideranças (gerente 2, caso A).

(...) A questão do controle da dengue estava aflorada no nosso território. Então, desde o ano anterior a gente vem trabalhando essas questões nos bairros, com o povo (conselheiro gestor, caso A).

Com relação à participação, os profissionais referiram o desejo de que os usuários, família e comunidade se sentissem genuinamente parte do serviço de saúde, e não apenas consumidores.

Eu acredito que o papel da família e comunidade é fundamental em um serviço de saúde, acho que a comunidade precisa ver o serviço de saúde tendo vínculo afetivo com esse espaço. As pessoas não podem vir aqui e simplesmente usar como um supermercado. Elas precisam vir aqui se sentindo parte disso (enfermeiro, caso A).

O usuário, e também conselheiro gestor, referiu que sua participação na equipe é a forma de obter melhorias no serviço de saúde. Ressaltou ainda, a importância da relação usuário e equipe para consolidação do direito à saúde.

Usuário e equipe tem que ajudar um ao outro. Porque acho que assim, usuário tem que ser beneficiado porque é um direito dele. E a equipe, em contrapartida está aqui trabalhando para dar o melhor para esse usuário. Então acho que tem que ser bem entrosado mesmo, unidos. Tem que ser bem transparente essa ligação entre usuário e equipe (conselheiro gestor, caso A).

A necessidade de participação dos usuários no controle social, no espaço do Conselho Gestor, foi referida pelos profissionais e conselheiro gestor como forma de reivindicar as demandas do território e tomar decisões compartilhadas com equipe de saúde e comunidade.

Os usuários precisam primeiro saber quais são os locais para participação, por exemplo as reuniões de Conselho Gestor. As reuniões do Conselho são os espaços para trazer as demandas da comunidade e inserir os usuários nas decisões fundamentais relacionadas ao processo de trabalho (enfermeiro, caso B).

O espaço do Conselho Gestor é para discutir cidadania. Quais as melhorias que eles precisam para o território deles, por exemplo? Desde que cheguei aqui houve a necessidade de fazer uma cobertura ali no estacionamento, para o pessoal desenvolver as atividades físicas. Isso não foi colocado na reforma que tivemos aqui. Então, eu e a conselheira falamos: "Como a gente pode conseguir verba para que seja feita essa cobertura?" Tivemos todo um trabalho para fazer um projeto que foi mandado para um deputado X, que concedeu uma verba. Pedimos 150 e ele deu 250 (mil reais). Nossa cobertura vai sair! E isso é uma demanda do Conselho Gestor, da comunidade, da conselheira e tudo mais. A gente desenha com eles, é deles, é um espaço para eles (gerente, caso B).

A gente tem um problema aqui, a gente já discutiu muito aqui nas reuniões que é sobre a limpeza, lixo. Porque o entorno da UBS virou um depósito de lixo (...). Vai reformar a casa, não tem dinheiro para caçamba? Jogam j na porta da UBS. Então a gente discutiu muito, pediu muito. Agora está uma maravilha porque fizeram toda limpeza lá embaixo. Então aos poucos a função do Conselho é essa, de conscientizar, de ajudar na conscientização para que todos cuidem desse espaço (conselheiro gestor, caso B).

Para mim tem que ser feita essa discussão no Conselho Gestor, porque mudança de horário de farmácia mexe com a vida das pessoas, assim como mudança no horário de agendamento. Meu Conselho Gestor tem que estar comigo. Porque diz respeito a vida deles, é acesso (gerente caso A).

Porque acho que a população participando, vindo reclamar, vindo saber o que está acontecendo na Unidade melhoraria um pouco mais, seria bem mais efetivo (conselheiro gestor, caso A).

Para os usuários, o Conselho Gestor é o espaço de participar na equipe da ESF. Todavia, em um contexto em que a participação deve ser estimulada, os conselheiros argumentam que se a comunidade não vai até a UBS, a UBS deve buscar mecanismos para alcançar a participação dos usuários.

O Conselho é mecanismo de controle e fiscalização das políticas públicas de saúde. Eu represento essa população, as reclamações que eles me trazem eu levo até o Conselho Gestor (conselheiro gestor, caso A).

Então, a participação infelizmente é pequena. O pessoal vem, dá sugestões. Está melhorando muito. O pessoal está começando a entender que pode realmente contribuir (conselho gestor, caso B).

Se a comunidade não vem até nós, a gente aqui na UBS tem que ir até a comunidade. Tem que ter essa busca, até para divulgar os serviços, é uma maneira de divulgarmos, termos participação nos serviços de saúde (conselheiro gestor, caso A).

2. Identificação da necessidade de inovação no trabalho em equipe

A partir dos relatos apresentados, é possível perceber inter-relação entre as duas dimensões acima referidas – reflexão sobre o trabalho da equipe inserido em rede e comunidade” e “identificação da necessidade de inovação no trabalho em equipe” (figura 12).

É por meio da reflexão sobre o trabalho que os profissionais identificam necessidades a serem atendidas. As necessidades identificadas são por vezes algo novo ao contexto da equipe e demandarão a identificação de formas novas de prestar o cuidado.

Da mesma forma, as ações colaborativas (desencadeadas pela ‘identificação da necessidade de inovação’) desencadearão novas reflexões sobre o trabalho da equipe inserido em rede e comunidade.

2.1 Reconhecimento da necessidade de aprimorar trabalho intersetorial e em rede

Ao reconhecer a demanda por aprimorar o trabalho intersetorial e em rede, as equipes reconhecem também a necessidade de inovação. Ou seja, percebem os limites da forma usual de organização do trabalho intersetorial e em rede para prestação do cuidado integral.

1.2 Demanda por forma inovadora de incluir usuários no atendimento às necessidades do território

Ao reconhecer a necessidade de participação da comunidade no cuidado e no controle social, os profissionais reconhecem também que a forma como o cuidado é prestado assegura participação da comunidade, mas que a participação deva ser continuamente estimulada. O que implica em pensar continuamente em novas formas de organizar o trabalho em equipe para lidar com a necessidade de incluir usuários no atendimento às necessidades do território.

2. Ações de colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade

De acordo com os relatos, os profissionais buscam estabelecer parceria entre diferentes setores, serviços da rede e comunidade. As parcerias surgem ou se reiniciam quando a equipe decide buscar novas formas de cuidado que contemplem a complexidade de casos como: crianças fora da escola, violência contra mulher, problemas de saúde mental, doenças crônicas, demandas trazidas pela escola, abandono de idoso e contexto de extrema pobreza. Reiniciar remete ao fato de que as parcerias estabelecidas podem não ser inéditas, mas se configuram como novas a cada aproximação. A noção de “reinício” remete a colaboração como algo a ser constantemente retomado e conquistado, portanto nunca completo e satisfatório para todas as necessidades de saúde que usuários, famílias e comunidade podem trazer a equipe. Se a parceria com o outro serviço é exitosa, logo surgem dessa situação colaborativa novas demandas por novas parcerias, ou por aprimoramento de ferramentas para consolidação, ampliação da colaboração.

3.1 Parcerias intersetoriais

Os relatos, a seguir, dizem respeito à parceria saúde e escola. A compreensão das necessidades das crianças da escola, não restrita a um rótulo ou diagnóstico, fez com que a equipe de saúde buscasse apoio de outros profissionais, de diferentes serviços. A partir do caso apresentado pela escola, a equipe da ESF inicia diversas parcerias. A primeira delas, com a Secretaria da Saúde, a fim de obter apoio organizacional.

Fui pedir apoio, falei: “Fulana, me ajuda, estão pedindo diagnóstico e achei isso muito estranho. Aí veio a hebiatra da Secretaria de Saúde e a coordenadora da Saúde Mental. Elas passaram a nos dar suporte (...) O apoio da Secretaria nos sustentou! A própria Secretaria se envolveu muito. Tivemos reunião com coordenadores da Atenção Básica. Gerou um movimento grande. Isso tudo porque a diretora da escola não aceitava a nossa discussão, de que precisávamos ter um olhar mais ampliado sobre a situação das crianças. O que ela queria era laudo (gerente caso A).

Ao iniciar a parceria saúde & escola, os profissionais descrevem a busca por envolvimento da família nas questões de saúde. Ao envolver a família outras

questões emergiram e permitiram identificação de necessidades familiares não identificadas anteriormente pela escola ou pela equipe da ESF.

Cada pai foi chamado num determinado momento para gente entender como essa família via essa criança na escola(...). Essa disponibilidade dos pais facilitou também o processo de trabalho, e disso, outros desdobramentos foram acontecendo. Alguns pais que eram analfabetos, até percebiam que as crianças estavam vivendo bullying dentro da escola, mas se sentiam inferiorizados demais para reclamar. Muitos pais com distanciamento afetivo gigantesco com relação aos filhos. Então a gente começou a notar tudo isso (gerente, caso A).

Os desdobramentos passaram a envolver outros serviços sociais e de saúde (centros de referência e especialistas) e a busca de empoderamento das famílias para cuidado da própria saúde.

Famílias que tinham situação de violência gravíssima, como uma família que a gente foi visitar. Espancamento, situações superdifíceis. A gente buscou envolver Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (...). Tudo nesse processo da escola, que desencadeou uma série de ações com parceiros e também fortalecimento das famílias. Em um dos casos a mãe de uma das crianças voltou a estudar(...). A gente começou a buscar potência nessas famílias. O pai que era alcoolista, a gente trouxe para fazer algumas conversas e exames que ele nunca tinha feito (...). Propusemos assim porque ele não tem qualquer noção do uso abusivo que faz do álcool. No fim, o aluno encaminhado pela escola era o que estava mais organizado dentro da condição familiar! A gente foi identificando isso durante o percurso, dentro dessas reuniões, dessas conversas (gerente, caso A).

Crianças que a gente acabou pegando que não estavam nessa demanda apresentada pela escola e que eram casos muito mais graves, de crianças que estava fora da escola, porque tinham diabetes. Eram crianças que não davam nenhum tipo de trabalho e que ficaram fora da escola. Identificamos uma garota com epilepsia que não estava indo para escola (...). Uma menina extremamente inteligente, criativa, de personalidade e que estava fora da escola. E aí a diretora nova, essa que assumiu, disse: “Ela não tem porquê ficar fora da escola”. Então, nosso médico, com olhar mais ampliado, acabou solicitando uma contra referência do neurologista. Pediu para o neurologista que acompanha a criança um documento informando se de fato ela precisava ficar fora da escola. E o neurologista negou. Nunca houve necessidade de a menina ficar fora da escola. (...) esse ano nossa expectativa é que ela volte (gerente caso A).

A parceria intersetorial entre saúde e educação resultou em manutenção e ampliação da colaboração, como início de planejamento formal em parceria com escola, organizações do bairro e equipe de saúde da família, em um movimento de integração entre unidade de saúde, território e escola.

O mais bacana é que na semana que vem nós vamos iniciar o planejamento conjunto: a escola e as associações do bairro. Então em

2016, o planejamento da escola vai ter nossa participação e da comunidade. A X é uma ONG lá do bairro que cuida de crianças e adolescentes. A Associação Y cuida de outra parte de crianças, no contra-turno. Cada uma delas fazia seu trabalho isoladamente. As nossas crianças de alguma forma estavam vinculadas à Associação, à escola, à ONG e à UBS, mas não existia uma troca...O CREAS está querendo participar do planejamento junto (...)\Vai ser a primeira vez que faremos algo assim (gerente, caso A).

A parceria saúde & escola desencadeou na equipe a busca por desenvolver ferramentas que auxiliem a clínica ampliada. No excerto abaixo o profissional cita a criação de um instrumento de avaliação integral da criança.

A gente conseguiu construir um roteiro para os médicos. A hebiatra sentou com a pediatra da Universidade (que faz pesquisa no município) e nos ajudou a elaborar um roteiro para identificar aspectos que não eram abordados na consulta. A ideia é que isso se torne um documento fixo para utilização com outras crianças (...). Inclui uma análise cognitiva, das questões familiares, de aprendizagem e de saúde física também (gerente, caso A).

A parceria entre diferentes setores foi referida também para a solução de problema de acúmulo de lixo nas ruas. No excerto, a seguir, o conselheiro gestor refere o trabalho entre equipe da ESF, Conselho Gestor, associação de moradores do bairro, escolas e prefeitura.

A gente desenvolveu um plano de trabalho, reuniões nas comunidades nos territórios. Em cada bairro a gente fez uma reunião para definir as demandas da comunidade. A partir dessas demandas a gente montou o plano de trabalho e temos feito tudo com base nesse plano. Então está dando certo por enquanto.

Pesquisador: - Tem algum exemplo?

Conselheiro: - Tem, tem. A nossa ação no bairro Flores, que foi realizada em parceria com as associações do bairro, com as ONGs, escolas. A gente se juntou com as Associações e com as escolas X e Y. Fizemos uma mobilização com ajuda das ACS, que foram fundamentais. Elas que sempre preparam todo caminho para que a gente entre na comunidade. Como fizemos da última vez, em que retiramos 37 caminhões de lixo de um dos bairros. Trinta e sete!

Pesquisador: - A gente, você diz... quem?

Conselheiro: - Conselho Gestor em conjunto com essas instituições que te disse, e com apoio da Prefeitura, do pessoal da UBS, das agentes. A Prefeitura que disponibilizou os caminhões, as máquinas, os trabalhadores (conselheiro gestor caso A).

3.2 Parceria em rede

De acordo com os relatos profissionais, as parcerias estabelecidas na rede pressupõem clareza do papel desempenhado pelo outro serviço e as possibilidades de trabalho compartilhado. Uma das estratégias para o conhecimento do outro é a realização de visitas partilhadas entre Saúde de Família e serviços como Centro de Referência do Idoso.

Por exemplo, uma semana visitamos famílias junto com o pessoal do Centro de Referência do Idoso. A profissional do Centro de Referência e as ACS fizeram visita partilhada. A equipe começou a perceber que existiam recursos fora da Unidade com os quais poderiam contar. Que não precisa contar só com a própria Unidade (gerente, caso B).

Além de visitas partilhadas, a fim de estabelecer parceria na rede, os profissionais da ESF relataram a realização de casos de promoção à saúde com CAPS. Ao realizar o caso de maneira conjunta, os profissionais do CAPS acabaram por instrumentalizar a equipe da ESF para melhor acolher demandas de saúde mental.

A gente pega um caso de uma pessoa que está em sofrimento mental e a equipe percebe que pode contar com apoio do CAPS, porque a enfermeira de lá passou a vir aqui uma vez por semana. Ela fazia o grupo com *[ênfase dada a palavra “com”]* a nossa equipe (...). Qual será a próxima etapa? A própria equipe já começa a identificar o que é grave e o que não é, o que é da psiquiatria, o que é da psicologia. A enfermeira do CAPS ajudou a instrumentalizar a nossa equipe para lidar com as questões de saúde mental (gerente, caso A).

No caso da saúde mental, os profissionais referiram que o estabelecimento de parceria entre ESF e CAPS envolve desmistificar o medo e preconceitos com relação a saúde mental.

Eu levei já as agentes comunitárias para participarem da reunião de saúde mental no CAPS. Elas perceberam que entre os “doidos” e a gente não tem diferença nenhuma. Todo mundo é doido ali, e são criativos e podem produzir, sabe? Eu acho que foi bem interessante. Sair e conhecer o outro serviço, as possibilidades, a saúde mental (Gerente, caso B).

De acordo com os profissionais, a parceria em rede é facilitadora das parcerias com a própria comunidade e diferentes setores. No excerto abaixo é relatada parceria com serviço de Zoonoses.

Agente comunitário e eu fomos em todas [reuniões]. A Zoonoses ajudou a gente, foi muito bacana o apoio da coordenação e dos demais profissionais da Zoonoses. Eles nos ajudaram a conversar com a comunidade. Eles foram em todos lugares com a gente para falar da dengue. De dia, de noite e aos sábados! A gente foi na creche do bairro, nas reuniões de pais na escola e na Associação do Bairro. Falamos sobre como as pessoas estavam vendo o território, a dengue (gerente, caso A).

Os relatos permitem perceber a importância dos gerentes para estabelecer parceria com serviços da rede e até mesmo articular o atendimento clínico em serviço especializado.

Sobre acionar outros serviços... a gerente tem muitas parcerias, e ela sabe exatamente pra onde mandar cada caso, e isso é muito bom, a gente tem uma segurança em mexer nos casos. A gente passa a ter mais segurança em mexer(...) isso é bacana porque eu estou aprendendo muito (enfermeira, caso A).

A gerente coopera muito nesses casos de consulta com especialidade, quando um caso precisa de prioridade. Avaliamos o paciente, falamos com a gerência: “acreditamos que esse caso deva ser visto antes de 15 dias, precisamos de uma vaga de prioridade para ele”. Preenchemos uma folha detalhadamente dizendo a causa da a prioridade, não é qualquer caso. A gerente liga para Secretaria de Saúde e faz todo possível para manejar uma vaga para esse paciente (médico, caso A).

A fim de promover o trabalho em rede no município e estimular a colaboração entre diferentes serviços sociais e da saúde, os profissionais relatam a experiência das “Redinhas”. Trata-se de uma rede específica de atenção à saúde em territórios que compartilham os mesmos equipamentos de assistência social e serviços de referência.

