UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IGOR HENRIQUE TEIXEIRA FUMAGALLI

Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família

RIBEIRÃO PRETO

2022

IGOR HENRIQUE TEIXEIRA FUMAGALLI

Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2022

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.

Fumagalli, Igor Henrique Teixeira
Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família . Ribeirão Preto, 2022.
113 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Silvia Matumoto

1.Relações Interprofissionais. 2.Equipe de assistência ao paciente. 3.Assistência centrada no paciente. 4.Atenção Primária à Saúde.

FUMAGALLI, Igor Henrique Teixeira

Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Marco e Jacira, e ao meu irmão Renan, que sempre me incentivaram.

À Renata, minha noiva, que sempre esteve presente me dando forças e apoio.

Aos meus avôs, Antonio Fumagalli e Paulo Teixeira (in memoriam), que foram e são muito importantes para mim e em quem me inspiro e busco honrar todos os dias.

À todos aqueles que estiveram envolvidos desde o início da minha formação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, a inteligência suprema do universo e causa primária de todas as coisas, pela oportunidade de realizar este trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por me acolher para realização deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo financiamento deste trabalho através da bolsa do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX).

À diretoria da Departamento Regional de Saúde XIII e aos gestores dos municípios pertencentes, pela autorização e incentivo para realização deste trabalho.

À minha orientadora Silvia, por acreditar no meu potencial e aceitar me orientar. Por incentivar e ser uma grande facilitadora nesse período de pós-graduação, sempre com dedicação e motivação. Por mesmo em um momento de isolamento social, conseguir propiciar momentos de reflexão e transmitir todo seu carinho e afeto.

Às professoras Silvana Mishima e Cinira Fortuna, pelo aprendizado nos inúmeros encontros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva (NUPESCO), por nos inspirarem na luta em defesa do SUS e da Saúde Coletiva.

Ao querido amigo Graciano Sudré, pela amizade, incentivo, trocas de conhecimentos e parceria construída após o início desta pós-graduação, o que tornou esse período mais leve.

Ao Wilson e Soraya Mestriner, que se tornaram grandes amigos, desde o início da graduação estão ao meu lado, me incentivando, ensinando e sendo fontes de inspiração como pessoas, casal e profissionais.

À professora Luana Mesquita Lago, que também esteve ao meu lado desde o início da minha vida acadêmica. Sua personalidade, sabedoria e humildade lhe tornam ainda mais especial. Obrigado por aceitar fazer parte deste momento compondo a banca avaliadora dessa dissertação.

Às professoras Jaqueline Alcântara e Maria do Carmo por aceitarem o convite para compor esta banca avaliadora de dissertação.

Aos meus pais Marco e Jacira, por todo apoio, incentivo e carinho que sempre tiveram comigo. Sem a base fornecida por vocês, nada seria possível. Sei que não foi fácil a luta para me propiciar o melhor para minha formação.

Ao meu irmão Renan, pelo carinho, suporte e por ser meu melhor amigo. Obrigado por estar presente em todos os momentos.

Ao Henrique, meu sobrinho e afilhado, que com seu sorriso sempre estampado no rosto e me faz recordar do que realmente importa na vida.

À Renata, a mulher que escolhi e me escolheu para caminharmos juntos nesta vida. Quem me entende e aprendo muito todos os dias. Obrigado por me apoiar e estar ao meu lado.

À Sol, que esteve ao meu lado todos os dias durante os últimos 15 anos e também no período de realização deste trabalho.

À minhas avós queridas Elizabetha Fumagalli e Conceição Teixeira, que são as bases da minha família e que eu nada seria sem vocês. Obrigado pelas orações, palavras sinceras e por me acolherem sempre.

À minhas tias, Maria do Carmo, Yara, Jaciara e tio Paulo, por sempre estarem presentes, e dispostos a ouvir e dividir minhas angústias.

Ao meu primo Ulisses e à minhas primas Caroline, Leticia, Sophia, Pietra, pelo carinho, afeto e por sempre me transmitirem a alegria que vocês têm de viver.

Aos meus sogros Luiz e Darcilei, meus cunhados Sarah e André, por me incentivarem, mesmo que a distância, na realização desta pós-graduação.

Aos Senseis Edson Kawahara (in memoriam) Rosa, Alessandra e Paulo Fonseca, por desde minha infância me ensinarem o respeito, a disciplina e integridade.

À Ordem DeMolay e à Loja Maçônica “Líbero Badaró”, por me incentivarem a ser um melhor cidadão, baseado em nossas sete virtudes.

RESUMO

FUMAGALLI, I. H. T. **Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família**. 2022. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

As práticas colaborativas em um trabalho interprofissional contribuem para a melhoria da qualidade e do acesso da atenção em saúde. Possuem como características o compartilhamento de saberes, decisões, informações, intervenções, além do empoderamento de cada profissional e o respeito e reconhecimento de um pelo outro, em busca de objetivos comuns. Nosso objetivo foi entender como se dá a construção de práticas colaborativas no processo de trabalho interprofissional de unidades de saúde da família do Departamento Regional de Saúde XIII. Trata-se de uma investigação exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo foi realizado em unidades de saúde da família do Departamento Regional de Saúde Ribeirão Preto, que conta com 26 municípios. Para caracterização do cenário do estudo utilizou-se as informações referentes aos resultados da avaliação externa, terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em relação a utilização de reuniões e espaços coletivos na organização do processo de trabalho com potencial para desenvolvimento das práticas colaborativas, obtidos por meio da plataforma digital de acesso público, do Ministério da Saúde, e-Gestor. Posteriormente foi selecionada uma equipe por município, a melhor colocada naquela avaliação externa e desta um integrante da equipe foi convidado a colaborar com uma entrevista. Foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados referentes à caracterização dos municípios e então realizada análise de conteúdo das entrevistas, com embasamento teórico do trabalho interprofissional e práticas colaborativas. Os resultados foram divididos em três categorias: Desenvolvimento do trabalho interprofissional (Trabalho Interprofissional na perspectiva dos participantes, facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional; espaços coletivos; tempo em que a equipe trabalha junto), Aspectos relacionados à equipe (comunicação, articulação, estímulo e união para a realização da prática colaborativa interprofissional, necessidade de formação, apoio, valorização da equipe e a que distância estamos da prática centrada no usuário) e Pandemia como modificadora da prática. Foi possível identificar os espaços coletivos que fazem parte da estratégia de saúde da família compreender que a construção das práticas colaborativas interprofissionais perpassa por esses espaços coletivos, em momentos de encontro e integração dos profissionais. No entanto, existem fragilidades a serem trabalhadas e referem-se à fragmentação do cuidado em saúde e a não centralidade do usuário e comunidade, que podem ser trabalhadas por meio de atividades de educação permanente em saúde e de atuação de equipes de apoio matricial e institucional junto às equipes locais. O estudo contribui com elementos sobre o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais em unidades de atenção básica que podem desencadear processos de reflexão dos próprios trabalhadores e gestores sobre suas práticas, visando a mudança no modo de produzir saúde.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Trabalho Interprofissional. Assistência centrada no paciente. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FUMAGALLI, I. H. T. **Interprofessional collaborative practices in collective spaces of family health units**. 2022. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Collaborative practices in interprofessional care contribute to improving the quality and access of health care. They have as characteristics the sharing of knowledge, decisions, information, interventions, in addition to the empowerment of each professional and the respect and recognition of each other, in search of common goals. Our objective was to understand how collaborative practices are built in the interprofessional work process of family health units of the Regional Health Department XIII. This is an exploratory, descriptive investigation, with a quantitative and qualitative approach. The study was carried out in family health units of the Ribeirão Preto Regional Health Department, which has 26 municipalities. To characterize the study scenario, information regarding the results of the external evaluation was used, the third phase of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in relation to the use of meetings and collective spaces in the organization of the work process with potential for the development of collaborative practices, obtained through the digital platform of public access, of the Ministry of Health, e-Gestor. Subsequently, a team was selected per municipality, the best placed in that external evaluation, and from this a member of the team was invited to collaborate with an interview. A descriptive statistical analysis of the data referring to the characterization of the municipalities was carried out and then a content analysis of the interviews was carried out, with a theoretical basis of interprofessional work and collaborative practices. The results were divided into three categories: Development of interprofessional work (Interprofessional work from the perspective of the participants, facilitators to develop interprofessional care; collective spaces; time when the team works together), Aspects related to the team (communication, articulation, stimulation and union for the realization of interprofessional collaborative practice , need for training, support, valuing the team and how far we are from user-centered practice) and Pandemic as a modifier of practice. It was possible to identify the collective spaces that are part of the family health strategy, understanding that the construction of interprofessional collaborative practices permeates these collective spaces, in moments of meeting and integration of professionals. However, the weaknesses to be worked on refer to the fragmentation of health care and the non-centrality of the user and community, which can be worked on through permanent health education activities and the work of matrix and institutional support teams together. to local teams. The study contributes with elements on the development of interprofessional collaborative practices in primary care units that can trigger reflection processes by workers and managers about their practices aimed at changing the way of producing health.

Keywords: Interprofessional Relations. Patient Care Team. Patient-centered care. Primary Health Care.

RESÚMEN

FUMAGALLI, I. H. T. **Prácticas colaborativas interprofesionales en espacios colectivos de unidades de salud de la familia**. 2022. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Las prácticas colaborativas en el trabajo interprofesional contribuyen a mejorar la calidad y el acceso a la atención en salud. Tienen como características el compartir conocimientos, decisiones, informaciones, intervenciones, además del empoderamiento de cada profesional y el respeto y reconocimiento mutuo, en la búsqueda de objetivos comunes. Nuestro objetivo fue comprender cómo se construyen prácticas colaborativas en el proceso de trabajo interprofesional de las unidades de salud de la familia de la Dirección Regional de Salud XIII. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, con enfoque cuantitativo y cualitativo. El estudio fue realizado en unidades de salud de la familia del Departamento Regional de Salud de Ribeirão Preto, que tiene 26 municipios. Para caracterizar el escenario de estudio, se utilizó información sobre los resultados de la evaluación externa, la tercera fase del Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria en relación con el uso de reuniones y espacios colectivos en la organización del proceso de trabajo con potencial para el desarrollo de prácticas colaborativas, obtenido a través de la plataforma digital de acceso público, del Ministerio de Salud, e-Gestor. Posteriormente, se seleccionó un equipo por municipio, el mejor ubicado en esa evaluación externa, y de ahí se invitó a un miembro del equipo a colaborar con una entrevista. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos referentes a la caracterización de los municipios y luego un análisis de contenido de las entrevistas, con base teórica de trabajo interprofesional y prácticas colaborativas. Los resultados se dividieron en tres categorías: Desarrollo del trabajo interprofesional (Trabajo interprofesional desde la perspectiva de los participantes, facilitadores para desarrollar el trabajo interprofesional; espacios colectivos; tiempo en que el equipo trabaja en conjunto), Aspectos relacionados con el equipo (comunicación, articulación, estimulación y unión para la realización de trabajos colaborativos interprofesionales). práctica, necesidad de formación, apoyo, valoración del equipo y lo lejos que estamos de la práctica centrada en el usuario) y Pandemia como modificador de la práctica. Fue posible identificar los espacios colectivos que forman parte de la estrategia de salud de la familia, entendiendo que la construcción de prácticas colaborativas interprofesionales permea estos espacios colectivos, en momentos de encuentro e integración de los profesionales. Sin embargo, las debilidades a trabajar se refieren a la fragmentación de la atención en salud y la no centralidad del usuario y la comunidad, las cuales pueden ser trabajadas a través de actividades permanentes de educación en salud y el trabajo conjunto de los equipos matriciales y de apoyo institucional a los equipos locales. El estudio aporta elementos sobre el desarrollo de prácticas colaborativas interprofesionales en unidades de atención primaria que pueden desencadenar procesos de reflexión de trabajadores y gestores sobre sus prácticas encaminadas a cambiar la forma de producir salud.