As Redinhas são definidas como casos de discussão de questões pertinentes a cada território e também casos complexos. Trata-se de uma iniciativa da Coordenação de Saúde Mental, em propor um debate entre diferentes atores do território. O uso de sufixo diminutivo “inha” faz menção ao fato de ser uma rede pequena, restrita ao território de três UBS.

A seguir, os relatos ilustram a percepção dos profissionais sobre a redinha, como um espaço onde é possível conhecer os outros serviços da rede, e compartilhar os casos sem resolução na ESF.

A redinha é que levanta todos os casos de...transtorno mental, condição social difícil, saneamento básico, tudo a gente leva para lá e discutimos (ACS, caso B).

Redinha é onde tem discussão sobre o território e discussão de casos. A Redinha é composta pelas unidades de saúde e serviços do território. A

gente vai convidando as escolas, o CREA, o Conselho Tutelar (...) É importante porque você passa ter outro olhar de como os serviços funcionam. Acho importante a equipe participar das reuniões da Redinha, porque passam a conhecer a menina do Conselho Tutelar, o pessoal do CREAS, do CRAS, da escola. Esse “namoro” que a gente tem com serviços é muito importante (gerente, caso B).

São casos muito complexos que a Unidade não da conta, aí uma vez por mês que tem essa reunião da Redinha, com as três Unidades do território. A reunião envolve vários setores, psicologia, psiquiatria, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar. Cada mês essa reunião é feita em uma Unidade (ACS, caso A).

(...) você não vai conseguir resolver 100%, até porque não é só demanda sua, tem demanda social (...). Nem sempre essas coisas que a gente tenta fazer têm resultado, porque o buraco é muito mais em baixo. Tem casos que a gente até consegue dar uma melhorada, mas não é sucesso 100%. (...) A gente normalmente leva para Redinha aquilo que a gente não resolveu aqui. Se não resolve, fica batendo, como “pingue-pongue” (enfermeiro, caso A).

Nas Redinhas são promovidos encontros mensais entre representantes de diferentes serviços sociais e de saúde de um território. Entretanto, os profissionais problematizaram a ausência de identidade enquanto “caso” entre os membros da Redinha. A cada mês são trocados os profissionais representantes de cada serviço na reunião, o que dificulta uma discussão longitudinal dos casos e a busca de trabalho compartilhado.

Cada vez é em um lugar e assim vai pulando. Cada mês a reunião acontece em uma Unidade diferente. Também não tem as pessoas certas que vão. Por exemplo, daqui da Unidade não é sempre a mesma agente de saúde que participa. Não é sempre que a gerente vai. O enfermeiro nunca participa. Então assim, não tem pessoa certa para fazer parte da Redinha. Do jeito que funciona a gente nunca fica sabendo o que se passa lá (ACS, caso B).

O relato a seguir reitera a dificuldade em seguir as ações planejadas na Redinha. O profissional descreve o planejamento de ações para cuidado de uma família de acumuladores de lixo, em que mãe e filhos foram diagnosticados com transtornos mentais.

Tem um caso do bairro X, do senhor Lenine (...). Desde que eu cheguei no município estão discutindo o caso desse homem e não resolvem. Foi pactuado na Redinha que iriam limpar a casa dele, realizar um mutirão de limpeza e a prefeitura iria construir uma casa nova. Só que nesse realizar mutirão de limpeza, o CAPS articulou que eles iriam primeiro falar com a família, para saber o que podiam tirar e o que não podiam tirar. OK. Chegou o pessoal dos serviços urbanos um dia antes do que foi pactuado pelo CAPS e levou tudo da família. Quando me contaram o que havia

acontecido eu disse: “Eu estava nessa reunião, não sou louca, e não foi isso que foi articulado, não foi o combinado”. E assim, quem articulou a ação ficou muito chateado, porque querendo ou não, houve uma quebra de vínculo. O pessoal do CAPS ficou enlouquecido, porque vínculo é algo difícil de conseguir. A mãe do Lenine não quer nem saber mais. Antigamente estavam tentando fazer com que ela se responsabilizasse, depois disso acabou (gerente, caso B).

O relato anterior evidencia a ausência de coordenação na Redinha, que facilite o trabalho compartilhado e seguimento dos acordos estabelecidos. Evidencia também a circularidade mostrada no diagrama 8, onde o próprio trabalho intersetorial, em rede e com comunidade gera novas reflexões sobre o trabalho em equipe, rede e comunidade.

Os relatos a seguir permitem perceber que a parceria na Redinha depende do compartilhamento de identidade com os serviços com os quais deseja compartilhar/ integrar a rede. Nas Redinhas, por exemplo, observou-se que os profissionais da ESF compartilham de maneira frágil uma identidade com profissionais dos demais serviços.

Então, não funciona. Não funciona porque é assim. A gente tem aqui a Redinha, a gente passa (os casos). Mas a gente tem uma visão, eles têm outra, às vezes oposta (ACS, caso B).

Quando conseguiu que ela viesse aqui (usuária gestante ex-presidiária), ela não tinha documento porque não queria dar documento nenhum, esse caso dela foi passado até na Redinha. A gente esperava um apoio mesmo, mas não tivemos, as pessoas ficaram com medo. Disseram: “Não, não vamos nos envolver porque ela é ex-presidiária, e aí estaremos sendo coniventes com ela”. E a gente aqui na equipe não estava vendo isso, a gente via “a paciente”, a gestante, entendeu? (...) A paciente é nossa a gente vai prestar cuidado (ACS, caso A).

As Redinhas foram avaliadas predominantemente de forma negativa, como espaços formais para recusa em compartilhar os problemas apresentados pelas equipes da ESF. Foram consideradas como estratégia de baixa resolutividade. Ao mesmo tempo, as Redinhas foram criticadas por não facilitarem a colaboração com as demandas apresentadas pela ESF e o compartilhamento de responsabilidade pelo cuidado.

Para que serve? Compartilhar o caso entre os diversos atores envolvidos no processo? Teoricamente. Na verdade, nada mais é que a confluência das desculpas plausíveis. Normalmente recusam os casos via encaminhamento, via telefone. A Redinha é a via presencial. Nada mais do que isso. Nada mais é que desperdício de tempo. Deveria ser uma reunião técnica para discutir casos complexos entre as diversas potencialidades envolvidas, no entanto não é o que acontece. As pessoas falam um caso, e

na verdade cada um nega sua responsabilidade com aquele caso(...). É um espaço não colaborativo. É um espaço justificativo (enfermeiro, caso B).

É um caso que foi tocado durante muito tempo nas Redinhas e já não se discute mais. Já tiraram da Redinha. Eu nunca vi uma solução nos casos discutidos na Redinha (médico, caso B).

Acho que fica tudo igual. Fica na mesma (...). Pode até ter criado esse espaço para tentar resolver os casos (em referência as reuniões da redinha), mas se tem algo que eles resolvem são poucos. Se tem, a gente não fica sabendo (ACS, caso A).

A gente achava, por exemplo, no caso da Dona Betânia: “Vamos passar para Redinha!” Só que a Redinha falou que não é caso deles. Disseram que eu devo primeiro ir atrás da assistente social, Secretaria do Idoso e tentar resolver o problema. Se eu não conseguir resolver, aí devo passar para Redinha. Mas vou passar para Redinha e eles farão alguma coisa? Quando você pensa que eles vão fazer, não fazem (ACS, caso B).

Entretanto, a construção de parcerias nas Redinhas foi bem avaliada pelos profissionais, no sentido de promover ações pontuais.

Com a parceria com a Redinha a gente já fez três ações aqui no bairro. A equipe começou a ver que existiam outros serviços. Lá no galpão nós montamos tendas, fizemos visitas nas vielas, e aí foi CRJ, CRAS, cultura. Tudo organizado pela Redinha. Lógico que a gente aqui acabou dando mais suporte, articulando mais, mas a Redinha que puxava ação. Então nossos profissionais começaram a conhecer os outros profissionais de fora. Conhecer não só de nome, mas conversar, fazer coisas juntos (gerente, caso A).

A gente está tentando. A gente promove uma ação no galpão do bairro, que é uma ação da Redinha. Envolve CAPS, saúde mental e vários setores da prefeitura, uma ação bem grande. A gente tem tido resultados dessa ação. Os casos de inclusão para um Bolsa Família, por exemplo (ACS, caso A).

As Redinhas foram descritas como espaço de parceria onde é possível dividir as angústias geradas por casos complexos e aparentemente sem solução.

As reuniões da Redinha também nos ajudam na conversa, na angústia, porque alguns casos não têm solução. A única coisa que você tem que fazer é manter o cuidado. O esquizofrênico será esquizofrênico para o resto da vida, assim como hipertenso será hipertenso para o resto da vida, essas coisas (gerente, caso A).

Face às dificuldades para estabelecer parcerias na rede, os profissionais referem a busca por alternativas à ausência de parceria efetiva com outros serviços. Isso representa os esforços das equipes em dar respostas às necessidades em saúde do usuário mesmo sem apoio da rede.

Essas atitudes envolvem a busca por aprimoramento profissional a fim de atender à demanda do usuário.

Então você passa a fazer um esforço além do que você já faz, além do que é sua responsabilidade e adentra na esfera de conhecimento do outro. Tem a demanda. Se não for resolvida o paciente morre, afinal lidamos com vidas. Então, buscamos nos aprofundar no assunto, estudamos, recorremos a literatura, buscamos auxílio com outros profissionais da Unidade ou do ambiente acadêmico. Recorremos a esses outros espaços para sanar dúvidas e atender as demandas da Unidade (enfermeiro, caso B).

Ou parcerias com outros serviços da rede para o atendimento de demanda urgente.

Essa menina que falei da mãe em surto psicótico. A filha tentou suicídio 4 vezes. A vaga como prioridade com psiquiatra, encaminhada em março será para maio (Entrevista realizada em março). Por isso pensamos em buscar outras alternativas (...) A vaga saiu para maio entendeu? Eu não posso só encaminhar porque demora muito, então vamos nos articulando. O NASF e o Consultório na Rua têm nos dado apoio. O CAPS também nos ajudou para que conseguíssemos uma vaga para a mãe. O Projeto Desenvolver vai nos dar uma ajuda. Não é o usual, mas a equipe de saúde mental do município não tem pernas para nos ajudar a resolver isso. Decidimos tentar diferentes fontes de apoio (...). O Projeto Desenvolver normalmente é para as crianças de zero a seis anos. Mas a psicóloga do Projeto está nos ajudando a acolher a menina, para cuidar um pouco da situação até que possa ser atendida. Nossa ideia foi de integrar serviços que não tem “nada a ver com isso” normalmente (médica, caso B).

3.3 Parcerias na comunidade

A fim de incluir os usuários no atendimento às necessidades em saúde do território, os profissionais desenvolvem relações de parceria com a comunidade.

Os relatos a seguir dizem respeito a um caso de tuberculose, em que foi estabelecida parceria entre equipe da ESF e moradores do bairro.

A gente tem uma determinada casa que a gente não está conseguindo entrar. Vamos conversar junto com a gente?” [gerente propondo aos usuários] Fui lá conversar com cada casa do lado, dizer que a gente estava com foco ali [de tuberculose], que é risco, que estávamos tentando há dois meses, que a gente não conseguia [convencer o morador a autorizar a família a fazer tratamento]. Imagina, os pais, as mães das outras casas marcaram e fomos lá. Eles falaram, eu fiquei quieta. A comunidade falou [para o morador que recusava tratamento]: “você vai fazer tratamento ou você vai embora, pega sua família e vai embora”. Resultado: ele foi embora (gerente, caso A).

A medida que ação colaborativa foi desenvolvida com a comunidade, os profissionais compartilharam com os usuários as preocupações decorrentes.

Aí teve um outro problema, como sobrevive com seis filhos essa mulher? Chamei todo mundo de novo: “E agora a gente tem um outro problema que gente causou. Quer dizer não causou, mas a gente estava ali. A gente precisa ajudar essa mulher a colocar as crianças na creche, a trabalhar, a conseguir uma cesta básica, pelo menos por um tempo. A gente precisa ajudar”. A gente não precisou mover um dedo. A própria comunidade e os agentes comunitários fizeram tudo (gerente, caso A).

Nota-se que diante da apresentação de um problema à comunidade, os profissionais buscaram colocar os usuários em um lugar ativo. Os relatos abaixo descrevem ações desenvolvidas com a comunidade em prol do combate à dengue.

Qual era a tentativa? Era discutir as questões da dengue? Sim, mas colocar as pessoas num lugar ativo. A gente levou um vídeo chamado Varre Vila, não sei se você já viu, que é uma experiência lá na Zona Leste. Começou com um morador incomodado com a condição de acúmulo de lixo. Ele começou a organizar um responsável em cada viela para ficar no controle da limpeza da frente de sua casa. Isso foi crescendo, foi tomando outras proporções. A gente levava esse vídeo e discutia qual era o papel da comunidade no cuidado com espaço onde as pessoas vivem. O que a comunidade via de problema (gerente, caso A).

(...) dengue, Zika. Esse sábado vamos fazer ação aqui. Serão dadas aulas sobre pesquisa de foco da dengue, já temos os materiais. Os primeiros a serem treinados serão os líderes da comunidade, pessoas da comunidade que irão trabalhar conosco. Voluntários. Os líderes do Conselho Gestor vão trabalhar conosco para fazer divulgação e para chegar às casas daqueles que não gostam que ninguém entre (...). Os líderes da comunidade são importantes nisso (médica, caso B).

Ao perceber pouca participação nas atividades da UBS, os profissionais relatam terem iniciado o movimento de buscar a participação no próprio território, nas reuniões que os próprios usuários já organizavam.

Entrevistado: Hoje a Unidade tem um trabalho muito bom, para fora. Tem até o chá da vizinha.

Pesquisador: Como é isso?

Entrevistado: O chá da vizinha é um projeto que eles têm aqui. As ACS solicitam uma casa das usuárias para fazer um chá e convidam a comunidade para participar. Nesse chá é conversado sobre vários assuntos de saúde. Porque eles viram que a comunidade tinha uma reunião, não do posto, que já dava certo (conselheiro gestor, caso A)

O chá na casa da vizinha é uma ação organizada, pensada pela saúde da mulher. Então eles vão uma vez por mês na casa de uma moradora do território, uma vez no bairro X, uma no bairro Y outra no bairro Z, e aí é tipo reunião de Tupperware, Avon? Ai a dona da casa convida as pessoas e falam sobre saúde, felicidade...o que aparece aqui (enfermeiro, caso A).

Os profissionais citaram os Conselhos Gestores como forma de parceria entre o serviço de saúde e comunidade, mas problematizam a necessidade de maior envolvimento da dos usuários no Conselho.

Na nossa reunião da semana passada vieram 72 pessoas, de uma população de 10 mil, duas equipes. Muito pequena a participação, mas muito grande frente ao que é um Conselho Gestor (gerente, caso A).

Conselho de gestor? Vem a gestora, a gerente e quando ela não está é o enfermeiro. E o resto? ACS, porque não aparece mais ninguém da comunidade. Se vier dois vem muito. Tanto que a última reunião quase não teve (ACS, caso B).

O que eu costumo falar é que todo mundo é bom para reclamar quando uma coisa não está boa. Mas aí você fala assim: “Vamos na reunião do Conselho Gestor? Para você falar justamente isso que está te incomodando”.

Mas eles não vêm. A gente quer que o Conselho Gestor traga para nós as necessidades dos usuários, para que a gente possa trabalhar com essas questões. Seria bom desenvolver projetos junto com os usuários, é disso que eu sinto falta (enfermeiro, caso B).

Vish! Conselho gestor é um “*pega pra capá*”(…) Quando é para falar mal vem muita gente. Geralmente as reuniões não são muito boas não (...). Eles falam muita coisa. Reclamaram de tudo, do atendimento, muita coisa. Tem mais coisas negativas do que positivas (enfermeiro, caso B).

As relações entre as categorias identificadas são apresentadas na Figura 12.

Figura 12 – Diagrama da colaboração interprofissional, em rede e com a comunidade.

5.2.9 Modelo explicativo da PIC na APS

A fim de propor um modelo da PIC, buscou-se integrar e comparar as duas formas de colaboração identificadas: colaboração em equipe e colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.

Em torno das formas de colaboração interprofissional, descreveu-se um modelo com potencial de elucidar a PIC na APS (Figura 13).

Compreendeu-se que a PIC é um processo dinâmico, que ocorre sob diferentes formas de colaboração, que se alternam contingencialmente.

Embora tenham sido utilizadas estratégias de coleta e análise de dados provenientes da TFD, não se tem a intenção de propor uma teoria. Pretendeu-se, por meio das formas de colaboração e suas relações com as respectivas categorias e subcategorias descritas, compreender as condições em que o fenômeno PIC ocorre, as formas como se apresenta e suas consequências.

Figura 13 - Modelo da PIC na APS

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

5.2.9.1 Formas de colaboração

A colaboração interprofissional na APS pode ocorrer circunscrita às equipes (colaboração em equipe) ou ampliada (colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade), a depender das condições apresentadas.