Palabras clave: Relaciones Interprofesionales. Equipo de atención al paciente. Atención centrada en el paciente. Primeros auxilios.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPP - Comissão de Avaliação Projetos Pesquisa

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIHC – *Canadian Interprofessional Health Collaborative*

CIR - Comissão Intergestores Regional

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DRS – Departamento Regional de Saúde

EIP – Educação Interprofissional em saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IPEC - *Interprofessional Education Collaborative*

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 Apresentação 16

2 Introdução.....18

3. Objetivos 23
3.1 Objetivo Geral. ..... .23
3.2 Objetivos Específicos. 23

4 Marco Teórico 24
4.1 O trabalho interprofissional. 24
4.2 O conceito de colaboração. 25
4.3 A prática colaborativa interprofissional. 29

5 Materiais e Métodos. 31
5.1 Aspectos Éticos. 33
5.2 Cenário do Estudo. 33
5.3 Participantes do Estudo 34

6. Resultados 39

6.1 Caracterização do cenário do estudo segundo os dados do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica.....39
6.1.1 Cobertura populacional da ESF 39
6.1.2 Indicadores PMAQ 40

6.2 Diálogo com os profissionais. 42
6.2.1 Desenvolvimento do trabalho interprofissional. 45
6.2.1.1 Facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional.....47
6.2.1.2 Espaços Coletivos. 49
6.2.1.3 Tempo que a equipe trabalha junto. 53
6.2.2 Aspectos relacionados à equipe. 54
6.2.2.1 Comunicação. 54
6.2.2.2 Articulação. 55
6.2.2.3 Estímulo e união para a realização da prática colaborativa interprofissional. 57
6.2.2.4 Necessidade de Formação. 59
6.2.2.5 Apoio. 60
6.2.2.6 Valorização da equipe. 63
6.2.3 A distância que estamos da prática centrada no usuário. 64
6.2.4 Pandemia como modificadora da prática 65

7. Discussão. 68

8. Considerações Finais.....83

9. Referências. 85

1. Apresentação

A aproximação e o interesse pelo trabalho interprofissional esteve presente durante minha formação acadêmica no curso de odontologia, apesar de ser uma área marcada pelo viés tecnicista e uniprofissional. Logo em meu primeiro ano de graduação tive a primeira oportunidade de interagir com graduandos de outros cursos devido a experiência propiciada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) [1]. Neste momento pude notar a potencialidade dos encontros, marcados pela colaboração dos membros, discussão e construção do saber de forma coletiva.

Posteriormente, durante toda minha graduação estive envolvido com a área de saúde coletiva, desenvolvendo projetos de iniciação científica e extensão na atenção primária à saúde. Em meu último ano, surgiu uma das oportunidades mais importantes desse período, a elaboração de um projeto para participação do edital da Operação Cachimbo, cinquentenário do Projeto Rondon, que é uma ação interministerial, coordenada pelo Ministério da Defesa, em que instituições de ensino superior participam de uma seleção, para desenvolverem ações em regiões de grande vulnerabilidade social. Estava inserido em uma equipe com diferentes alunos de outros cursos da Universidade de São Paulo, como Educação Física, Pedagogia, Direito, Administração e Enfermagem. Durante toda a preparação, após selecionados e nas atividades desenvolvidas em área, na região da Serra do Cachimbo - Pará e Mato Grosso, pude vivenciar na prática a realização das práticas colaborativas interprofissionais.

Admirado com a potencialidade atingida através das trocas obtidas entre esses diferentes profissionais, decidi então participar do processo seletivo da residência multiprofissional em

atenção integral à saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Foram dois anos intensos, em que convivi com a realidade dos serviços dos três pontos de atenção à saúde e na gestão da rede de Ribeirão Preto, mas com ênfase na atenção primária à saúde. A prática desenvolvida foi marcada pela convivência com profissionais de diversas formações, em um cenário repleto de potencialidades, e também tensões, para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais.

Na inserção proporcionada pela residência, pude conhecer um pouco da realidade dos serviços de saúde e as possibilidades proporcionadas pelo encontro, comunicação e discussão entre os profissionais e a fundamental participação do usuário nesse processo. Nesse contexto, emergiu o desejo de poder estudar mais a fundo a construção das práticas colaborativas no processo de trabalho interprofissional nas unidades/equipes de saúde da família.

2. Introdução

A prática do cuidar considerando as diferentes necessidades de saúde, em um mundo globalizado, se torna cada vez mais dinâmica. As constantes transformações dos perfis populacionais e epidemiológicos, como aumento das multimorbidades, expectativa de vida, condições crônicas não transmissíveis e da violência impactaram diretamente na qualidade de vida das pessoas, e se tornaram grandes desafios a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (AZZOPARDI-MUSCAT *et al.*, 2017; DE SOUZA *et al.*, 2018; FRENK *et al.*, 2011) e também na formação dos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Para enfrentar esses desafios é necessário grande esforço por parte do Estado, dos municípios, das instituições formadoras e dos profissionais da saúde que são orientados por diretrizes internacionais e do Brasil, e também pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS. O objetivo dos trabalhadores da saúde é o atendimento às demandas dos usuários, visando dentre outras ações a integralidade e a corresponsabilização do cuidado (QUEIROZ *et al.*, 2021; SEIXAS *et al.*, 2019). Com isso, favorecem a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

No Brasil, diante desse contexto, para ampliar e melhorar a análise da situação de saúde e intervenções, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de expansão e consolidação da atenção primária à saúde (APS) no país (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020). Aprimorado nos anos seguintes e chamado então de Estratégia de Saúde daFamília (ESF) e é tida como a coordenadora do cuidado, organização e o fortalecimento de um modelo de atenção centrado na pessoa, pois possibilita atenção contínua a uma população distribuída em um território definido (BRASIL, 2017). Com o compromisso de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além de proporcionar o cuidado integral à

saúde das famílias assistidas, através do trabalho interprofissional em equipe multidisciplinar (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Tida desde então como estratégia prioritária, o que foi reafirmado em 2006 pela publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006), porém, atualmente, após a publicação da nova PNAB (BRASIL, 2017) diversos debates surgem nesse contexto dinâmico. Mudanças referentes ao reconhecimento pelo incentivo financeiro das equipes de Atenção Básica, alteração do quantitativo dos Agentes comunitários de Saúde e inserção dos Agentes de combate a Endemias (GIOVANELLA; BOUSQUAT; *et al.*, 2021; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020), são medidas que enfraquecem o cuidado integral, com abordagem territorial e multiprofissional desempenhado pela ESF (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Independente do cenário de atendimento, para manter a centralidade desse processo no usuário, e para a compreensão dessa lógica de produção de cuidado em saúde, é preciso uma nova forma de trabalhar, com uma intensa troca de conhecimentos e uma efetiva comunicação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Os profissionais da saúde, quando sozinhos, não conseguem dar respostas às diferentes situações exigidas pela população, assim vemos a importância do trabalho em equipe (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Em alguns momentos os trabalhos devem ser direcionados às suas especialidades, mas o resultado do cuidado é produto das relações pessoais e profissionais existentes no trabalho. No mesmo sentido, as mudanças no processo de trabalho em saúde, principalmente na assistência, ao incluir a necessidade de um universo de 'poli competências' e da integração dos profissionais na assistência, resgatam o sentido do trabalho interprofissional (DE MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Contudo, a existência de profissionais desenvolvendo o trabalho em equipe não significa que a convivência e as ações são desenvolvidas sempre de forma harmoniosa, o diferencial está em converter os conflitos em crescimento, sabendo trabalhar com diferenças de

ideias ou de condutas e, assim, agir profissionalmente na presença de conflitos. É possível observar que na prática o simples fato de termos uma equipe com diferentes profissionais em um mesmo ambiente, não garante que esteja ocorrendo a interação em busca do cuidado integral (ESCALDA; PARREIRA, 2018b).

A educação interprofissional (EIP) surge como um componente importante na busca da colaboração e da organização do serviço, pois permite a problematização acerca do processo de trabalho da equipe e assim um possível deslocamento da forma fragmentada e uniprofissional do saber para uma articulação e a integração das ações de saúde (TOASSI, 2017). Profissionais com diferentes formações na saúde podem transitar na sua área de formação e articular seu conhecimento específico com outros profissionais do serviço na organização do trabalho, no compartilhamento de ações, bem como uma prática colaborativa em saúde (WHO, 2010).

O trabalho em equipe e as práticas colaborativas são estratégias que contribuem para a melhoria da qualidade e do acesso da atenção em saúde além do cuidado integral (PEDUZZI; AGRELI, 2018). E, tem como características a comunicação mais efetiva entre os profissionais que a constituem, tomada de decisões compartilhadas, definição de objetivos comuns, reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros, da autonomia dos profissionais e a horizontalidade das relações de trabalho (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; CIHC, 2010).

Nesse sentido, as práticas colaborativas são descritas como elementos da colaboração interprofissional em um nível mais profundo de trabalhar juntos com intensa interdependência das ações (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; LAGO, 2019) em que ocorre o compartilhamento de saberes, decisões, informações, intervenções, além do empoderamento de cada profissional e o respeito e reconhecimento de um pelo outro, em busca de objetivos comuns (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Esta é uma das principais estratégias para melhorar os resultados das práticas de saúde, pois contribui para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe, e assim dos cuidados em saúde. A prática se torna efetiva quando há oportunidade para decisões, atendimentos e estratégias compartilhadas. Dessa forma, os profissionais discutem sobre planos de cuidado, estratégias para atingir um objetivo comum, resolução de conflitos e melhora no processo de trabalho (CIHC, 2010). E para que isso ocorra, o diálogo entre os profissionais é fundamental para estabelecer essa cultura de trabalho. Além disso, um fator influente na ocorrência dessas práticas é o ambiente. As instalações e infraestruturas dos serviços podem melhorar ou prejudicar a comunicação da equipe. As reuniões administrativas e/ou de discussão de casos, também são momentos em que ocorrem a prática colaborativa (WHO, 2010).

Em resumo, diferentes ferramentas estão disponíveis por meio da organização do processo de trabalho em saúde, para que ocorra o alcance ao modelo de atenção pretendido, que prioriza as necessidades de saúde e centraliza o cuidado no usuário (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). Sendo assim, as ferramentas que estão disponíveis são melhor utilizadas em espaços privilegiados de construção coletiva, não apenas um espaço físico, mas um espaço coletivo para inter-relação e construção coletiva.

Na área da saúde, espaço físico pode ser definido “como um território vivencial de relações interpessoais, onde as pessoas vivem, convivem, se relacionam, trabalham e que é construído num processo histórico, político, econômico e social” (PESSATTI; CARVALHO, 2009, p.74). Nesta dissertação utilizamos o termo espaços coletivos para nos referirmos a locais em que ocorrem ações conjuntas entre trabalhadores como consultas compartilhadas, trabalhos em grupo com a comunidade, visitas domiciliares, programa saúde na escola e reuniões de equipe.

Assim, surgem questionamentos em relação ao processo de trabalho das equipes que compõem a regional de saúde. Nas unidades de saúde da família os profissionais desenvolvem atividades conjuntas e possuem momentos que possibilitam o compartilhamento de informações entre diferentes campos de saberes propiciando o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais?

3. Objetivos

3.1 Geral

Nesse contexto, partindo desse interrogar emergiu o objetivo geral de compreender como ocorre a construção de práticas colaborativas no processo de trabalho interprofissional de unidades de saúde da família do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII.

3.2 Específicos

Como objetivos específicos o estudo buscou:

- Identificar espaços coletivos para realizações de práticas colaborativas interprofissionais;
- Caracterizar como as práticas colaborativas e o trabalho interprofissional ocorrem nesses espaços;
- Identificar quais as potencialidades e fragilidades para a construção de práticas colaborativas.

4. Marco Teórico

4.1 O trabalho interprofissional

O trabalho em saúde é uma produção sócio-histórica que é realizado por diversos sujeitos e trabalhadores em geral que possuem formação na área. É caracterizado pelo ato de cuidar, promover o bem-estar, em um dado contexto. Tem-se incorporado novas tecnologias e novos saberes que, mesmo sem alterar significativamente a produção do cuidado, vêm expondo a necessidade de reflexão e de criação de novos dispositivos para o campo da gestão e da formação em saúde (ESCALDA; PARREIRA, 2018) em busca da integralidade da atenção.