5.2.9.2 Condições para colaboração em equipe

Reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe: O reconhecimento das demandas da equipe (por inovação no trabalho e na forma de incluir o usuário no cuidado) só é possível se houver reflexão entre os profissionais. A reflexão comprometida com a qualidade do trabalho em equipe precede a tomada de ações colaborativas.

Clima de equipe: O clima favorável ao trabalho em equipe é uma condição facilitadora da colaboração interprofissional. As equipes com melhor clima referem mais situações de reflexão, apoio mútuo entre seus membros, maior apoio para inovação e tomada de decisões compartilhadas.

Intervenções interprofissionais: Ações que visam facilitar o trabalho e envolvimento de diferentes profissionais em atividades na equipe (ex: grupos interprofissionais com membros de diferentes setores da UBS, rodízio de funções entre membros da equipe) são facilitadoras da colaboração.

Composição da equipe: A existência de estabilidade na composição da equipe é condição facilitadora para que os profissionais desenvolvam colaboração. Mudanças frequentes na composição das equipes desfavorecem a criação de vínculo, confiança e noção de interdependência entre os profissionais.

Busca por inovação no trabalho interprofissional: Trata-se da condição comum tanto para a colaboração em equipe, quanto para colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade. A busca por respostas inovadoras no atendimento às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade é desencadeada pelo processo de reflexão na equipe. A equipe apoia e se compromete com ideias novas para melhoria da assistência.

5.2.9.3 Condições para colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade

Reflexão comprometida com o trabalho em equipe inserido em rede, intersetorial e com a comunidade: É por meio de reflexão que as equipes reconhecem a necessidade de aprimorar o trabalho intersetorial e em rede, assim como reconhecem a demanda por forma inovadora de incluir os usuários, família e comunidade no atendimento às necessidades do território. A reflexão comprometida com a integralidade do cuidado precede a tomada de ações colaborativas.

Gerência colaborativa: A gerência colaborativa busca articular e consolidar parcerias entre APS, diferentes serviços da RAS, setores e organizações do território. Estimula o fortalecimento da participação da comunidade no cuidado à saúde e no controle social.

Apoio organizacional: O apoio organizacional é condição para colaboração ao fomentar o trabalho colaborativo em detrimento da competição profissional e fragmentação do cuidado. O apoio organizacional pode se manifestar de diferentes formas, como por exemplo, na garantia de infraestrutura apropriada para comunicação entre membros da equipe, entre equipes, entre setores e serviços e na promoção de espaços formais de articulação interprofissional no território, vide as Redinhas.

Oferta e organização dos serviços na rede: A existência e oferta adequada de serviços na rede - de acordo com as necessidades da população adscrita às equipes de Saúde de Família é condição para longitudinalidade, integralidade no cuidado e colaboração intersetorial e em rede.

5.2.9.4 Consequências da colaboração em equipe

A colaboração em equipe tem como consequências (ou resulta em): organização do atendimento a partir do acolhimento interprofissional, nova divisão do trabalho em equipe (ampliando escopo das ações profissionais) e desenvolvimento de ações de co-responsabilização dos usuários pelo cuidado.

Consequências da colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade

A colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade resulta no estabelecimento de parcerias entre APS e diferentes setores e serviços da RAS. Resulta ainda em ações de fortalecimento do controle social e no estímulo à participação dos usuários, família e comunidade na atenção às necessidades em saúde do território.

Por meio da PIC (PIC), as equipes efetuam o movimento de mudança, de um contexto de cuidados fragmentados, para a promoção do cuidado integrado e integral.

6. Integração Quanti-Quali

6 INTEGRAÇÃO QUANTI-QUALI

A integração dos resultados se refere a análise das relações dos resultados da fase 1 (quantitativa) e fase 2 (qualitativa).

Tendo em vista a existência de conceitos comuns entre teoria do clima de equipe e da PIC (conforme apresentado no referencial teórico), optou-se por integrar as fases 1 e 2 utilizando as seguintes categorias:

1. Participação (Interação e comunicação entre membros das equipes);
2. Objetivos comuns (Existência de objetivo comum em torno do qual o trabalho coletivo é organizado);
3. Apoio para ideias novas (Comprometimento com inovação no trabalho);
4. Orientação para tarefas (Reflexividade, clareza de papéis entre membros da equipe, acompanhamento do trabalho realizado pela equipe, entre equipes, entre setores, em rede e com a comunidade para o alcance dos objetivos comuns com qualidade).

Também foram incluídas na integração das fases 1 e 2, informações referentes aos quartis a que as equipes do caso A e B foram classificadas.

Tabela 31 - Integração das fases quantitativa e qualitativa

(continua)

ASPECTO	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
Participação	<p>Agrupamento A: Equipes com altos escores no fator participação segura da ECTE ($p < 0,001$).</p> <p>Equipes do caso A foram classificadas no quartil 4.</p>	<p>Caso A: Membros das equipes referem relações interpessoais próximas e existência de aspectos favoráveis à participação na equipe (apoio mútuo, decisões compartilhadas, confiança).</p>
	<p>Agrupamento B: Equipes com menores escores no fator participação segura da ECTE ($p < 0,001$).</p> <p>Equipes do caso B foram classificadas no quartil 1.</p>	<p>Caso B: Membros da equipe ressaltam relações interpessoais restritas ao ambiente profissional e aspectos a serem melhorados na participação na equipe (apoio mútuo, compartilhamento de decisões, ambiente de confiança que favoreça a participação).</p>
Objetivos comuns	<p>Agrupamento A: Equipes com altos escores no fator da ECTE ($p = 0,001$).</p> <p>Equipe do caso A foram classificadas no quartil 4.</p>	
	<p>Agrupamento B: Equipes com menores escores no fator objetivos da ECTE ($p = 0,001$).</p> <p>Equipe do caso B foram classificadas no quartil 3.</p>	<p>Caso A e B: Não foram observados nos dois agrupamentos a existência de consenso entre os profissionais acerca dos objetivos da equipe.</p>
Orientação para tarefa	<p>Agrupamento A: Equipes com maiores escores no fator orientação para tarefas da ECTE ($p = 0,015$).</p> <p>Equipes do caso A foram classificadas no quartil 4.</p>	<p>Caso A: A equipe tem mecanismos consolidados de avaliação do trabalho desempenhado tais como feedback individual e em equipe e encontros para reflexão do trabalho desempenhado.</p>

(continuação)

ASPECTO	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
	<p>Agrupamento B: Equipes com menores escores no fator orientação para tarefas da ECTE ($p=0,015$).</p> <p>Equipes do caso B foram classificadas nos quartis 2 e 3.</p>	<p>Caso B: A equipe tem mecanismos de avaliação do trabalho desempenhado tais como feedback em equipe e encontros para reflexão do trabalho desempenhado, porém pode apresentar necessidade de aprimorar as avaliações e feedback individuais na equipe (como observado na equipe 4/quartil 2).</p>
Apoio para ideias novas	<p>Agrupamento A: Maiores escores no fator apoio para ideias novas ($p=0,002$).</p> <p>Equipe do caso A foram classificadas no quartil 4.</p> <p>Agrupamento B: Menores escores no fator apoio para ideias novas ($p=0,002$).</p> <p>Equipe do caso B foram classificadas no quartil 2.</p>	<p>Caso A: Apoio à inovação nas equipes, tanto para a proposição de ideias novas quanto apoio prático para implementar a inovação.</p> <p>Caso B: Pouco apoio à inovação nas equipes, tanto para a proposição de ideias novas quanto apoio prático para implementar a inovação.</p>
Tempo na equipe	<p>Agrupamento A: Profissionais trabalham na mesma equipe em média há 3 anos ($p=0,005$).</p> <p>Agrupamento B: Profissionais trabalham na mesma equipe em média há 4 anos ($p=0,005$).</p>	<p>Caso A: Os profissionais integram Unidades de Saúde mais recentes no município, em equipes que trabalham juntas há menos tempo. Entretanto, tais equipes mantiveram a composição da equipe ao longo dos anos.</p> <p>Caso B: Os profissionais entrevistados integram equipes de Unidades mais antigas no município, que trabalham juntas há mais tempo, mas que passaram e continuavam passando por alterações em sua composição ao longo dos anos.</p>
Tamanho da equipe	<p>Agrupamento A: Equipes com até 7 membros ($p=0,003$).</p>	<p>Caso A: Uma das equipes entrevistadas não possuía serviço de Saúde Bucal, o que contribuiu para diminuição do número médio de membros nas equipes. As equipes desenvolvem ações em parceria entre equipes do mesmo serviço. A equipe que não possuía equipe de Saúde Bucal apresentou maior participação entre seus membros. A equipe que possuía equipe de Saúde Bucal criou intervenção para envolver a Saúde Bucal nas decisões e atividades da equipe. Parceria entre equipes.</p>

(continuação)

ASPECTO	QUANTITATIVO	QUALITATIVO
	Agrupamento B: Equipes com mais de 10 membros ($p=0,003$).	Caso B: Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal. Não possuem estratégias para parceria entre equipes do mesmo serviço. Nas duas equipes de Saúde da Família entrevistadas, as equipes não possuíam estratégia de trabalho integrado com a equipe de Saúde Bucal. Nesses casos, embora as equipes sejam consideradas maiores há fragmentação no planejamento do cuidado.
Gerência colaborativa		<p>Caso A: Gerente da Unidade estabelece que intervenções interprofissionais sejam incorporadas à rotina e organização das equipes.</p> <p>Caso B: Gerente da Unidade não incentiva a incorporação de intervenções interprofissionais nas equipes.</p>
ACP		<p>Caso A: Ações de prevenção e promoção à saúde bem consolidadas na equipe e com adesão da comunidade. Existência de articulação da equipe de Saúde da Família com outros serviços sociais, de saúde, organizações e instituições no território.</p> <p>Caso B: Ações de prevenção e promoção à saúde não consolidadas na equipe e com baixa adesão da comunidade. Percepção da demanda por aprimorar ou desenvolver articulação da equipe de Saúde da Família com outros serviços sociais, de saúde, organizações e instituições no território.</p>
Colaboração interprofissional		<p>Caso A: Desenvolvem colaboração em equipe e colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.</p> <p>Caso B: Desenvolvem colaboração em equipe, mas referem poucas situações de colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.</p>

Fonte: Agreli, HLF. PIC e clima do trabalho em equipe na APS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017

(conclusão)

7. Discussão

7 DISCUSSÃO

A pergunta que norteou essa pesquisa foi: Qual a percepção dos profissionais de equipes com diferentes perfis de clima de trabalho em equipe sobre a PIC na APS?

A PIC se trata de um fenômeno complexo, influenciada pela organização do trabalho e pelas relações interpessoais nas equipes, ambas expressas no clima do trabalho em equipe.

A presente investigação surge da necessidade de compreender a PIC tendo em consideração as diferenças presentes entre equipes da APS.

Os resultados, anteriormente apresentados, serão discutidos de forma integrada, com objetivo de obter compreensão em profundidade da dinâmica das equipes no contexto local.

Inicialmente serão discutidos os resultados que dizem respeito ao clima do trabalho em equipe com base na avaliação quantitativa do clima e do estudo qualitativo da percepção dos profissionais da APS acerca dos quatro fatores da ECTE. Em seguida, serão mencionados os aspectos da PIC e colaboração interprofissional, de acordo com o modelo proposto.

7.1 CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE

Os resultados da fase quantitativa de pesquisa revelaram que o tamanho das equipes e tempo de trabalho juntos estiveram associados aos escores de clima de equipe.

O agrupamento de equipes A, com equipes de respondentes menores, apresentou maiores escores comparativamente ao agrupamento B. Esse resultado corrobora estudo realizado na APS na Inglaterra, que demonstra similar associação entre escores da ECTE e tamanho das equipes⁽¹⁸¹⁾. Por outro lado, estudo realizado no contexto hospitalar não demonstrou relação entre o tamanho das equipes e os padrões avaliados pela escala⁽¹⁰⁹⁾

Além de associação com o escore total, estudos mostram que equipes menores (até 10 membros) são associadas a melhores escores nos fatores específicos de participação segura^(97, 181) e apoio para ideias novas⁽¹⁸¹⁾. Estudo qualitativos etnográficos^(182, 183) reportam que equipes menores apresentam melhor trabalho compartilhado se comparadas a grandes equipes.

No presente estudo, as equipes menores foram aquelas sem profissionais de saúde bucal, portanto responderam a ECTE tendo em vista apenas a equipe da ESF tradicional. Acredita-se que o fato das equipes de saúde bucal estudadas terem a própria rotina de atendimentos isolada da equipe da ESF, sem participação nas reuniões semanais, dificulta o compartilhamento de informações e o trabalho integrado, e possivelmente impacta o clima do trabalho em equipe.

7.1.1 Tempo trabalhando na mesma equipe

As equipes com menor tempo trabalhando juntas obtiveram os melhores escores totais. Esse dado contraria a literatura, que descreve a estabilidade na equipe como estímulo ao trabalho compartilhado⁽¹⁸⁴⁾. Equipes estáveis são também mais propícias a tomada de decisões conjuntas⁽¹⁸⁵⁾.

Ao entrevistar os profissionais, foi possível perceber que tempo de trabalho juntos não é sinônimo de estabilidade na equipe. Mesmo trabalhando juntas a menos tempo, as equipes com melhores escores foram aquelas que mantiveram a mesma composição ao longo dos anos. Esse dado corrobora a importância da estabilidade nas equipes para melhor clima de trabalho.

É importante destacar que ao integrar os resultados das duas fases de estudo, percebeu-se que os resultados da fase quantitativa foram corroborados pelos resultados da etapa qualitativa. Ou seja, a percepção dos profissionais acerca do trabalho em equipe converge com os resultados da análise do clima de equipe medido com base na ECTE, como é discutido a seguir, em relação a cada fator do clima do trabalho em equipe.

7.1.2 Participação segura

De acordo com os escores padronizados, o fator participação na equipe foi o que apresentou melhor pontuação no agrupamento A e pior pontuação no agrupamento B. Equipes do agrupamento A foram classificadas no quartil 4 e do agrupamento B no quartil 1. Trata-se do fator em que os agrupamentos A e B mais se diferenciaram.

Os achados qualitativos mostraram que as principais diferenças entre os casos de estudo A e B estavam na qualidade das relações interpessoais na equipe e na existência de aspectos favoráveis à participação, como por exemplo, ambiente de confiança.

A confiança entre os membros da equipe é um elemento das relações interpessoais que contribui para o trabalho interprofissional ^(88, 186). Estudos relacionam a confiança entre profissionais com desenvolvimento da noção de coletividade, melhor participação em equipe, maior capacidade inovação no trabalho ⁽¹⁸⁷⁾, diminuição de ausência e adoecimento de profissionais no trabalho ⁽¹⁸⁸⁾. Autores indicam que a confiança é construída ao longo do tempo, e por essa razão, altos níveis de confiança são encontrados, mais facilmente, em equipes estáveis ⁽¹⁸⁹⁾. No caso A, o fato de trabalharem com a mesma composição de membros da equipe, foi descrito como um facilitador para o desenvolvimento de confiança.

Nas equipes do agrupamento A os escores elevados para participação em equipe indicavam que a interação, comunicação e tomada de decisões eram compartilhadas como pontos fortes, o que de fato foi relatado nas entrevistas.

Nas equipes do agrupamento B, os escores da participação na equipe sugeriam a necessidade de esforços contínuos para que os profissionais se sentissem mais seguros em apresentar propostas à equipe, o que se confirmou nas entrevistas. Os profissionais referiram não terem oportunidades de se expressar, ou não se sentirem ouvidos para tomada de decisões compartilhadas. Os relatos profissionais mostram que as equipes com menores escores em participação eram também equipes com fortes relações hierárquicas. Autores afirmam que relações menos hierárquicas favorecem a participação efetiva na equipe, horizontalidade nas relações de trabalho e compartilhamento de saberes entre diferentes profissionais ^(190, 191).

Os achados do presente estudo corroboram a literatura nacional e internacional, que destacam a relevância da qualidade das relações interpessoais, e atributos pessoais para o trabalho em equipe^(10, 192). Entretanto, na literatura sobre ECTE não foram encontrados estudos que apresentem a *participação segura* como fator principal na diferenciação das equipes. Consideramos características da atenção primária no contexto do SUS, apontadas na literatura nacional, que poderiam justificar o destaque observado para este fator no contexto do SUS, tais como:

- 1) Usuários e famílias são adscritos às equipes que constituem sua referência em substituição à referência médica⁽¹⁹³⁾. Este cenário favorece a prática interprofissional, assim como evidencia a demanda por participação efetiva de todos os membros da equipe.
- 2) Modelo de saúde que reconhece a interação entre gestão e atenção à saúde⁽⁴⁴⁾, fato que imprime a necessidade de profissionais críticos e participantes tanto nos cuidados como nas propostas de políticas de saúde.
- 3) Política de Humanização transversal às práticas de saúde que fomenta trabalho em equipe, atuação transdisciplinar e a própria construção de redes participativas⁽¹⁹⁴⁾.