A integração das especialidades e das múltiplas profissões é imprescindível para o desenvolvimento da assistência, do cuidado integral e para responder às necessidades de saúde da comunidade (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Nesse sentido, o trabalho interprofissional é um dispositivo que pode ser definido como o desenvolvimento de uma prática que envolve diferentes profissionais de diferentes formações e que aprendem a trabalhar juntos, de maneira integrada combinando suas práticas de forma coesa (D'AMOUR *et al.*, 2008; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015; PEDUZZI *et al.*, 2020; REEVES *et al.*, 2010; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

A literatura descreve que existem distinções entre modalidades que integram o trabalho interprofissional e as categorizam de acordo com os níveis de integração, compartilhamento de valores, responsabilidades e objetivos, interdependência das ações, clareza dos papéis dos profissionais e identidade de equipe (REEVES *et al.*, 2010; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Nesse sentido Revees e colaboradores (2018) propõe uma abordagem contingencial, que esta baseada na finalidade do trabalho em equipe e em quais características e condições de trabalho os profissionais atuam.

Com base nessa abordagem, o trabalho interprofissional pode ser descrito em diferentes modalidades:

O trabalho em equipe é o modelo que possui maior atuação integrada dos profissionais, em que ocorre um intenso compartilhamento de valores, objetivos, identidade de equipe e intensa interdependência e integração das ações (REEVES *et al.*, 2010; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). A colaboração interprofissional, em que existe uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, os profissionais possuem a clareza dos papéis, responsabilidade compartilhada e certa interdependência das ações. Porém, a interação ocorre ocasionalmente. E o trabalho em rede, que é uma forma ainda mais flexível de trabalho interprofissional, todos os aspectos citados acima como características desta modalidade de trabalho são menos expressivos. A integração dos profissionais é mais esporádica e pode ocorrer também de forma virtual. Mas, mesmo assim, possuem uma integração em rede e existe a comunicação e colaboração (DOW *et al.*, 2017; PEDUZZI *et al.*, 2020; REEVES *et al.*, 2017; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Estas características do trabalho interprofissional, tem como objetivo ter ações resolutivas em atender as necessidades de saúde da população (AGRELI, 2017; REEVES, 2012; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013). E quando o trabalho em equipe é eficaz, possui ações integradas e efetivas na busca de atingir os objetivos comuns, o que faz com que ocorra maior satisfação no trabalho e, consequentemente, melhora do clima da equipe (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; SCHNEIDER; EHRHART; MACEY, 2013; TAWFIK *et al.*, 2017; WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Internacionalmente, diferentes estudos apoiam o desenvolvimento do trabalho interprofissional em saúde (D'AMOUR *et al.*, 2008; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015; PULLON *et al.*, 2016; REEVES, 2012; REEVES *et al.*, 2010; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; WEST; LYUBOVNIKOVA,

2013b) e no Brasil não é diferente (AGRELI, 2017; ESCALDA; PARREIRA, 2018; PEDUZZI, 2001; PEDUZZI; AGRELI, 2018; PEDUZZI *et al* 2020), muitos apresentam evidências que justificam a adoção desse dispositivo nos serviços de atenção primária (AGRELI, 2017; ESCALDA; PARREIRA, 2018;MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015; PULLON *et al.*, 2016; REEVES, 2012), os quais
apontam necessidades de mudança e intervenções para construção e manutenção dessa modalidade de trabalho.

Dessa forma, o trabalho interprofissional pode ser entendido como uma estratégia de ressignificação das ações e do cuidado em saúde, ressignificando as intervenções e práticas em saúde.

4.2 O conceito de colaboração

No Brasil, com início na década de 1970, começaram a ser desenvolvidas propostas indutoras em direção à integração ensino-serviço e ao trabalho em equipe (BATISTA; GONÇALVES, 2011; SILVA *et al.*, 2015). Em função da crescente complexidade das realidades e dos problemas de saúde, a colaboração é cada vez mais importante para o cuidado integral e efetivo.

Nessa prática os profissionais de saúde visam realizar o plano de cuidado com ações coletivas voltadas a tarefas comuns (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Desta forma os recursos são utilizados para atender às necessidades específicas da população e fornecer melhores cuidados primários à saúde (WHO, 2010).

Equipes integradas e efetivas não são suficientes para a melhoria do acesso e a qualidade da atenção em saúde, neste sentido, as práticas colaborativas e o trabalho em equipe de diferentes profissionais de um serviço ou de diferentes setores da rede de atenção estão sendo vistos de forma associada, em busca de um melhor cuidado (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Em se tratando de saberes interprofissionais o termo colaboração designa situações em que profissionais de diferentes formações querem trabalhar juntos para prestar uma melhor atenção à saúde da comunidade, mas reconhecem que querem reter certo grau de autonomia, já que tem seus próprios interesses (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). A prática colaborativa busca reduzir a competição entre os profissionais (D'AMOUR *et al.*, 2008) e promover a responsabilidade coletiva e a parceria interprofissional no cuidado em saúde (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

A fim de obter uma colaboração bem sucedida, podemos dividi-la em três determinantes: interacionais, que se associam às relações interpessoais e subjetivas, como a confiança, comunicação, respeito mútuo e a disposição para colaboração; organizacionais, que

dizem respeito a influência da estrutura (espaços coletivos), apoio institucional, organização do serviço, princípios e comunicação; e sistêmicos, relacionados a condições externas à equipe, ou seja, componentes políticos, culturais e profissionais (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005).

Para o desenvolvimento destas competências colaborativas, foram criados os quatro pilares da colaboração, que são: compartilhamento, parceria, interdependência e poder (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Todos os pilares se relacionam, no compartilhamento acontece a socialização dos conhecimentos, objetivos e metas da dinâmica do processo de trabalho das equipes. A parceria é a atuação conjunta de diversos profissionais em uma ação colaborativa, baseada na confiança e respeito mútuo, que daí emerge a interdependência das ações (BUSARI; MOLL; DUITS, 2017; D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Os quatro pilares citados só conseguem se desenvolver da melhor forma caso exista equilíbrio nas relações de poder, com confiança, respeito mútuo e relações horizontais, em que ocorra valorização dos membros da equipe são fundamentais para o desenvolvimento da colaboração (PARADIS; WHITEHEAD, 2015).

4.3 A prática colaborativa interprofissional

A construção das práticas colaborativas não se dá apenas com a participação dos profissionais da saúde, mas também de diferentes atores que fazem parte do processo de trabalho de maneira integrada (D'AMOUR *et al.*, 2008). Este é um processo dinâmico em que os profissionais aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, saberes e papéis de cada profissão. De forma coletiva a equipe define os objetivos comuns e realiza o planejamento das ações e dos cuidados de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Ou seja, o cuidado centrado no usuário é um elemento central da prática colaborativa interprofissional. Desta forma, ocorre a mudança de foco do cuidado, antes a doença no modelo biomédico hegemônico, para as necessidades de saúde dos usuários, na prática colaborativa interprofissional centrada no usuário (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Neste sentido, de acordo com a Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), temos como objetivo das práticas colaborativas interprofissionais:

> "Uma parceria entre uma equipe de provedores de saúde e um cliente em uma abordagem participativa, colaborativa e coordenada para a tomada de decisão compartilhada em torno de questões sociais e de saúde." (CIHC, 2010).

Desta forma, algumas competências foram apresentadas como essenciais para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais de maneira eficaz, são elas: 1- clareza dos papéis - cada profissional deve ter a capacidade de ouvir outros integrantes da equipe, para poder identificar quais são as contribuições de cada um, de acordo com seus conhecimentos e habilidades, a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários; 2- cuidado centrado no usuário/família/comunidade - é uma parceria entre a equipe e os usuários, que são empoderados sobre suas condições de saúde e contribuem na construção do plano de

cuidado de maneira colaborativa. A equipe valoriza e integra os conhecimentos dos usuários; 3- funcionamento/dinâmica de equipe - relações de trabalho com respeito mútuo, diálogo e confiança entre os membros da equipe e usuários; 4- liderança colaborativa - relações horizontais, com responsabilidades compartilhadas. A liderança é baseada na necessidade de conhecimentos específicos para determinada situação; 5- comunicação interprofissional - diz respeito à habilidade essencial de se comunicar de forma efetiva com profissionais de diferentes formações e com os usuários; 6- resolução de conflitos - os profissionais devem saber lidar com as divergências, saber interpretar as diferentes opiniões e realizar interações construtivas (CIHC, 2010).

Neste sentido, observamos que no contexto brasileiro, a prática colaborativa interprofissional vincula-se aos princípios e diretrizes do SUS, para culminar no atendimento das necessidades de saúde que são apresentadas pelo sujeito no momento do encontro com o trabalhador da saúde - centralizando o cuidado no usuário e em sua família, aproximando-se de estratégias que se vinculam mais à pessoa que à doença.

5 Materiais e Métodos

Para explorar a questão acima apresentada e alcançar os objetivos, optou-se por uma investigação exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando material empírico produzido por meio de entrevistas e dados secundários obtidos por plataformas do Ministério da Saúde, em base virtual de acesso público.

A pesquisa exploratória e descritiva é utilizada quando um problema é pouco conhecido, ou seja, quando as hipóteses não foram definidas com clareza - uma caracterização inicial do problema, sua classificação e definição (MINAYO, 2008).

Foi realizada análise estatística descritiva dos dados (SILVESTRE, 2007) referentes à caracterização dos espaços coletivos provenientes da avaliação do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) da atenção básica (AB), a fim de descrever e sumarizar o conjunto de dados.

Pelo caminho da pesquisa qualitativa, o tratamento dos dados e interpretação no movimento de tessitura de inferências, as categorias propiciam uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo pesquisado, visando, por meio de métodos e critérios oferecer informações que possibilitam realizar pré-análise, codificação, interpretação e inferências dos dados (BARDIN, 2016)

Na perspectiva da pesquisa qualitativa, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado em uma perspectiva integrada (MENDES, 2018). Portanto, o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do

fenômeno. A pesquisa qualitativa trabalha com a realidade que não pode ser quantificada, ou seja, com as relações, fenômenos, crenças, valores e atitudes (MINAYO; COSTA, 2018).

Adotamos elementos da análise de conteúdo de Laurence Bardin (2016) como técnica para tratamento dos dados referentes às entrevistas, com embasamento teórico do trabalho interprofissional e práticas colaborativas.

Para Bardin (2016) o termo análise de conteúdo designa:

> "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2016, p. 47).

A técnica de análise de conteúdo se refere ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, quanto dos manifestos. As entrevistas foram transcritas e o conteúdo analisado através de leituras flutuantes de todo o material, para verificar os aspectos importantes para as próximas fases, ou seja, foram analisados e as impressões sobre o texto emergiram.

Posteriormente, foram realizadas várias leituras de todo o material coletado, visando apreender de uma forma global as principais ideias e os significados gerais. As leituras iniciais promovem uma visão geral, que permite ao pesquisador transcender a mensagem explícita e, de uma forma menos estruturada, conseguir verificar indícios não óbvios (CAMPOS, 2004).

Após essas leituras, o texto selecionado foi categorizado de maneira não apriorística, ou seja, as categorias emergiram totalmente do contexto das respostas dos participantes da pesquisa.

5.1 Aspectos Éticos

Antes de ser tramitado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, o projeto foi submetido para apreciação da diretoria do DRSXIII (Anexo 1), obteve aprovação unânime em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) com gestores de todos os municípios pertencentes. Como também autorização da Comissão de Avaliação Projetos Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Anexo 2).

Após obtenção da carta de anuência do DRSXIII/CIR e CAPP foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, sendo aprovado sob o parecer nº 4.574.817 e CAAE nº 41142820.0.0000.5393 (Anexo 3).

Os dados secundários utilizados nesta dissertação são de domínio público, assim sendo não necessitaram de aprovação prévia do CEP.

5.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada com equipes das unidades de saúde da família (USF) da DRSXIII - Ribeirão Preto, que conta com 26 municípios que estão subdivididos em três regiões de saúde: Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani e Horizonte Verde (Quadro 1).