Embora possa existir uma distância entre, de um lado as propostas das políticas de saúde e do outro lado o cotidiano das práticas expressas pelos profissionais, é possível que a participação no trabalho interprofissional, conforme preconizada nas políticas de saúde ecoe nos discursos e percepções compartilhadas do clima de equipe.

7.1.3 Objetivos comuns

No fator objetivos comuns a pontuação média do agrupamento A foi positiva, enquanto para o agrupamento B esse fator apresentou média negativa. Na classificação em quartis, o fator objetivos comuns foi aquele em que as classificações mais se aproximam: agrupamento A no quartil 4 e agrupamento B no quartil 3.

Equipes do agrupamento A possuíam escores indicativos de que havia clareza, compartilhamento e compromisso com os objetivos da equipe, enquanto

equipes do agrupamento B possuíam escores indicativos de necessidade de desenvolvimento conjunto de objetivos comuns entre os membros da equipe. Entretanto, ao entrevistar os membros dos casos A e B foram notadas poucas diferenças entre eles com relação a clareza e compartilhamento de objetivos, o que contraria a literatura internacional sobre a ECTE, que indica os objetivos comuns como um dos principais fatores de diferenciação entre equipes.

A clareza nos objetivos é indicada como principal preditor para efetividade da equipe. Portanto, os objetivos devem ser compreendidos e compartilhados por todos os membros da equipe e construídos a partir do envolvimento de todos⁽⁹⁵⁾.

No Brasil, estudo realizado na ESF mostra que mesmo quando os profissionais reconhecem a importância da clareza e compartilhamento de objetivos do trabalho em equipe, na prática podem demonstrar objetivos e ações isoladas entre os membros da equipe⁽¹⁹⁵⁾.

Com base nos achados do presente estudo é possível afirmar que os profissionais da ESF compartilhavam ideias comuns acerca da finalidade do trabalho desempenhado em equipe. Concordavam que trabalhavam juntos para prestação de assistência de qualidade, promoção da saúde e prevenção de agravos. Entretanto, não houve consenso entre os profissionais sobre os objetivos da equipe. Em nenhuma das equipes estudadas foi citada, por exemplo, uma agenda de objetivos a serem atingidos à curto prazo. Alguns entrevistados referiram os objetivos como sinônimo de metas, números de atendimentos pré-estabelecidos, e não objetivos definidos pela própria equipe com base nas necessidades dos usuários.

Os achados sugerem a necessidade de envolvimento de todos os membros da equipe na definição dos seus objetivos na ESF, sem limita-los a metas numéricas, mas sim buscando construir e compartilhar um plano de ações prioritárias comuns a todos os membros da equipe. A definição e compartilhamento de objetivos comuns, em equipe, pode contribuir para visibilidade da complementaridade entre o trabalho dos diferentes profissionais.

7.1.4 Apoio para ideias novas

Com relação ao desempenho das equipes no fator apoio para ideias novas, observa-se que a pontuação média do agrupamento A foi positiva, enquanto para o

agrupamento B esse fator apresentou média negativa. Equipes do agrupamento A foram classificadas no quartil 4 e do agrupamento B no quartil 1.

Como definido anteriormente, inovação é compreendida como uma categoria particular de mudança, por ser intencional e concebida para beneficiar através da introdução de ideias novas, processos, produtos ou procedimentos em uma equipe ou organização⁽¹⁰⁶⁾. Engloba criatividade e o próprio processo de implementação da inovação⁽¹⁰⁸⁾. Anderson e West discorrem acerca da estreita relação entre a faceta inovação no clima das equipes e aspectos relacionados aos resultados do trabalho da equipe⁽²¹⁾. Nesse sentido, o processo de inovação é associado à melhor qualidade no cuidado, bem-estar e satisfação aos membros das equipes^(81, 82)

O apoio a ideias novas refere-se à expectativa, aprovação e apoio prático para as tentativas de cada membro e da equipe em introduzir novas formas ou aprimoramento na execução de atividades no ambiente de trabalho. Autores argumentam que a ênfase no apoio é condição necessária para inovação em equipe⁽¹⁸¹⁾. O desenvolvimento de clima para inovação é descrito como elemento crítico a melhoria contínua dos serviços da APS⁽¹⁸¹⁾.

As equipes do agrupamento A possuíam escores indicativos de apoio entre os membros da equipe, apoio organizacional às inovações e reserva de tempo para desenvolver novas ideias e formas de melhorar as atividades desempenhadas pela equipe. Enquanto, equipes do agrupamento B possuíam escores indicativos de necessidade de maior tempo para desenvolvimento de ideias novas, assim como, maior apoio organizacional às ideias propostas. Os resultados quantitativos foram confirmados na fase qualitativa do estudo, o que sugere a necessidade de esforços para que as equipes sejam capazes de resolver às necessidades em saúde de forma inovadora, sobretudo naquelas do caso de estudo B.

A abordagem de clima de equipe com ênfase na inovação é condizente ao princípio de organização do trabalho segundo equipe conforme estabelecido na política pública do SUS, especialmente na APS que é considerada estratégica para a reorientação da atenção à saúde, e uma forma de inovação do sistema de saúde no país, a fim de responder às necessidades de saúde de usuários e população⁽¹²⁸⁾. Na ECTE, o fator Apoio à ideias novas permitiu captar se as inovações sugeridas nas equipes tem sido tratadas de forma séria, com devido tempo e recursos necessários.

7.1.5 Orientação para tarefas

No fator Orientação para tarefas, equipes do agrupamento A foram classificadas no quartil 4 e equipes do agrupamento B foram classificadas nos quartis 2 e 3.

O fator Orientação para as tarefas diz respeito à responsabilidade individual e da equipe no desempenho de atividades com excelência, assim como visa identificar o apoio existente para adoção de melhorias nas políticas, processos e métodos que favoreçam a realização das atividades. É caracterizado pela realização de avaliações e análise crítica do trabalho, feitas pelos profissionais da equipe.

Assim como era esperado, de acordo com os escores da fase quantitativa, os profissionais do caso A relataram comprometimento em responder às necessidades em saúde, atentos à qualidade da assistência, com parâmetros para monitoramento de desempenho e ajuda entre os próprios membros da equipe para melhoria do trabalho. Enquanto profissionais das equipes do caso B, apenas indicaram a necessidade de aprimoramento da avaliação e análise crítica do trabalho desenvolvido pela equipe.

Em estudo sobre engajamento de equipes em processos criativos, observou-se que a orientação para tarefas foi o único fator da ECTE não caracterizado como preditor do processo criativo no trabalho⁽¹⁹⁶⁾, contudo os autores destacam a relevância do fator para a eficiência da equipe.

Os achados provenientes dos casos de estudo A e B sugerem que, para atingir a eficiência no trabalho em equipe, é preciso uma cultura de reflexão e avaliações do trabalho desempenhado pelas equipes.

A partir do que foi discutido até aqui, cabe resgatar alguns elementos que parecem influenciar os quatro fatores do clima do trabalho em equipe: as reuniões e as ações ou intervenções interprofissionais.

Equipes do caso A reservavam mais tempo de sua rotina para reuniões de planejamento e avaliação do trabalho. Os gerentes dessas equipes promoviam ações interprofissionais, de estímulo à integração de diferentes setores dentro da UBS. Ambos aspectos (reuniões e ações interprofissionais) favorecem a comunicação, reflexividade, clareza de papéis na equipe e trabalho interprofissional, e podem ter contribuído significativamente para os resultados encontrados.

A abordagem quantitativa e qualitativa do clima do trabalho em equipe nos permitiu concluir que a ECTE é uma ferramenta diagnóstica das relações e da organização do trabalho em equipe. Todavia a ECTE não investiga aspectos da ACP, que foram destacados pelos profissionais durante as entrevistas.

Equipes do caso A desempenhavam mais ações com a comunidade, tanto na tomada de decisões a respeito da própria comunidade, vide engajamento com escola e associações de moradores do bairro, quanto nas ações de promoção à saúde.

As equipes com os escores mais altos no fator apoio para ideias novas, também foram aquelas que mais conseguiram propor e realizar ações inovadoras para além da equipe, que envolviam outros serviços sociais e de saúde.

As equipes com melhor clima de trabalho em equipe se mostraram mais capazes de estabelecer relações colaborativas intra e extra equipe.

Com base nos achados, é possível concluir que o clima refletiu a forma como a equipe se relacionava entre si e também com outros serviços, usuários, família e comunidade. Portanto, ao olhar para a avaliação do clima de equipe, é possível dizer que ela mostra um retrato das características da equipe, que reflete aspectos relevantes da própria organização da equipe, da sua relação com demais equipes da unidade, com outros serviços em rede e com a comunidade.

Pode-se afirmar que equipes com melhor clima demonstraram ser mais capazes de estabelecer parcerias intersetoriais, em rede, e com os usuários, famílias e comunidade. Esses achados levam a discussão da PIC.

7.2 PIC

Os resultados permitiram identificar condições, formas e consequências da PIC. Os relatos dos entrevistados possibilitaram apreensão das suas percepções sobre a PIC em equipes com diferentes perfis de clima, respondendo ao objetivo proposto para esta pesquisa.

Análise qualitativa utilizou a lógica dedutiva e indutiva, de modo que inicialmente a análise da PIC deu-se com base nas características do trabalho interprofissional e do clima do trabalho em equipe encontradas na literatura. A

aproximação dos dados com utilização de tais referenciais permitiu compreender as características das relações e da organização do trabalho em equipe para posteriormente, explorar as percepções acerca da PIC de forma mais indutiva, ou seja, sem utilização de um referencial específico de colaboração interprofissional.

O procedimento de análise do material das entrevistas permitiu o agrupamento das percepções dos profissionais em 3 dimensões: condições para que a PIC ocorra, formas de colaboração interprofissional e consequências da PIC.

A primeira das dimensões, denominada 'condições', reuniu percepções de situações necessárias para mobilizar o trabalho colaborativo. As condições foram descritas separadamente, referentes à mobilização da colaboração em equipe e à mobilização da colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.

Nas condições para colaboração em equipe, foi possível identificar: a reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe, as intervenções interprofissionais, a composição das equipes da APS, o clima do trabalho em equipe e a busca por inovação no trabalho interprofissional.

7.2.1 Reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe

O papel da reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe corrobora a literatura sobre prática colaborativa, que descreve a reflexão como possibilidade de trabalho em parceria com usuários e colegas de equipe ⁽¹⁰⁴⁾.

O processo de identificação de demandas e suas consequências no cotidiano das equipes, pode contribuir para que os profissionais localizem lacunas entre as situações esperadas e as encontradas ⁽¹⁰²⁾, como um auto de monitoramento do trabalho, que alerta quando a atividade a ser executada demanda maior mobilização da capacidade da equipe ⁽¹⁰²⁾ e planejamento de medidas para melhoria do cuidado ⁽¹⁰²⁾.

De acordo com D'amour et al. ⁽⁹⁾, a ação reflexiva precede negociação sobre o modo como as responsabilidades devem ser compartilhadas na equipe, em busca por excelência. É por meio de reflexão, que os profissionais tornam claro quais as responsabilidades, papéis e expectativas dos membros da equipe ⁽⁹⁾. Mas refletir não é condição suficiente, é preciso que os profissionais se comprometam com as ideias propostas.

O comprometimento surge a partir do reconhecimento das relações de interdependência entre os membros da equipe e como cada um pode contribuir para a ideia proposta. Portanto, a reflexão comprometida com melhorias no trabalho em equipe envolve também o senso de pertencimento a equipe, clareza de papéis e apoio mútuo.

7.2.2 Intervenções interprofissionais

As intervenções interprofissionais foram identificadas como condições para a colaboração interprofissional, uma vez que é através delas que as equipes têm a oportunidade formal de interação e comunicação acerca do trabalho, e de como somar esforços para o cuidado integral. Todavia, as intervenções interprofissionais não se mostraram rotina em todas as equipes estudadas, em algumas delas a própria reunião de equipe, preconizada pela ESF, foi apenas recentemente incorporada à rotina da equipe. Portanto, planejar intervenções que contribuam para os diferentes profissionais das equipes pensarem sobre a interdependência de suas ações no ambiente de trabalho, é ainda algo a ser estimulado.

Kell e Shimizu⁽¹⁹⁵⁾, em estudo realizado na ESF, afirmam que as Unidades não têm oportunidades para planejar ações conjuntas que visem integração entre profissionais e equipes.

A literatura a respeito de intervenções interprofissionais as descrevem como atividades ou procedimentos incorporados à prática regular das equipes em prol da melhoria da colaboração e qualidade do cuidado⁽¹⁹⁷⁾. Alguns exemplos de intervenções interprofissionais são reuniões, checklist, elaboração de fluxos de encaminhamento e atualizações semanais da equipe, com objetivos de melhorar a comunicação, trabalho em equipe, colaboração e prática interprofissional⁽¹⁹⁷⁾. Revisão sistemática sobre intervenções interprofissionais indica a necessidade de verificar como essas intervenções influenciam a colaboração interprofissional⁽⁴⁾. Nesse sentido, o presente estudo apresenta contribuições sobre como as intervenções interprofissionais são de fato facilitadoras da colaboração.

7.2.3 Composição das equipes da APS

A estabilidade na composição das equipes também se apresentou como uma condição para colaboração. Para que exista estabilidade nas equipes é preciso que a gestão do sistema de saúde e dos serviços possibilite contratação e fixação dos profissionais na APS.

Reconhecidamente, há dificuldade de contratação e fixação de médicos na APS⁽¹⁹⁸⁾, o que se acentua nas regiões metropolitanas, onde a remuneração é inferior à oferecida nas capitais. Nesse sentido, o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei Federal nº 12.871/2013⁽¹⁹⁹⁾, parece contribuir para maior estabilidade na composição das equipes, ao levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais⁽²⁰⁰⁾.

A permanência de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e gerentes também se mostrou como um desafio, visto a constante mudança referida na composição das equipes. Estudos sobre desafio da gestão do trabalho na APS revelam que, melhores salários e oportunidade de emprego são as causas mais frequentes pelas quais os profissionais abandonam a ESF⁽¹⁹⁸⁾, e que são necessárias políticas de inserção e remuneração que possibilitem vínculos trabalhistas mais estáveis, como por concurso público e estabelecimento de benefícios para atuação em áreas de maior vulnerabilidade social⁽²⁰¹⁾.

No presente estudo, as equipes que mais passaram por mudanças foram aquelas que reportaram menos situações colaborativas e que tiveram os menores escores de clima de equipe. Argumentamos que a própria percepção de um clima não favorável ao trabalho em equipe e sem colaboração pode motivar a ocorrência de mudanças na composição da equipe, seja pela ausência de efetividade do trabalho, seja por insatisfação dos próprios profissionais em fazer parte das equipes. Portanto, não se trata de causa e efeito, mas de compreender que a composição das equipes envolve diferentes aspectos organizacionais, sistêmicos e relacionais.

7.2.4 Clima do trabalho em equipe

O clima de equipe se constitui como condição para colaboração interprofissional. Conforme discutido anteriormente, equipes com bom clima (com participação segura, orientadas por objetivos comuns, comprometidas com a qualidade do trabalho e inovação) são também equipes comprometidas com estabelecimento de parcerias, que visam atender às necessidades em saúde dos usuários e comunidade. Esse resultado corrobora estudo observacional recente, sobre colaboração interprofissional realizado na APS na Nova Zelândia, que apresenta o clima de equipe como elemento-chave para colaboração⁽²⁰²⁾.

7.2.5 Busca por inovação no trabalho interprofissional

Uma condição comum para colaboração em equipe e colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade, é a busca por inovação no trabalho interprofissional. Conforme apresentado no referencial teórico, inovar em saúde e no âmbito do SUS representa a busca por introdução de mudanças que resultem em melhorias na qualidade, eficiência e satisfação dos usuários⁽¹⁰⁷⁾. Ao refletir de forma comprometida com melhorias no trabalho em equipe, em rede e com a comunidade, os profissionais passam a buscar novas formas de responder às necessidades em saúde. A busca por inovação pode ser restrita ao contexto das equipes da APS e também ampliada ao contexto das redes, setores e comunidade.

De acordo com as equipes estudadas, a busca por inovação assume um papel central na colaboração interprofissional. Quando os profissionais reconhecem os limites de sua atuação e a necessidade de inovação no trabalho, passam a buscar a colaboração interprofissional.

Para propor inovação é preciso que exista na equipe um ambiente não hostil de participação, em que as pessoas se sintam à vontade para dar novas ideias e recebam apoio prático para tal. Estudo sobre inovação descreve que equipes com maior tempo destinado a encontros para reflexão sobre o trabalho, são também equipes que mais promovem inovação⁽¹⁷⁹⁾. A importância da participação segura, apoio a ideias novas e reflexão no trabalho, revela uma estreita interface entre o clima do trabalho em equipe e inovação.

A literatura indica que quanto mais o trabalho em equipe se consolida em uma organização, mais ela passa a contar com inovação^(179, 203, 204). O trabalho em equipe tanto pode beneficiar a criação de ideias novas, por meio da criatividade⁽¹⁷⁹⁾ como é também uma oportunidade de reunir diferentes conhecimentos e habilidades para concretização da inovação⁽²⁰⁵⁾.