Quadro 1 – Relação dos municípios do DRS XIII por região e número de equipes de saúde da família que participaram do 3º ciclo de avaliações PMAQ – Avaliação Externa

Vale das Cachoeiras		**Aquífero Guarani**		**Horizonte Verde**	
Municípios	**Equipes**	**Municípios**	**Equipes**	**Municípios**	**Equipes**
Altinópolis	6	Cravinhos	0*	Barrinha	2
Batatais	2	Guatapará	0*	Dumont	0*
Brodowski	3	Jardinópolis	3	Guariba	1
Cajuru	6	Luís Antônio	1	Jaboticabal	8
Cássia dos Coqueiros	1	Ribeirão Preto	39	Monte Alto	3
Santa Cruz da Esperança	1	Santa Rita do Passa Quatro	0*	Pitangueiras	2
Santo Antônio da Alegria	2	Santa Rosa de Viterbo	1	Pontal	8
		São Simão	0	Pradópolis	1
		Serra Azul	3	Sertãozinho	1
		Serrana	5		

Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde - https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/

*: Município sem equipes de saúde da família na lista final de certificação do 3º ciclo de avaliações PMAQ – Avaliação Externa

5.3 Participantes do Estudo

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Neste contexto, temos instituído pela portaria de nº 1654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, o PMAQ[2]. Seu objetivo, como o próprio nome diz, é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a

[2]Nota Explicativa: nesta dissertação adotamos o termo Atenção Básica quando nos referimos aos dados referentes ao PMAQ, pois é a nomenclatura utilizada pelo programa. Porém, nas demais ocasiões utilizamos Atenção Primária à Saúde, por se tratar do termo utilizado internacionalmente.

permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O PMAQ está dividido em quatro fases:

- Adesão e Contratualização: etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica com os gestores municipais;
- Desenvolvimento: ações das equipes da atenção básica com o intuito de promover melhoria da gestão e do cuidado. Apoiada em quatro dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional);
- Avaliação Externa: conjunto de ações que averiguaram as condições de acesso e de qualidade das unidades que aderiram ao programa;
- Recontratualização: pactualização entre as equipes e os municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade.

Neste estudo, utilizamos as informações referentes aos resultados da avaliação externa, terceira fase do PMAQ para caracterização dos municípios da região em relação a utilização de reuniões e espaços coletivos na organização do processo de trabalho com potencial para desenvolvimento das práticas colaborativas. Os dados foram obtidos item a item por meio da plataforma digital de acesso público, do Ministério da Saúde, e-Gestor AB. Foram coletados os dados referentes ao módulo II, denominado “Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde”, do instrumento de avaliação externa, que por sua vez se divide em 3 grupos: Reunião de Equipe (Itens: II.8.1 - A equipe realiza reunião de equipe? e II.8.2 - Periodicidade das reuniões); Planejamento (Itens: II.8.3 - A equipe realiza atividade de planejamento das suas ações? e II.8.4 - Periodicidade das atividades de planejamento); Apoio à equipe (Itens: II.8.9 - Equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da secretaria municipal de saúde?, II.3.1 - A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados

complexos? e II.19.3.4 - Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS?).

Para atingir os objetivos propostos nesse estudo, como parâmetro para selecionar a equipe participante de cada município pertencente ao DRS XIII, foi utilizada a lista de certificação de equipes participantes do 3º ciclo, cujas certificações são divididas em: desclassificada, insatisfatória, ruim, regular, bom, muito bom e ótimo.

Através da plataforma e-Gestor – Atenção Básica é possível encontrar os relatórios públicos do Ministério da Saúde e adentrar no campo que contém os dados referentes ao PMAQ. Nesse sítio, temos acesso aos retratos da atenção primária à saúde – 3º ciclo, onde pudemos acessar o desempenho das equipes, para assim realizar a seleção dos participantes.

Nessa fase, detectou-se que 5 municípios (Jardinópolis, Ribeirão Preto, Monte Alto, Pitangueiras e Sertãozinho) possuíam mais de uma equipe com o mesmo conceito, então foi solicitado para que o gestor de cada município designasse qual equipe participaria do estudo.

Feita a seleção das equipes participantes, as equipes foram contactadas por e-mail ou telefone e foi realizada a explanação do projeto de pesquisa e orientações sobre os procedimentos a serem realizados ao gerente da unidade ou ao enfermeiro. E então, foi solicitado que indicasse um membro da equipe a ser entrevistado, preferencialmente uma pessoa que havia participado da avaliação externa do PMAQ; caso esta pessoa não estivesse mais fazendo parte da equipe atual, poderia ser designado outro membro que tivesse maior apropriação sobre as atividades da equipe.

Previamente a realização das entrevistas com os participantes selecionados, optamos por fazer duas entrevistas pilotos, que não entraram no conteúdo analisado nesta pesquisa, com enfermeiras que trabalham em unidades de Saúde da Família da rede de atenção à saúde de Ribeirão Preto.

Tendo atingido os objetivos esperados nas entrevistas pilotos, iniciamos a realização das entrevistas, de forma on-line, através da plataforma digital Google Meet, por um único pesquisador, o tempo estimado de duração de cada entrevista foi de 30 minutos. Foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas e analisadas. Neste momento, o participante teve a oportunidade de refletir sobre o processo de trabalho de sua equipe.

Posteriormente, entramos em contato com o membro designado pelo gerente por e-mail e telefonema para agendamento da entrevista. No e-mail estava anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) que explica a finalidade do projeto, possíveis riscos e benefícios do aceite em participar, além dos direitos como participante da pesquisa. Esse documento foi lido, assinado e encaminhado de volta ao pesquisador, pelos indivíduos que aceitaram participar do estudo.

O participante selecionado participou de uma entrevista utilizando-se de roteiro semiestruturado (Apêndice 2) constituído de duas partes: na primeira foi realizada a caracterização dos participantes, como sexo, idade, formação profissional, há quanto tempo trabalha na atenção básica, quanto tempo está na equipe, vínculo empregatício, jornada de trabalho. E a segunda, explorou o tema do estudo, ou seja, o participante foi convidado a falar sobre o trabalho da equipe em sua unidade, se existem reuniões/espaços para discussão sobre planejamento e processo de trabalho, como ele percebe a colaboração entre os membros para o planejamento e execução de ações de saúde.