Em síntese, o trabalho em equipe tem papel essencial para proposição e efetivação de inovações. Pode-se dizer que ao refletir acerca do trabalho em equipe, os profissionais passam a buscar ideias inovadoras para melhoria da qualidade no cuidado. Quando os profissionais ampliam a reflexão acerca do seu trabalho, compreendendo a inserção das equipes em rede, comunidade e parte do setor saúde (que deve trabalhar em parceria com diferentes setores), a busca por inovação é também ampliada. As ideias inovadoras, antes restritas às equipes da APS, passam a ser almejadas em prol da colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade.

A inovação requer mais do que a simples transferência de informação entre membros da equipe, ou parceiros intersetoriais, em rede e com a comunidade. Inovação requer co-produção de novos modos de pensar entre os envolvidos a fim de promover mudanças e colaboração para atender à demanda social⁽²⁰⁶⁾.

A presença da busca por inovação como condição para colaboração em equipe e colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade, condiz com o cenário atual de saúde, onde novas abordagens são esperadas para lidar com a escassez de recursos e complexidade crescente das necessidades em saúde. Nesse contexto, a inovação consiste em criar novas soluções para efetuar mudanças na sociedade, desenvolvendo colaboração interprofissional para atender à demanda social.

Quando considerada a colaboração intersetorial, em rede e com a comunidade, identificamos as seguintes condições: a reflexão comprometida com o trabalho em equipe inserido em rede e comunidade, a gerência colaborativa, o apoio organizacional e a oferta e organização dos serviços na rede.

7.2.6 Reflexão comprometida com o trabalho em equipe inserido em rede e comunidade

Como foi dito anteriormente, é necessário reflexão e comprometimento entre os profissionais para que a busca de respostas inovadoras no cuidado seja ampliada para além das possibilidades existentes em suas próprias equipes.

O comprometimento para o trabalho em rede pressupõe que os profissionais compreendam que, de algum modo, ao integrar uma rede, a autonomia da equipe, enquanto componente do sistema, é diminuída⁽²⁰⁷⁾. Ou seja, integrar a rede implica em reconhecer que os casos complexos discutidos com demais serviços demandam respostas coletivas, não somente da equipe. Entretanto, parte dos profissionais entrevistados manifestaram insatisfação com o tempo para a tomada de decisões coletivas em rede, e em algumas situações optavam por resolver casos na própria equipe, contrariando a lógica do comprometimento com trabalho em rede em prol da integralidade.

7.2.7 Apoio organizacional

O apoio organizacional é uma das condições para colaboração, pode ser expresso, por exemplo, na garantia de infraestrutura apropriada para comunicação efetiva entre diferentes profissionais, equipes, setores e serviços. A esse respeito, os profissionais referiram dificuldades na articulação em rede e entre setores devido problemas de comunicação e coordenação. Ausência de mecanismos de referência e contra referência, não formalização das responsabilidades de cada membro da rede no cuidado em saúde foram algumas das dificuldades apontadas. Este resultado corrobora estudos nacionais que discorrem sobre os problemas envolvendo comunicação e coordenação no trabalho em rede^(195, 208).

Uma das formas de garantia de infraestrutura apropriada para comunicação efetiva entre diferentes profissionais, equipes, setores e serviços é a tecnologia da informação⁽²⁰⁹⁾. Entre as próprias diretrizes orientadoras do processo de implementação das RAS estão o desenvolvimento de sistemas de apoio, que tem como estratégias sistemas de informática em saúde e gestão da tecnologia da informação⁽²¹⁰⁾. A efetivação das diretrizes do trabalho em rede depende do apoio

organizacional ao promover condições para o trabalho integrado entre equipes, serviços e setores.

Quando a colaboração interprofissional é necessária com serviços que não compõe a RAS, como por exemplo, com assistência social e escolas, trata-se da intersetorialidade.

A intersetorialidade diz respeito ao reconhecimento da saúde em sua interface com outros setores, como de educação, habitação, assistência social e outros. Trata-se de uma das diretrizes de trabalho da RAS, que prevê o planejamento de ações intersetoriais como forma de promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) nas redes⁽²¹¹⁾.

7.2.8 Gerência colaborativa

No presente estudo, a colaboração intersetorial se mostrou influenciada pela liderança exercida pelo gerente da UBS, diretoria de escola e coordenador local da assistência social, revelando a importância da liderança e gestão local em apoio a intersetorialidade. Esse aspecto corrobora estudo realizado sobre intersetorialidade na ESF que assinala tanto a importância da gestão local para intersetorialidade, quanto a necessidade de projetos de gestão intersetorial nos municípios, a fim de evitar que a intersetorialidade fique a cargo da disposição e intencionalidade dos profissionais da saúde e de outros setores⁽²¹²⁾.

Na literatura, a liderança colaborativa, assinalada como elemento essencial para desenvolvimento da colaboração interprofissional, é caracterizada por reconhecimento da liderança como consensual e compartilhada entre líder e demais membros da equipe⁽⁹⁾.

No presente estudo, a liderança colaborativa foi interpretada como condição para que as equipes colaborassem com outros serviços. A liderança do gerente foi descrita como principal fonte de articulação e incentivo a busca de soluções entre setores e rede, sugerindo o papel da gerência na orientação da equipe.

A respeito do papel do líder na orientação da equipe, estudos quantitativos e qualitativos discorrem sobre o impacto positivo da liderança no desempenho do trabalho interprofissional^(96, 213, 214). A exemplo, equipes com clara liderança são também equipes que compreendem a orientação do trabalho e compartilham

objetivos⁽⁹⁶⁾. A liderança é associada a melhoria de comunicação nas equipes e inovação^(96, 213, 214), dois elementos primordiais para ampliação da colaboração restrita ao âmbito das equipes, para a colaboração com diferentes serviços.

7.2.9 Organização dos serviços na rede

A organização dos serviços na rede foi descrita como condição para colaboração interprofissional. Organização que abarca desde a composição da rede e acesso à rede, até a forma de coordenação dos serviços que a compõem.

Autores argumentam que a proposta da organização do SUS em rede vem sendo discutida, mesmo implicitamente, desde a própria Constituição⁽²¹⁵⁾. As RAS surgem no SUS como alternativa ao modelo assistencial, caracterizado pela fragmentação que resulta em um conjunto de pontos de atenção isolados, que não são capazes de prestar assistência integral⁽²⁰⁹⁾. A RAS tem por objetivos racionalizar os gastos em saúde, otimizar recursos e promover atenção em saúde condizente com as necessidades dos usuários⁽²¹⁶⁾.

Se por um lado discute-se a existência de serviços na rede em número adequado a demanda, por outro é preciso argumentar que não basta a existência dos serviços da rede para que eles se tornem espaços de colaboração interprofissional.

Os dados do presente estudo corroboram a dificuldade no estabelecimento das RAS relatadas na literatura^(209, 216, 217). Os profissionais entrevistados argumentaram a ausência de serviços na rede como um entrave ao cuidado integral e trabalho colaborativo. A suficiência de serviços de assistência à saúde na RAS é essencial para atender de forma plena às necessidades dos usuários do SUS⁽²⁰⁹⁾, e portanto não há como discutir o tema sem tocar no assunto do financiamento à saúde.

Em um cenário de aumento crescente da demanda de acesso ao sistema público de saúde⁽²¹⁸⁾, com sub-financiamento da saúde⁽²¹⁹⁾ e aprovação recente de Proposta de Emenda à Constituição 55/2016, que limita teto dos gastos públicos em saúde, o país encontra-se em período em que a própria efetivação do direito à saúde está ameaçada.

Nas falas dos profissionais, a ausência de uma rede de serviços especializada concreta (compatível com a demanda) foi apontada como causa de frustração para usuários e equipe da APS. Insucesso nas tentativas de seguimento na rede desencoraja o estabelecimento de parcerias entre serviços.

Os relatos dos profissionais entrevistados destacam o impasse da consolidação das RAS e da PIC, ligado diretamente a superação de problemas organizacionais, como a existência de uma rede especializada adequada a demanda e articulada à APS ^(220, 221).

A escassez de serviços especializados na rede foi uma das razões para que os profissionais da APS associassem o NASF como uma forma substitutiva ao atendimento clínico esperado em um centro de referência. Portanto, utilizando o apoio do NASF para realização de consultas isoladas, em detrimento ao trabalho articulado com a ESF, de colaboração interprofissional. Esse resultado corrobora a literatura no que se refere a problematização do trabalho do NASF isolado da própria APS e redes ^(221, 222).

Atualmente, além de continuar buscando a melhoria da infraestrutura do Sistema, são essenciais medidas que promovam a organização do trabalho em saúde com uso eficiente dos recursos e investimento em pessoas e tecnologias que otimizem a rede já existente.

7.2.10 Formas de colaboração interprofissional e consequências (melhorias no cuidado em saúde)

Com relação às formas de colaboração interprofissional, as equipes podem alternar o modo como colaboram, a depender das condições apresentadas e necessidades de seus usuários. As diferentes formas de colaboração (colaboração em equipe e colaboração em rede, intersetorial e coma a comunidade) não evoluem linearmente (de uma para a outra), mas se alternam o tempo todo no cotidiano do trabalho em saúde, o que nos dá a ideia da PIC como um processo dinâmico.

As consequências da colaboração interprofissional são consideradas inovações para o contexto estudado, desde o atendimento pautado em ações interprofissionais, ao estabelecimento de parcerias nas equipes, setores, rede e comunidade.

O modelo de PIC apresentado mostra a evolução do trabalho fragmentado, que leva as equipes a refletirem e planejarem inovações, até o trabalho integrado e centrado na pessoa.

A ACP, alcançada por meio da colaboração interprofissional, leva a aprofundar a discussão em torno do papel dos usuários na PIC. Trata-se de colaborar para ou colaborar com o usuário?

Falar do papel do usuário na colaboração que é por definição “interprofissional” é chamar atenção para necessidade de colocar em cena os usuários, não como consumidores dos cuidados, mas no papel de protagonistas e partícipes do “fazer junto” à equipe interprofissional. Em um equilíbrio constante entre o colaborar com e para o usuário.

A busca de ideias novas nas equipes a fim de promover a participação dos usuários no cuidado revela que embora existam políticas públicas que estimulem o autocuidado apoiado^(193, 194, 223), o envolvimento do usuário e família como corresponsáveis pelo cuidado continua sendo um desafio que impõe a necessidade de novas ideias para efetivação das políticas públicas.

Colaborar interprofissionalmente para o usuário implica no uso do saber profissional para aprimorar o cuidado, implica em uso da expertise profissional para atender as necessidades em saúde, sem transferir ao usuário toda responsabilidade pelo cuidado, sem responsabiliza-lo, por exemplo, pelos insucessos na terapêutica. Fazer para o usuário, diz respeito também a aspectos da organização do cuidado, para que os serviços de saúde sejam mais eficientes. Por exemplo, quando uma equipe une esforços interprofissionais na organização e implantação de novos fluxos de trabalho, que envolvam estratégias para melhor realização de procedimentos, e até mesmo prevenção de falhas, os profissionais não precisam da participação dos usuários. O fato de não incluir o usuário na ação não significa que a equipe não esteja centrada no usuário, ao contrário, os profissionais precisam ter foco nas necessidades dos usuários para integrar as diferentes profissões na melhoria do cuidado.

Colaborar interprofissionalmente com o usuário diz respeito às ações interprofissionais que buscam a participação dos usuários, seja na co-responsabilização pelo cuidado clínico individual (autocuidado apoiado), ou na participação para o cuidado em comunidade e controle social.

O autocuidado apoiado é uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva^(40, 223). A participação social que expressa relação entre sociedade civil e Estado, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde⁽²²⁴⁾ estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde. A esse respeito, um dos temas muito citados nas entrevistas foi o Conselho Gestor.

Em estudo sobre os conselhos gestores, Gloria Gohn⁽²²⁵⁾ realiza resgate do contexto histórico dos conselhos. A discussão sobre os conselhos populares, na década de 80 tinha como núcleo a participação popular, como forma de reivindicação da sociedade civil ao longo de décadas de lutas contra o regime militar. Na época, pesquisadores da participação a consideravam como “imperativo nas relações sociais vigentes”, a fim de democratizar o Estado. Nos anos 1990, a “grande novidade” foram os conselhos gestores, como forma de operacionalizar a participação, que passou a ser vista baseada na universalização dos direitos sociais, “na ampliação do conceito de cidadania” e compreensão sobre papel do Estado. Com os Conselhos, a participação passou a ser pensada como intervenção social periódica e planejada. Os Conselhos Gestores como instrumento de expressão, representação e participação, com potencial de transformação política. Contudo, Gloria Gohn problematiza o cenário atual dos Conselhos Gestores: sem participação da sociedade civil e desconhecidos pela maioria da população. Para autora, os conselhos acabam por não se legitimarem como canais de expressão dos setores organizados da sociedade⁽²²⁵⁾.

No presente estudo, de acordo com profissionais e conselheiros gestores, os Conselhos, em sua maioria, não contam com participação numérica da comunidade, e quando contam, a participação se resume a presença em uma ou outra reunião somente para reclamações. A respeito da participação nos conselhos, Gloria Gohn problematiza a questão da paridade. Segundo a autora, a paridade não deve ser apenas numérica, mas de condições de acesso à informação e de disponibilidade de tempo. Enquanto os representantes do governo atuam nas atividades do conselho durante seus horários de trabalho, com infraestrutura administrativa e habituados a linguagem tecnocrática, os representantes da sociedade civil não são remunerados, não recebem capacitação a fim de qualificar sua participação e não contam com estrutura administrativa própria⁽²²⁵⁾.

Para Gloria Gohn a participação para ser efetiva não basta ser numérica, precisa ser qualificada, a partir de compartilhamento do conhecimento sobre o funcionamento das estruturas estatais.

Pedro Demo delinea o conceito da participação⁽²²⁶⁾:

Dizemos que participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente ou acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir (p.18).

A participação nos conselhos gestores precisa ser entendida como conquista, caso contrário os espaços dos Conselhos tendem a um esvaziamento progressivo, pois deixam de fazer sentido para a própria comunidade, como instrumento de transformação política. Afinal, passadas quase três décadas desde a criação dos Conselhos Gestores, talvez seja difícil a assimilação histórica desses espaços como conquista democrática.

De acordo com os entrevistados, a participação popular nos conselhos, na maioria dos casos, não é efetiva (em termos numéricos e de qualificação). Argumentamos a necessidade de oferecer aos representantes da comunidade condições paritárias de participação, como acesso a informação. No cenário atual do Sistema de Saúde, a participação da sociedade civil é fundamental para legitimação e fortalecimento do SUS, reivindicando melhorias e garantia do acesso a saúde.

As contribuições de Gloria Gohn e Pedro Demo, quando aplicadas ao contexto da PIC, levam a percepção de que, quando se almeja a prática com colaboração dos usuários, família e comunidade, é preciso garantir condições para sua participação, desde disseminação de informações à discussão sobre paridade na representatividade de profissionais e usuários nos conselhos.

7.3 CLIMA DE EQUIPE & COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Conforme integração dos resultados quantitativos e qualitativos (com múltiplos estudos de caso) é possível perceber que as equipes exercem um papel fundamental para a PIC, seja ela expressa na colaboração interprofissional em equipe ou entre setores, rede e com a comunidade.

As equipes com melhor clima de trabalho em equipe foram aquelas que mais conseguiram ampliar a colaboração do âmbito das equipes para o âmbito das redes e de trabalho articulado com outros setores. Esse resultado, sugere que investir na qualificação das equipes é um passo importante para o cuidado integrado. Não só porque é através do trabalho em equipe que os profissionais integram diferentes expertises profissionais, mas porque equipes colaborativas são também capazes de integrar diferentes serviços sociais e de saúde, assim como a participação do usuário, família e comunidade.

Quando se considera o clima do trabalho em equipe pode-se ver uma “foto” de como os membros da equipe se sentem à vontade em participar e opinar na tomada de decisões, como são abertos a novas ideias, o quanto refletem acerca do trabalho desempenhado e possuem objetivos comuns. Essas características contribuem para que os profissionais exerçam sua criatividade e arrisquem arranjos diferentes de cuidado, como aquele prestado em parcerias com a comunidade, serviços e equipes de outros setores. A PIC envolve também aspectos relacionados a composição das equipes, reflexão sobre o trabalho e intervenções interprofissionais.

Além das características da equipe, são necessárias condições para o cuidado intersetorial, em rede e com a comunidade, como a própria existência de serviços na rede, a comunicação e coordenação entre eles, a liderança que favoreça colaboração e apoio organizacional.

Embora as equipes tenham um papel central na construção da colaboração, delegar somente às equipes toda responsabilidade em tecer redes e PIC é uma visão parcial. É necessário almejar a colaboração interprofissional, mas também reconhecer condições mínimas para que ela ocorra, ao invés de culpar os profissionais pelo insucesso de seus esforços em trabalhar colaborativamente.

Como alento, é preciso dizer que mesmo sem todas as condições para a colaboração interprofissional, as equipes da APS já demonstram colaboração em suas ações, tal como descrito e recomendado pela OMS e na literatura sobre o tema. A própria descrição das consequências da colaboração interprofissional, reflete ações já encontradas no cotidiano da APS e coloca a colaboração como um norte que já vem sendo alcançado, mas que a colaboração, em condição análoga a participação é infundável.

8. Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca de compreender possibilidades para o avanço da PIC no cenário brasileiro, realizou-se este estudo de análise das percepções da PIC na perspectiva de profissionais de equipes com diferentes perfis de clima no trabalho em equipe e usuários/ conselheiros gestores da ESF. Embora este estudo ofereça contribuições para a temática da PIC, também apresenta limitações.

Uma das limitações se refere ao intervalo transcorrido entre a coleta de dados na primeira fase quantitativa e a realização das entrevistas, na fase qualitativa. No presente estudo, esse intervalo foi de um ano, período em que a pesquisadora realizou estágio de doutorado no exterior. A fim de lidar com essa limitação, durante as entrevistas buscou-se informações do momento atual da equipe, mas também tentou-se motivar falas dos participantes referentes à época em que foi realizada a pesquisa quantitativa. Também reconhecemos como limitação o tamanho da amostra da fase quantitativa. Embora a ECTE tenha sido aplicada a todas as equipes completas da ESF no município em estudo, o número de equipes entrevistadas (N=18) é considerado pequeno e permite consideração dos resultados apenas para a população em questão.

No presente estudo, analisou-se e descreveu-se o clima de trabalho em equipe na APS. Nos dois casos estudados e suas equipes, observou-se como fator de maior diferenciação a forma de participação na equipe, ou seja, a segurança dos membros da equipe em opinar, participar tomada de decisões e sentir apoio mútuo na equipe. Os achados qualitativos foram condizentes com os resultados quantitativos na avaliação do clima do trabalho em equipe, exceto pelo fator dos objetivos da equipe, pois ambos os casos estudos mostraram não possuir consenso acerca de seus objetivos.

A análise do clima do trabalho em equipe mostrou-se capaz de prover insights sobre a prática colaborativa nas equipes, uma vez que os fatores estudados quantitativamente, do clima do trabalho em equipe, estiveram também descritos nas situações de colaboração interprofissional. Entretanto, para compreensão da colaboração interprofissional, deve-se considerar elementos complementares e não

presentes na avaliação do clima, como as características da liderança local, do tamanho e estabilidade das equipes e da ACP.

Conclui-se que o clima do trabalho em equipe é uma das condições para a PIC. Entretanto, para que a PIC seja consolidada são necessárias também outras condições como a oferta de serviços na quantidade e qualidade requerida pela RAS e rede intersetorial, e apoio organizacional para coordenação e comunicação intersetorial.

A análise da percepção dos profissionais permitiu compreender a PIC sob a perspectiva de equipes que se relacionam e organizam seus processos de trabalho de maneira distinta, e como isso impacta na colaboração interprofissional. Com base nessa análise, propõe-se um modelo de PIC que considera que a colaboração ocorre em diferentes cenários e à exemplo das diferentes formas de trabalho interprofissional, a colaboração se alterna contingencialmente, podendo ocorrer no âmbito das equipes ou ampliada às redes e setores e com a comunidade.

Como foi assinalado na introdução, o trabalho em equipe já não é suficiente para lidar com a complexidade crescente do cuidado em saúde, é necessário avançarmos para a PIC, e esse avanço é possível por meio da colaboração interprofissional com foco nas necessidades dos usuários.

O estudo mostrou que mesmo na ausência de todas as condições necessárias, o movimento em direção a PIC já ocorre na APS do SUS. Ao assinalar as consequências da prática colaborativa observadas no cotidiano das equipes, os resultados do estudo encorajam o aprimoramento da colaboração, em prol da APS integrada com diferentes serviços, setores e com a participação de usuários, famílias e comunidade.

Este estudo foi uma primeira abordagem para avançar no debate acerca da PIC e clima do trabalho em equipe na ESF. Ainda são necessárias investigações, como: estudos que abordem a implementação de intervenções interprofissionais; pesquisas sobre elementos que contribuam para melhoria do clima do trabalho em equipe e estudos mistos que utilizem a ECTE junto a escala de avaliação da PIC. Atualmente, não há nenhuma escala validada no Brasil para avaliação da PIC, e mesmo no cenário internacional, o instrumento de mensuração existente, o *Assessment of interprofessional team collaboration scale* (AITCS), não incorpora elementos do clima do trabalho em equipe na avaliação da PIC.

Como implicações para prática, o estudo apresenta resultados que contribuem para o planejamento e tomada de decisões na ESF, a esse respeito citamos ações que podem contribuir para PIC:

- A aplicação da ECTE pode contribuir para identificação de áreas que requeiram atenção especial em educação permanente nas equipes.
- Gestão de pessoas que favoreça a fixação ou vínculo dos profissionais a um dado território, visto que a estabilidade das equipes possibilita melhor clima de equipe e familiaridade com a RAS.
- Destinação de tempo oficial na agenda dos profissionais da APS para reuniões de equipe que tenham por objetivo avaliar o trabalho executado, visto que espaços de avaliação e reflexão acerca do trabalho das equipes são condições para prática colaborativa.
- Investimentos em comunicação efetiva entre diferentes setores e serviços da rede, como por exemplo por meio de sistema informatizado de prontuários e sistema de encaminhamentos e referência, que possibilite comunicação entre serviços de diferentes municípios.
- Coordenação que facilite a delimitação de objetivos comuns entre diferentes setores e serviços da rede e ajude a clarificar os papéis dos diferentes serviços da rede na resolução de casos complexos.
- Investimento em educação interprofissional para a formação de profissionais de saúde com competências para o trabalho em equipe e prática colaborativo.

Por fim, acredita-se que os resultados deste estudo constituem contribuição para compreensão da colaboração interprofissional na APS, assim como podem contribuir para planejamento de ações que promovam PIC e trabalho em equipe.

9. Referências

9 REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011 Fev;21(2):629-46.
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*. 2000-2001;35(1):103-9.
3. Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; OMS; 2010.
4. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul;3(3):[1 p.].
5. Deen TL, Fortney JC, Pyne JM. Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011 Set;38(5):345-55.
6. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2012 Nov;14(1):51-65.
7. Reeves S, Fox A, Hodges BD. The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Advances in Health Sciences Education*. 2009 Jun;14(4):451-3.
8. Reeves S. The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of interprofessional care*. 2012 Jul;26(4):253-5.
9. D'Amour et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008 Set;8:1-14.
10. Reeves S et al. Interprofessional teamwork for health and social care. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. Capítulo 3 Interprofessional Teamwork: Key Concepts and Issues; 52-69.
11. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver, CIHCPIIS. 2010 [citado 23 jan. 2017]. Disponível em: [http:// www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf).

12. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C. 2011 [citado 23 jan. 2017]. Disponível em: www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf.
13. Aram JD, Morgan CP, Esbeck ES. Relation of collaborative interpersonal relationships to individual satisfaction and organizational performance. *Administrative Science Quarterly*. 1971 Set;16(3):289-97.
14. Gedney J. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of advanced Nursing*. 1994 Jul;20(1):176-82.
15. Heinemann GD, Zeiss AM. Team performance in health care: Assessment and development. Nova York: Springer Science & Business Media; 2002.
16. Hojat M et al. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Evaluation & the Health Professions*. 1999 Jun;22(2):208-20.
17. Kenaszchuk C et al. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC health services research*. 2010 Mar;10(1):83.
18. Orchard CA et al. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of continuing education in the Health Professions*. 2012 Mar ;32(1):58-67.
19. Silva M. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da APS no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014.
20. Campbell S et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Bmj*. 2001 Out;323(7316):784.
21. Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of organizational behavior*. 1998 Mai;19(3):235-58.
22. Hann M et al. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice*. 2007 Abr;24(4):323-9.
23. Antino M et al. Development and validation of the Spanish version of the Team Climate Inventory: a measurement invariance test. *Anales De Psicologia*. 2014 Mai;30(2):597-607.

24. Beaulieu M-D et al. The team climate inventory as a measure of primary care teams' processes: validation of the French version. *Healthcare policy. Politiques de sante*. 2014 Fev;9(3):40-54.
25. Brodbeck FC, Maier GW. The Team Climate Inventory (TCI) for innovation: A psychometric test on a German sample of work groups. *Zeitschrift Fur Arbeits-Und Organisationspsychologie*. 2001;45(2):59-73.
26. Li Y, Tang C, Gao P. Chinese Validation of the Team Climate Inventory: A Measure of Team Climate for Innovation in R&D Teams. 2008. 1862-7.
27. Mathisen GE et al. Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the team climate inventory (TCI). *Scandinavian Journal of Psychology*. 2004 Nov;45(5):383-92.
28. Ragazzoni P et al. Research note: Italian validation of the team climate inventory: a measure of team climate for innovation. *Journal of Managerial Psychology*. 2002 Jun;17(4):325-36.
29. Strating MMH, Nieboer AP. Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Services Research*. 2009 Jul;9:126.
30. Tseng H-M, Liu F-C, West MA. The Team Climate Inventory (TCI) A Psychometric Test on a Taiwanese Sample of Work Groups. *Small Group Research*. 2009 Abr;40(4):465-82.
31. Agrell A, Gustafson R. The team climate inventory (TCI) and group innovation: A psychometric test on a Swedish sample of work groups. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1994 Jun;67:143-51.
32. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine*. 2004 Fev;79(2):186-94.
33. Joint Comission. Preventing infant death and injury during delivery. Sentinel event alert. 2004 Jul;30:1-3.
34. Glinborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. *Qual and Saf Health Care*. 2007 Fev;16(1):34-9.
35. Jacobs S et al. Errors and adverse events in family medicine Developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Canadian Family Physician*. 2007 Fev;53(2):270-6.

36. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Current opinion in critical care*. 2007 Dez;13(6):732-6.
37. Orchard C, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*. 2005 Jun;10:11.
38. Peduzzi M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*. 2013 Jan;47(4):977-83.
39. Matuda CG, de Lucena Aguiar DM, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2013 Mar;22(1):173-86.
40. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária À Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. 1 ed. Brasília: CONASS, OPAS; 2012.
41. Organização Mundial da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde Lisboa. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários-agora mais que nunca. Lisboa; 2008.
42. Organização Pan Americana de Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Washington, DC; *Renewing Primary Health Care in the Americas* 2008.
43. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(s21-s3):[1p.].
44. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; MS 2012.
45. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza; Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
46. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde; Governo Federal; 2002.
47. Andrade, L.O.M.; Barreto, I.V.H.C; Bezerra, R.C. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
48. Rasella D et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014 Jul;349:4014.

49. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 2015 Jun;372(23):2177-81.
50. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine & International Health*. 2012 Jan;17(1):36-42.
51. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*. 2010 Mai;19(S1):126-58.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2007. p. 68.
53. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília:. 2ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
54. Reeves S et al. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
55. West M. The social psychology of innovation in groups. In West MA, Farr JL, editors, *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies* . Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 1990. p. 4-36.
56. Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of interprofessional Care*. 2014 Jan;28(2):92-7.
57. Hean S. Interprofessional education In Europe: Policy and practice. Strengthening the links between practice and education in the development of collaborative competence frameworks. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2015.
58. Ødegård A. Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*. 2006 Dez;6:[1 p].
59. Domajnko B et al. Interprofessional education In Europe: Policy and practice. Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2015.
60. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of interprofessional care*. 2014 Set;116.

61. Constand MK et al. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research*. 2014 Jun;14(1):271.
62. Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of interprofessional care*. 2013 Dez;28(2):134-41.
63. Van Royen P, Rees CE, Groenewegen P. Patient-centred interprofessional collaboration in primary care: challenges for clinical, educational and health services research. An EGPRN keynote paper. *The European journal of general practice*. 2014 Jun;20(4):327-32.
64. Orchard C et al. A national interprofessional competency framework. Vancouver, CIHC; 2010.
65. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 Jan;20(59):905-16.
66. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International journal of nursing studies*. 2015 Jul;52(7):1217-30.
67. Schneider B, Reichers AE. On the etiology of climates. *Personnel psychology*. 1983 Mar;36(1):19-39.
68. James LR, Jones AP. Organizational climate: A review of theory and research. *Psychological bulletin*. 1974 Dez;81(12):1096-1112.
69. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*. 2013;64:361-88.
70. Hosking DM, Anderson N. Organisational change and innovation: Psychological perspectives and practices in Europe. London: Taylor & Francis; 1992.
71. Carter SM, West MA. Reflexivity, effectiveness, and mental health in BBC-TV production teams. *Small Group Research*. 1998 Out;29(5):583-601.
72. Brown SP, Leigh TW. A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of applied psychology*. 1996 Ago;81(4):358-368.
73. Patterson M, Warr P, West M. Organizational climate and company productivity: The role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2004 Jun;77(2):193-216.

74. Patterson MG et al. Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*. 2005 Jun;26(4):379-408.
75. Schneider B, Parkington JJ, Buxton VM. Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*. 1980 Jun; 25(2):252-67.
76. Schneider B et al. Understanding organization-customer links in service settings. *Academy of Management Journal*. 2005 Dez;48(6):1017-32.
77. Zohar D. A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *Journal of applied psychology*. 2000 Ago;85(4):587-596.
78. Ashkanasy NM, Wilderom CP, Peterson MF. *Handbook of organizational culture and climate*. Windsor: Sage; 2000.
79. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *The Jama Network*. 2004 Mar;291(10):1246-51.
80. Shoemaker SJ et al. *Atlas of Instruments to Measure Team-based Primary Care*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
81. Goni S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*. 1999 Ago;48(2):107-17.
82. Peiro JM, Gonzalezroma V, Ramos J. The influence of work-team climate on role stress, tension, satisfaction and leadership perceptions. *European Review of Applied Psychology-Revue Europeenne De Psychologie Appliquee*. 1992;42(1):49-58.
83. De Dreu CKW, West MA. Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision making. *Journal of Applied Psychology*. 2001 Dez;86(6):1191-1201.
84. Valentine MA, Nemhard IM, Edmondson AC. Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Med Care*. 2015 Abr;53(4):16-30.
85. West M, Richter AW. *Handbook of organizational culture and climate. Team climate and effectiveness Outcomes*. London: Sage; 2011. p. 249-70.
86. Marx K. *O Capital*. 14 ed. Brasil: Bertrand; 1994.
87. Lazzarato M, Negri A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A editora. 2001.
88. West MA, Markiewicz L. *Building Team-Based Working*. Oxford: BPS Blackwell; 2004.

89. Gimenez B. Coordenação de unidade de Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
90. Ayres J et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2012 Mar;16(40):67-81.
91. Suter E et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*. 2009 Jul;23(1):41-51.
92. Wilhelmsson M et al. How to think about interprofessional competence: A metacognitive model. *Journal of interprofessional care*. 2012 Jan;26(2):85-91.
93. San Martín-Rodríguez L et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*. 2005 Mai;19(sup1):132-47.
94. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
95. West MA. *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. 3ed. Lancaster: John Wiley & Sons; 2012.
96. West M, Borrill CS, Carletta J, Dawson J, Garrod S, Rees A et al. The effectiveness of health care teams in the National Health Service. Birmingham: University of Aston, 2001.
97. Poulton BC, West MA. The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*. 1999 Jan;13(1):7-18.
98. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American psychologist*. 2002 Ago;57(9):705.
99. West M. *Handbook of work group psychology*. Wiley-Blackwell, 1996. 642 p.100.
100. Marks MA, Mathieu JE, Zaccaro SJ. A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*. 2001 Jul;26(3):356-76.
101. LePine JA, Podsakoff NP, LePine MA. A meta-analytic test of the challenge stressor-hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal*. 2005 Out;48(5):764-75.

102. Schippers MC, West MA, Dawson JF. Team reflexivity and innovation: The moderating role of team context. *Journal of Management*. 2012 Mar;41(3):769–788.
103. Schippers MC, West MA, Dawson JF. Team reflexivity and innovation: The moderating role of team context. *Journal of Management*. 2012 Mar;41(3):769–788.
104. Walsh M, Van Soeren M. Interprofessional learning and virtual communities: an opportunity for the future. *Journal of Interprofessional Care*. 2012 Jan;26(1):43-8.
105. West MA, Tjosvold D, Smith KGe. The essentials of teamworking: International perspectives. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
106. West M, Farr JL. Innovation at work. In West MA, Farr JL, editors, *Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 1990. p. 3-13.
107. Harzheim E. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília (DF): OMS; 2011.
108. West MA, Sacramento CA. Flourishing teams: developing creativity and innovation. In Henry J, editor, *Creative management and development*. 3rd ed. London (UK): SAGE Publications. 2006. p. 25-44
109. West MA, Anderson NR. Innovation in top management teams. *Journal of Applied psychology*. 1996 Dez;81(6):680-93.
110. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
111. Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Atmed; 2005. p. 11-9.
112. Stake RE. The art of case study research. California: Sage; 1995.
113. Hussein A. The use of triangulation in social sciences research: Can qualitative and quantitative methods be combined. *Journal of Comparative Social Work*. 2009;1(8):1-12.
114. Ivankova NV, Creswell JW, Stick SL. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods*. 2006 Fev;18(1):3-20.
115. Brown JB et al. Measuring Teamwork in Primary Care: Triangulation of Qualitative and Quantitative Data. *Fam Syst Health*. 2015 Set; 33(3):193-202.

116. Creswell J, Clark V. Designing and Conducting Mixed Methods Research. California: SAGE; 2007.
117. Creswell JW et al. Advanced Mixed Methods Research Designs. California: Sage; 2003.
118. Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? Qualitative research. 2006 Fev;6(1):97-113.
119. Bryman A. Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. Journal of Mixed Methods Research. 2007 Jan;1(8):8-22.
120. Flick U. An Introduction to Qualitative Research. 5 ed. California: SAGE; 2014.
121. Stranger than fiction: Robo Chair. Control & Automation. 2007 Out;18(5):28-33.
122. Denzin NK. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. New Jersey: Transaction publishers; 1970.
123. Smith LM, Kleine PF. Qualitative research and evaluation: Triangulation and multimethods reconsidered. New Directions for Program Evaluation. 1986 Jun;1986(30):55-71.
124. Jick TD. Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. Administrative science quarterly. 1979 Dec; 24(4):602-11.
125. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. The qualitative report. 2003 Dez;8(4):597-607.
126. Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. Theory into practice. 2000 Jun;39(3):124-30.
127. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e sociedade. 2004 Dez;13(3):44-57.
128. Silva MC. Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014.
129. Loo R. Assessing “team climate” in project teams. International Journal of Project Management. 2003 Out;21(7):511-7.

130. Mathisen GE et al. Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the team climate inventory (TCI). *Scandinavian Journal of Psychology*. 2004 Nov;45(5):383-92.
131. Chatzi SC, Nikolaou I. Validation of the four-factor Team Climate Inventory in Greece. *International Journal of Organizational Analysis*. 2008 Ago;15(4):341-57.
132. Agrell A, Gustafson R. The Team Climate Inventory (TCI) and group innovation: A psychometric test on a Swedish sample of work groups. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1994 Jun;67(2):143-51.
133. Boada-Grau J et al. Versión breve en español del Team Climate Inventory (TCI-14): desarrollo y propiedades psicométricas. *Psicothema*. 2011;23(2):308-13.
134. Anderson N, West MA. *Team Climate Inventory: Manual and User's Guide*. Windsor: ASE; 1994.
135. Bower P et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care*. 2003 Mar;12(4):273-9.
136. Proudfoot J et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Jun;19(3):164-9.
137. Pirola-Merlo A. Agile innovation: The role of team climate in rapid research and development. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2010 Dez;83(4):1075-84.
138. West M., Borril C. The influence of teamworking. In: Cox J, King J, Hutchinson A, McAvoy P, editors. *Understanding Doctor's Performance*: Radcliffe; 2006. p. 106-22.
139. Ouwens M et al. The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations. *Quality & Safety in Health Care*. 2008 Ago ;17(4):275-80.
140. Cardoso CSG. *Clima de Equipa, Inovação e Liderança: Convergências Possíveis numa Organização do Sector Agro-Alimentar [tese]*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2009.
141. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J & Anderson, R. E. *Multivariate data analysis*. 5ed. Uppersaddle River. NJ: Pearson Prentice Hall,1998.
142. George D, Mallery M. *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. 4ed. United States: Allyn & Bacon; 2003.

143. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. 3 ed. California: SAGE; 2008.
144. Yin R. Case Study Research: Design and Methods (Applied Social Research Methods). 4 ed. London, UK: SAGE; 2008.
145. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice. 3 ed. California:Sage; 2002.
146. Carpenter C, Suto M. Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Guide. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008.
147. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice. 3 ed. California:Sage; 2002.
148. Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: Theoretical issues. Nurse researcher. 2002 Out;10(1):30-42.
149. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice. 3 ed. California:Sage; 2002.
150. Carvalho DC et al. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009 Ago;17(4).
151. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New Jersey: Transaction Publishers; 2009.
152. Grounded Theory Institute. What is Grounded Theory? Califórnia, GTI; 2013 [citado 25. Jan 2017]. Disponível em: updated <http://www.groundedtheory.com/what-is-gt.aspx>.
153. Groat L, Wang D. Architectural research methods. 2ed. New York: Wiley; 2002.
154. Buckley C, Waring M. The evolving nature of grounded theory: experiential reflections on the potential of the method for analysing children's attitudes towards physical activity. International Journal of Social Research Methodology. 2009 Set;12(4):317-34.
155. Nusbaum JG, Chenitz WC. A grounded theory study of the informed consent process for pharmacologic research. Western journal of nursing research. 1990 Abr;12(2):215-28.

156. Cho JY, Lee E-H. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *The Qualitative Report*. 2014 Ago;19(32):1-20.
157. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. São Paulo: ARTMED; 2009.
158. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. London: University of California Press; 1986.
159. Carvalho VD, Borges LO & Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2010;30(1):146-61.
160. Corbin J, Morse JM. The unstructured interactive interview: Issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative inquiry*. 2003 Jun;9(3):335-54.
161. Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative Interviewing: The art of Hearing Data. 3 ed. London: Sage; 2012.
162. Serry T, Liamputtong P. The In-depth Interviewing Method in Health. *Research Methods in Health Foundations for Evidence Practice*. Victoria, Australia; Oxford University Press; 2010.
163. Charmaz C. Stories and silences: Disclosures and self in chronic illness. *Qualitative Inquiry*. 2002 Jun;8(3):302-28.
164. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Newbury Park, CA: Sage; 1990.
165. Histórico de Embu das Artes, São Paulo. São Paulo; Prefeitura de Embu das Artes; 2014 [citado em 25 jan. 2017]. Disponível em: <http://embudasartes.sp.gov.br/pagina/ver/204>.
166. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil do Município de Embu das Artes. São Paulo; SEADE; 2014 [citado em 25 jan. 2017]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>; 2014.
167. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Caracterização do território: Embu das Artes. 2016 [citado 25 jan. 2017]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/embu_sp.
168. Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes. Relatório de Gestão em Saúde. 2014 [citado 25 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.embudasartes.sp.gov.br/secretaria/pagina/saude/600>.

169. Folha de São Paulo. Ranking das cidades mais violentas de São Paulo. Jornal Agora São Paulo [Internet]. 2011 [citado 25 abril 2015]. Disponível em: <http://www.agora.uol.com.br/policia/ult10104u869350.shtml>
170. PAHO, WHO. Epidemiological alert: Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas. ngton, DC: WHO; 2015 [citado 25 jan. 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=30078+&Itemid=999999&lang=fr.
171. Luz K, Santos GIV, Vieira RM. Febre pelo vírus Zika. Epidemiol Serv Saúde. 2015 Dez;4(24):785-8.
172. WHO. Weekly epidemiological record (WER). Geneva; WHO; 2016.
173. Fundação Oswaldo Cruz. Zika, chikungunya e dengue: entenda as diferenças. Portal Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, 30 nov. 2015 [Acessado em 25 jan. 2017]. Disponível em: <http://rededengue.fiocruz.br/noticias/31-zika-chikungunya-e-dengue-entenda-as-diferencas>.
174. United Nations Children's Fund. Risk communication and community engagement for Zika virus prevention and control: a guidance and resource package for country offices for coordination, planning, key messages and actions. Washington, DC; OMS; 2016.
175. Barifouse R. Maior crise hídrica de São Paulo expõe lentidão do governo e sistema frágil Brasil. BBC Brasil. São Paulo, SP, 22 mar. 2014 [acessado em 25 jan. 2017]. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/03/140321_seca_saopaulo_rb.
176. Cerqueira G. A. et al. A Crise Hídrica e suas Consequências [Internet]. Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado. Boletim Legislativo nº 27; 2015 [citado 16 abril 2015]. Disponível em: www.senado.leg.br/estudos.
177. Jornal o Globo. Nunca antes. Infográfico. Jornal O Globo [Internet]. 2015. [citado jan. 2016]. Disponível em: <http://infograficos.oglobo.globo.com/brasil/nunca-antes.html>
178. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria Geral da União: lista de municípios selecionados para Programa de Fiscalização de Entes Federativo [citado jan 2016]. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/programa-de-fiscalizacao-em-entes-federativos/1-ciclo/1o-ciclo/municipios-selecionados>
179. Fay D et al. Teamwork and Organizational Innovation: The Moderating Role of the HRM Context. Creativity and Innovation Management. 2015 Jun; 24(2):261-277.

180. West MA, Farr J. Innovation at work. In: West MA, Farr J, editores. Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies. Chinchester, England: Wiley; 1990. p. 3-13.
181. Williams G, Laungani P. Analysis of teamwork in an NHS community trust: An empirical study. *Journal of Interprofessional Care*. 1999 Jul;13(1):19-28.
182. Rutherford J, McARTHUR M. A qualitative account of the factors affecting team-learning in primary care. *Education for Primary Care*. 2004 Ago;15(3):352-60.
183. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of interprofessional care*. 2001 Fev;15(1):29-35.
184. Pelled LH, Eisenhardt KM, Xin KR. Exploring the black box: An analysis of work group diversity, conflict and performance. *Administrative science quarterly*. 1999 Mar;44(1):1-28.
185. Slotegraaf RJ, Atuahene-Gima K. Product development team stability and new product advantage: The role of decision-making processes. *Journal of Marketing*. 2011 Jan;75(1):96-108.
186. Simpson KR, James DC, Knox GE. Nurse-physician communication during labor and birth: Implications for patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006 Jun;35(4):547-56.
187. Sheng C-W, Tian Y-F, Chen M-C. Relationships among teamwork behavior, trust, perceived team support, and team commitment. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2010 Nov;38(10):1297-305.
188. Jones A, Jones D. Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*. 2011 Mai;25(3):175-81.
189. Ohlinger J, Brown MS, Laudert S, Swanson S, Fofah O. Development of potentially better practices for the neonatal intensive care unit as a culture of collaboration: communication, accountability, respect, and empowerment. *Pediatrics*. 2003 Abr;111(SE1):e471-e81.
190. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface-comunicação, saúde, educação*. 2001 Ago;5(9):150-3.
191. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2003;16(3):483-90.

192. Ronzani TM, Silva CdM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008 Fev;13(1):23-34.
193. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, DF; Editora MS; 2008.
194. Ministério da Saúde. Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, DF; Editora MS; 2004.
195. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010 Jun;15:1533-41.
196. Gilson LL, Shalley CE. A little creativity goes a long way: An examination of teams' engagement in creative processes. *Journal of management*. 2004 Ago;30(4):453-70.
197. Reeves S et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*. 2011 Mai;25(3):167-74.
198. Lopes EZ, Bousquat A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011 Abr-Jun;6(19):118-24.
199. Brasil. Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (2013 out 22).
200. Carryl JAM, Rossato L, Prados RMN. Programa Mais Médicos. *Diálogos Interdisciplinares*. 2016;5(2):1-8.
201. Mendonça MH et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2010 Ago;15(5):2355-65.
202. Pullon S et al. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *Journal of Interprofessional Care*. 2016 Nov;30(6):787-94.
203. Jiang J, Wang S, Zhao S. Does HRM facilitate employee creativity and organizational innovation? A study of Chinese firms. *The International Journal of Human Resource Management*. 2012 Jun;23(19):4025-47.

204. Shipton H et al. HRM as a predictor of innovation. Human resource management journal. 2006 Jan;16(1):3-27.
205. Un CA, Cuervo-Cazurra A. Strategies for knowledge creation in firms. British Journal of Management. 2004 Feb;15(S1):S27-S41.
206. European Comission. Guide to social Innovation. Regional and Urban Policy. 2013.
207. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 Jul-Ago;12:849-59.
208. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2010 Set;14(35):797-810.
209. Araujo DE et al. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. 2016 Jul-Set;10(3).
210. Brasil. Ministro de Estado da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria. 4.279, 30 dezembro 2010. Lex: coletânea de legislação. 2010 dezembro: 1-7.
211. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília; GTCIT; 2010.
212. Barra SAR. Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social; 2013.
213. Cole E, Crichton N. The culture of a trauma team in relation to human factors. Journal of clinical nursing. 2006 Ago;15(10):1257-66.
214. McCallin A, Bamford A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? Journal of nursing management. 2007 Abr;15(4):386-91.
215. Silva SF, Magalhães Júnior HM, Silva S. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. Silva SF, organizador Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde Campinas: Idisa, CONASEMS. 2008:69-85.

216. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Jun;16(6):2753-62.
217. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011 Out-Dez;20(4):867-74.
218. Vieira FS, Benevides RPS. Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, DF; IPEA; 2016.
219. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*. 2013;27:27-34.
220. Pena PFA et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Nov;17:3135-44.
221. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016 Abr-Jun;26(2):455-481.
222. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011 Out-Dez;20(4):961-70.
223. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF; 2013.
224. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de Setembro: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (1990 set 19).
225. Gohn MG. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. *Cadernos Metrópole*. 2002 1º sem;(07):09-31.
226. Demo P. Participação é conquista. São Paulo; Cortez; 1988. 176p.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Atenção centrada no usuário como atributo do trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica		
Pesquisador: Marina Peduzzi		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 28130314.3.0000.5392		
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 561.821		
Data da Relatoria: 18/03/2014		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, a ser realizado na rede básica de Embu das Artes - SP, com o objetivo de conhecer se ocorre e como se dá a atenção centrada no paciente no atendimento de usuários com condições crônicas. A população do estudo será composta pelas 17 equipes da ESF (fase 1 e 2) e por usuários com doenças crônicas atendidos por estas equipes (fase 2). Serão realizadas medidas avaliativas específicas sobre a efetividade do processo de trabalho, com o Team Climate Inventory; e haverá também a observação e entrevista semi-estruturada com profissionais e usuários.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo geral:		
Conhecer se ocorre e como se dá a assistência centrada no paciente no trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa voltados ao atendimento de usuário com condições crônicas.		
Objetivos específicos:		
1. Identificar as equipes com melhor clima na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em unidades da Atenção Primária à Saúde (APS);		
2. Observar se ocorre e como se dá o atributo da atenção centrada no usuário, nas equipes		
Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419		
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000		
UF: SP Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipeeq@usp.br

Continuação do Parecer: Situação

Identificadas com melhor clima.

3. Identificar e analisar a percepção de profissionais sobre a atenção centrada no usuário nas equipes identificadas com melhor clima.

4. Analisar se as equipes consideram o atributo da atenção centrada no usuário no trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa;

5. Identificar e analisar a percepção de usuários/pacientes com condições crônicas, sobre a atenção centrada no usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para os sujeitos do estudo.

Os benefícios incluem a contribuição para a consolidação do trabalho em equipe e em redes de atenção à saúde, ambos desafios atuais do Sistema Único de Saúde (SUS). O

estudo também vai gerar evidências para implementação da atenção centrada no usuário na atenção primária em saúde que pode fortalecer essa instância de atenção como coordenadora das ações e serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada e a metodologia adequadamente descrita. Há coerência entre as partes do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado apenas o TCLE do usuário, que está adequadamente elaborado.

O TCLE a ser assinado pelos profissionais de saúde não consta no sistema, apenas no projeto de pesquisa, mas também está adequadamente elaborado.

Recomendações:

Incluir o TCLE a ser assinado pelos profissionais de saúde na Plataforma Brasil, como anexo de notificação (tipo de notificação=outros).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TCLE dos profissionais de saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)0091-7548 Fax: (11)0091-7548 E-mail: edipeeq@usp.br

Continuação do Parecer: 011.021

Considerações Finais a critério do CEP:

Mesmo aprovado, enviar o TCLE como anexo por notificação.

SAO PAULO, 19 de Março de 2014

Assinador por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)0081-7540 Fax: (11)0081-7540 E-mail: edipeaq@usp.br

Página 02 de 03

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Ofício nº0246/14-SSA/RH.

Prezadas Sras.

Pesquisadora Responsável : Dra. Marina Peduzzi

Pesquisadora: Ms. Heloíse Lima Fernandes Agreli

Embu das Artes, 18 de Março de 2014.

Prezadas Senhoras,

A Secretaria da Saúde de Embu das Artes, São Paulo, autoriza a realização da pesquisa intitulada: **Atenção centrada no usuário como atributo do trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica** a ser realizada no município de Embu das Artes, Estado de São Paulo, Brasil, onde possui 15 unidades básicas de saúde, 9 delas da Estratégia Saúde da Família, com 17 equipes da ESF, todas completas que visa conhecer se ocorre e como se dá a atenção centrada no paciente no atendimento de usuários com condições crônicas.

A metodologia a ser desenvolvida será um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, será realizado na rede básica de Embu das Artes - SP. A amostra do estudo será composta pelas 17 equipes da ESF e por pacientes com doenças crônicas atendidos por estas equipes. Serão realizadas as seguintes medidas avaliativas: 1. de clima das equipes, que é a medida da efetividade do processo de trabalho, com o Team Climate Inventory; 2. Os dados serão analisados de forma descritiva, os escores de clima de equipe por média dos escores e medida da confiabilidade entre os itens pelo Alpha de Cronbach; 3. Observação e entrevista semi-estruturada com profissionais e usuários; 4. Os dados serão analisados, segundo o modelo de Análise de Conteúdo - Análise Temática proposta por Bardin.

Os pesquisadores se comprometem a realizar a pesquisa apenas após a aprovação no Conselho de Ética, e a devolver os dados para apropriação dos serviços de saúde do município no âmbito das políticas e diretrizes do Sistema único de Saúde. Outrossim, serão assegurados todos os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/96.

O Governo da Cidade de Embu das Artes agradece a escolha deste município para o aprofundamento de dados e informações relevantes para a nossa população

Respeitosamente

Sandra Magalhães Barbeiro
Secretária Municipal da Saúde
Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes

Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Andronico dos Prazeres Gonçalves, 114 - Centro
Embu das Artes

Telefone: (11) 4704-3637
saude@embudasartes.sp.gov.br
www.embudasartes.sp.gov.br

ANEXO 3- ESCALA DE CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE

ESCALA DE CLIMA DO TRABALHO EM EQUIPE

PORTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciemos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição da sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

	Discordo total- mente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concor- do	Concor- do total- mente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam ideias novas e sua aplicação	1	2	3	4	5

PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

	De nenhum modo		Um tanto			Completamente	
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA- EMENDA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Atenção centrada no usuário como atributo do trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica

Pesquisador: Marina Peduzzi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28130314.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.872.186

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apresentação de proposta de emenda de projeto aprovado por este CEP em 10/07/2015 (CAAE 28130314.3.0000.5392). A pesquisadora solicita autorização para incorporação aos seus objetivos a análise secundária dos dados do projeto de pesquisa "Validação e adaptação transcultural do Team Climate Inventory na Atenção Primária no Brasil", também aprovado neste CEP em 14/08/2012 (CAAE 04139512.0.0000.5392).

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são: 1. Identificar as equipes com melhor clima na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em unidades da Atenção Primária à Saúde (APS); 2. Observar se ocorre e como se dá o atributo da atenção centrada no usuário, nas equipes identificadas com melhor clima; 3. Identificar e analisar a percepção de profissionais sobre a atenção centrada no usuário nas equipes identificadas com melhor clima; 4. Analisar se as equipes consideram o atributo da atenção centrada no usuário no trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa; 5. Identificar e analisar a percepção de usuários/pacientes com condições crônicas, sobre a atenção centrada no usuário. Por meio deste emenda, a pesquisadora propõe-se analisar comparativamente os resultados do seu estudo com os dados da amostra nacional de validação do Team Climate Inventory.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.672.185

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como se trata de análise de dados secundários, não há riscos nem benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora apresenta o projeto original, aprovado por este CEP em 2015, para ser analisado neste momento. Não houve qualquer tipo de atualização dos objetivos ou metodologias utilizadas. Há apenas a incorporação de um subitem à seção Metodologia como EMENDA 2016 e a atualização do cronograma. Embora constem no texto a referência a anexos, estes não são apresentados ao leitor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentadas a autorização da autora do estudo para que os dados do projeto de pesquisa "Validação e adaptação transcultural do Team Climate Inventory na Atenção Primária no Brasil" sejam analisados pela pesquisa ora em análise e também a cópia da aprovação da mesma neste CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_833443_E2.pdf	28/11/2016 16:23:05		Aceito
Outros	Projeto_Pesq_28_11_16.doc	28/11/2016 16:20:13	Marina Peduzzi	Aceito
Outros	Aprovacao_CEP.pdf	28/11/2016 12:35:52	Marina Peduzzi	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cep@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.079.198

Outros	Autorizacao.pdf	28/11/2016 12:34:07	Marina Peduzzi	Aceito
Outros	Justificativa_emenda.PDF	28/11/2016 12:32:24	Marina Peduzzi	Aceito
Outros	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUARIOS.pdf	02/06/2014 13:44:23		Aceito
Outros	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS.pdf	02/06/2014 13:43:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Heloise FAPESP.doc	02/06/2014 13:41:36		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUARIOS.pdf	02/06/2014 13:40:49		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS.pdf	02/06/2014 13:40:27		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	28/02/2014 16:55:13		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:

Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-8858

E-mail: cepes@usp.br

Apêndices

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling, leaf-like patterns at both ends, positioned below the title.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS E USUÁRIOS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Nós, Profª Dra. Marina Peduzzi e a doutoranda Heloise Lima Fernandes Agreli, responsáveis pela pesquisa **“Atenção centrada no usuário como atributo do trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica”** convidamos você participar como voluntário do nosso estudo.

A pesquisa tem como objetivo conhecer se ocorre e como se dá a assistência centrada no paciente no trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa voltados ao atendimento de usuário com condições crônicas.

Acreditamos que esta pesquisa seja importante, pois os resultados obtidos no estudo poderão contribuir positivamente para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários hipertensos na atenção primária em saúde, além de contribuir para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Se aceitar participar terá que responder um questionário que é auto-respondido, e será apresentado antes do preenchimento. Destacamos que a sua recusa em participar não implicará em nenhum dano, penalização ou prejuízo a sua pessoa, assim como a retirada de seu consentimento após ter respondido também não implicará em nenhum dano, penalizações ou prejuízos a você.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com as pesquisadoras responsáveis.

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o qual já se encontra cadastrado sob o número X.

Será mantido sigilo e anonimato quanto aos dados que possam identificar os participantes, evitando qualquer tipo de constrangimento quanto aos resultados coletados.

As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados após o término da mesma, à Secretaria de Saúde do Município de Embu das Artes, ao coordenador da unidade de saúde estudada e ao CEP - EEUSP, através de relatório de conclusão da pesquisa.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo, anonimato e esclarecimentos sempre que desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi elaborado em duas vias (uma cópia do sujeito da pesquisa e a outra do pesquisador responsável) e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

RESPONSÁVEIS: Marina Peduzzi/Heloise Lima Fernandes Agreli

ENDEREÇO: Av. Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, 419 - Jardim Paulista - São Paulo

E-MAIL: marinape@usp.br / heloisefernandes@usp.br

TELEFONE: (11) 3061-7551

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP: telefone para contato: (11) 3061-7548. e-mail: edipesq@usp.br.

Embu das Artes, ____ de _____ de 201__.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS)

Convidamos você para participar de uma pesquisa que pretende avaliar a qualidade da atenção aos adultos, com 18 anos ou mais, com doenças crônicas cadastrados na Estratégia Saúde da Família, na rede de atenção primária de Embu das Artes. O título da pesquisa é: **“Atenção centrada no usuário como atributo do trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa na Atenção Básica”**. As responsáveis pela pesquisa são a doutoranda Heloíse Lima Fernandes Agreli e a professora doutora Marina Peduzzi da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Se aceitar participar, você responderá a uma entrevista para avaliar a qualidade da atenção recebida. Esta pesquisa não causa nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder as perguntas. A entrevista pode ser feita na sua casa ou no serviço, onde você preferir. Acreditamos que esta pesquisa seja importante, pois os resultados obtidos no estudo poderão contribuir positivamente para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários com doenças crônicas atendidos na atenção primária em saúde, além de contribuir para o fortalecimento do trabalho das equipes. Destacamos que a aceitação ou não em participar da pesquisa não prejudicará em nada seu atendimento no serviço, nem causará dano, penalização ou prejuízo a sua pessoa, assim como a retirada de seu consentimento após ter respondido também não implicará em nenhum dano, penalizações ou prejuízos a você. Garantimos que serão mantidos sigilo e anonimato quanto aos dados que possam identificar os participantes, evitando qualquer tipo de constrangimento quanto aos resultados coletados. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com as pesquisadoras responsáveis.

As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados da pesquisa serão divulgados após o término da mesma, à Secretaria de Saúde do Município de Embu das Artes, ao coordenador da unidade de saúde estudada e ao CEP - EEUSP, através de relatório de conclusão da pesquisa.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo, anonimato e esclarecimentos sempre que desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi elaborado em duas vias (uma cópia do sujeito da

pesquisa e a outra do pesquisador responsável) e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

RESPONSÁVEIS: Marina Peduzzi/Heloise Lima Fernandes Agreli

ENDEREÇO: Av. Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, 419 - Jardim Paulista - São Paulo

E-MAIL: marinape@usp.br / heloisefernandes@usp.br

TELEFONE: (11) 3061-7551

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP: telefone para contato: (11) 3061-7548. e-mail: edipesq@usp.br.

Embu das Artes, ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO***Caracterização da população em estudo***

Data da coleta: ____/____/____

Unidade de saúde: _____

Equipe de referência: _____

1. Formação:

1. () ACS* 2. () Aux. de Enf. 3. () Enfermeiro 4. () Médico Generalista 5. () Médico Ginecologista/ Obstetra 6. () Pediatra 7. () Dentista 8. () TSB**
9. () ASB***

Para os médicos: Carga horária: () 20 horas () 24 horas () 30 horas () 36 horas (40) horas

2. Possui especialização: () Sim () Não Se sim, qual?

Divide carga horária em outra unidade? () Sim () Não. Se sim, qual a unidade de saúde? _____

3. Há quanto tempo na Instituição? _____

4. Há quanto tempo é integrante desta unidade de saúde? _____

5. Há quanto tempo está inserido na equipe atual? _____

6. Data de nascimento: ____/____/____

7. Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino

APÊNDICE C- AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA VALIDAÇÃO DA ECTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

Autorização para utilizar banco de dados

Campinas, 04 de abril de 2016

Eu Mariana Charantola Silva, autorizo Heloise Lma Fernandes Agreli a utilizar o banco de dados referente a pesquisa intitulada " Adaptação Transcultural e Validação do instrumento *Team Climate Inventory* (TCI) no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil", de minha autoria, com orientação da Prof. Dra. marina Peduzzi.

Atenciosamente

Mariana Charantola Silva

APÊNDICE D: ROTEIROS DE ENTREVISTAS (PROFISSIONAIS E USUÁRIOS)

Roteiro de entrevista com os profissionais

Introdução aos participantes

O propósito desta entrevista é explorar suas visão acerca do trabalho em equipe e PIC, com base nas experiências vivenciadas por sua equipe.

As perguntas são flexíveis e abertas, a fim de permitir o surgimento de indagações e questões que você julgar importante. Suas respostas serão confidenciais, e tratados com anonimato quando publicarmos os resultados da pesquisa. Suas informações não serão compartilhadas com sua equipe. Não existe resposta certa ou errada, sinta-se a vontade para expressar sua opinião. Atualmente existem poucos estudos sobre a colaboração entre profissionais no Brasil, e é isto o que gostaríamos de explorar nesse estudo.

Preparação

Esta entrevista é sobre sua experiência no trabalho em equipe e prática colaborativa.

1. O que você considera bom no trabalho da sua equipe?
2. Você acha que sua equipe trabalha de forma colaborativa? Conte me sobre uma situação ou situações em que você pode observar isso.
 - O que facilita a colaboração em sua equipe?
 - O que dificulta a colaboração em sua equipe?

Clima do trabalho em equipe

Participação na equipe (influência mútua, compartilhamento de informações e frequência de interação entre os membros da equipe)

1. Como é a sua convivência com a equipe? Como são as relações com os colegas de equipe?

2. Como são espaços formais e informais de interação na equipe? Nesses espaços, você acha que todos seus colegas se sentem confortáveis em expressar suas opiniões?
3. Já ocorreu de um colega apresentar diferente opinião da maioria da equipe? Como vocês lidaram com isso?
4. Como são compartilhadas as informações na equipe? Conte-me sobre essas situações.

Apoio para ideias novas (encorajamento e apoio prático)

5. Como a equipe identifica as necessidades dos usuários, e como vocês têm trabalhado para responder a elas?
6. Existe uma preocupação em responder às necessidades dos usuários de forma inovadora? Descreva uma situação desafiadora em que sua equipe teve que propor novas ideias no cuidado em saúde em resposta a necessidade de um usuário/família.
7. Nessa situação, a equipe conseguiu colocar em prática a ideia nova? Você, e/ou sua equipe receberam apoio para isso?

Objetivos da equipe (clareza, compartilhamento e comprometimento com os objetivos da equipe)

8. Como é feita a organização o do trabalho? E qual o papel de cada colega de trabalho nessa forma de organização do trabalho?
9. Como são definidas as prioridades da equipe? Como vocês lidam com essas os diferentes interesses entre os membros da equipe para estabelecer prioridades? Conte me uma situação que ilustre esse aspecto.
10. Alguma vez você já se sentiu trabalhando sozinho, sem apoio da equipe? Que situação era essa? Você conseguiu contornar essa situação? Fale me sobre isso.

Orientação para tarefas (responsabilidade individual e da equipe em seu compromisso para o desempenho de tarefas com excelência)

11. Como são estabelecidas as reponsabilidades de cada um na equipe? São utilizados protocolos, regras, acordos?

12. Como você e sua equipe monitoram se estão atingindo as prioridades estabelecidas?

Prática interprofissional colaborativa

ACP (perspectiva ampliada do cuidado à saúde/ participação do usuário no cuidado e participação social/ relação profissional paciente e relações interprofissionais)

1. Qual o objetivo de sua equipe?

2. Em sua opinião qual deve ser o papel dos usuários/ família/comunidade no cuidado em saúde e junto à equipe? Qual o espaço dado para que eles desempenhem tais papeis?

3. Como os usuários atendidos por essa equipe tem participado na tomada de decisões sobre sua própria saúde e da equipe?

4. Conte-me sobre um caso em que foi imprescindível o envolvimento de toda equipe para prestação do cuidado, e também o próprio usuário/família/comunidade. Nessa situação, como você identifica a comunicação entre sua equipe e entre sua equipe e os usuários?

Governança

5. De que forma os líderes (da equipe e da Instituição) estimulam ou dificultam relações de colaboração na equipe?

6. Você recebe retorno de seus lideres acerca das atividades desempenhadas e ideias novas sugeridas por você e/ou por sua equipe?

7. Na estrutura física da Unidade Básica de Saúde que aspectos facilitam ou dificultam a colaboração na equipe?

Educação para Colaboração Interprofissional

8. Você se lembra de alguma capacitação, programa de educação no próprio serviço de saúde, ou durante a sua formação profissional que tenham contribuído para sua postura diante o trabalho em equipe e prática colaborativa?

Colaboração interprofissional entre equipes

9. Você sente que sua equipe trabalha de forma colaborativa com equipes de outros serviços? Conte me sobre uma situação ou situações em que você pôde observar isso.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

Introdução aos participantes

O propósito desta entrevista é explorar sua visão sobre a Unidade de Saúde em que o senhor ou senhora são atendidos, sobre a equipe de saúde e sobre sua atuação como conselheiro (a) gestor. As perguntas são abertas, a fim de permitir o surgimento de indagações e questões que você possa julgar importante. Suas respostas são confidenciais e tratadas com anonimato quando publicarmos os resultados da pesquisa. Suas informações não serão compartilhadas com sua equipe. Não existe resposta certa ou errada, sinta-se a vontade para expressar sua opinião.

Relação interprofissional e profissional e paciente

A entrevista é sobre sua experiência com trabalho executado pela equipe de saúde. Me conte sobre sua experiência com essa equipe. Mas antes me conte sobre como é morar aqui nesse bairro, como é sua comunidade?

Desde quando você é atendido aqui? Faz algum tratamento específico.

Me fale sobre sua convivência com a equipe. Com os (as) agentes de saúde, médico (a) , enfermeiro (a), gerente, demais funcionários.

Como é ser atendido aqui? Me fale sobre a equipe.

Como a equipe identifica o que a população precisa? A equipe tem conseguido atender a essa (s)demandas (s)?

No seu atendimento clínico como paciente, quais orientações recebidas? Qual sua opinião a respeito delas.

Participação do paciente no cuidado e participação social

E nos seus atendimentos individuais, como você participa das decisões sobre seu tratamento?

Na sua opinião, qual deve ser o papel dos usuários/ família/ comunidade no cuidado junto à equipe.

Como nessa Unidade os usuários tem participado na tomada de decisões da equipe?

Quando e por que você se tornou um(a) conselheiro(a) gestor? Me fale sobre essa experiência? Você sente que tem colaborado com a comunidade?

Com que frequência vocês se reúnem? Quem participa? Sobre o que discutem?

Como o senhor avalia o Conselho gestor dessa Unidade?

O sr. (a) se lembre de alguma situação em que tenha sido importante envolver a equipe de saúde, o usuário/ família e comunidade para resolução do caso? Que situação foi essa?

Perspectiva ampliada do cuidado em saúde

Quais serviços o sr (a) utiliza aqui?

A Unidade oferece atividades em grupo (de educação em saúde) ou e/ ou de caminhada, por exemplo? O sr (a) participa ou conhece alguém que participa? Me fale sobre isso.

Você já foi encaminhado ou conhece alguém que tenha sido encaminhado para outros serviços no próprio município ou para fora dele. Como foi isso?