Desta forma foi possível conhecer melhor a rotina de trabalho das unidades, os espaços coletivos, o entendimento dos participantes sobre o conceito do trabalho interprofissional, seu desenvolvimento nas unidades e as estratégias relacionadas às equipes e a assistência.

Todas as entrevistas transcorreram normalmente, sem necessidade de abandono ou interrupção das mesmas, como estratégias para manejar situações de desconforto ou constrangimento por parte dos participantes. Foi mantido sempre o respeito à liberdade de

participação.

O estudo deu a oportunidade ao entrevistado de refletir sobre aspectos relacionados à sua formação, sobre seu processo de trabalho e contribuições para a construção e fortalecimento das atividades interprofissionais e práticas colaborativas em seu serviço. Além disso, pode haver o reconhecimento de limites e desafios deste contexto.

6. Resultados

6.1 Caracterização do cenário do estudo segundo os dados do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica

Ao analisar as informações fornecidas pelo sistema de informação, foi observado que 5 municípios, dos 26 pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, não possuem dados nos indicadores dos relatórios públicos da plataforma e-Gestor AB, referentes ao PMAQ e não estão presentes na lista final de certificações da avaliação externa da 3ª fase do PMAQ. Isso se deve ao fato de não possuírem equipes com a certificação mínima exigida ou não possuírem equipes de ESF.

Em relação aos 21 municípios com informações nas bases de dados, somam um total de 127 equipes que trabalham na atenção básica - Equipes de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Destas, 120 equipes responderam ao questionário da avaliação externa do PMAQ e 7 equipes foram desclassificadas por se recusarem a responder a avaliação ou não cumprirem os padrões obrigatórios exigidos.

6.1.1 Cobertura populacional da ESF

Das 120 equipes de atenção básica que responderam a avaliação, o DRS XIII, em suas três regiões, possui 99 equipes de ESF, com as seguintes coberturas populacionais:

Vale das Cachoeiras: possui uma cobertura de 69,61% da população, aproximadamente 96.749 habitantes. Como destaques positivos, os municípios de Altinópolis, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antônio da Alegria com 100% de cobertura de ESF e Cajuru com 94,13%. Também nesta região, Brodowski e Batatais com 57,28% e 50,50% respectivamente.

Aquífero Guarani: é a região com a maior população coberta por ESF em número populacional. Possui 25,11% de cobertura, que corresponde a cerca de 228.045 habitantes. Temos os seguintes percentuais de cobertura de ESF: Jardinópolis - 48,25%, Luís Antônio - 24,61%, Ribeirão Preto - 22,30%, Santa Rosa de Viterbo - 26,47%, Serra Azul - 74,95% e Serrana - 31,51%. Também nessa região, porém sem dados dos indicadores PMAQ, Cravinhos – 39,83%, Guatapará – 45,72%, Santa Rita do Passa Quatro – 25,01% e São Simão – 0%.

Horizonte Verde: é a região com menor cobertura de ESF, com 25,03%, em torno de 109.365 habitantes. Dos 9 municípios, apenas Dumont não possui dados dos indicadores PMAQ e possui 36,44% de cobertura. Os demais são Barrinha – 32,42%, Guariba - 17,59%, Jaboticabal – 39,20%, Monte Alto – 47,48%, Pitangueiras 26,61%, Pontal – 57,94%, Pradópolis – 16,82% e Sertãozinho com a menor cobertura da DRS XIII com 2,81%.

6.1.2 Indicadores PMAQ

Buscou-se também a existência e caracterização de espaços coletivos na organização do processo de trabalho das equipes, utilizando alguns indicadores obtidos pelo PMAQ, sendo

eles: Reunião de Equipe (Se a equipe realiza reuniões e qual a sua periodicidade), Planejamento (Se a equipe realiza reuniões de planejamento e qual a sua periodicidade) e Apoio (Se a equipe recebe apoio institucional da secretaria de saúde, de algum profissional para auxiliar em casos complexos e apoio matricial do NASF). Esses indicadores são importantes como critério de avaliação porque possibilitam analisar como as equipes se organizam em seu processo de trabalho e se possuem momentos que têm potencial para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais. Em relação aos municípios que participaram da pesquisa os resultados obtidos foram:

Reunião de Equipe

Dos 21 municípios analisados, 19 tiveram 100% de respostas *Sim*, ou seja, realizam reuniões de equipe. O município de Ribeirão Preto obteve 94,87% de respostas *Sim* e apenas um município, Guariba, possui 100% de respostas *Não*.

No que diz respeito à periodicidade, 14 municípios realizam reuniões semanalmente, 1 realiza quinzenalmente, 2 mensalmente, 3 sem periodicidade definida e 1 possui 50% de suas reuniões semanalmente e 50% mensalmente.

Planejamento

Os dados relativos às atividades de planejamento das ações pela equipe mostram que 19 municípios as realizam integralmente, em um apenas metade das equipes faz planejamento e um município não realiza.

A periodicidade de realização desse planejamento variou com 8 municípios que realizam majoritariamente atividades semanais, 3 mensais, 2 anuais, 1 semanal/mensal, 2

semanais/quinzenais/mensais, 1 semanal/semestral, 1 quinzenal/mensal, 1 quinzenal/bimestral, 1 mensal/anual e 1 não realiza atividades de planejamento.

Apoio à equipe

A grande maioria dos municípios, 20, estudados recebe o apoio institucional. Apenas o município de Guariba possui metade de suas equipes que responderam de forma positiva e metade negativamente esse item.

Todos os 21 municípios participantes da avaliação responderam positivamente essa questão, ou seja, 100%.

Com relação ao movimento de a ESF acionar a equipe do NASF para algum apoio, 15 municípios responderam que não acionam, enquanto 6 responderam que sim a este item. Um fato que pode justificar a resposta negativa é a ausência de equipes NASF na maioria dos municípios estudados, apenas 3 possuem.

6.2 Diálogo com os profissionais

Para explorar como as ESF desenvolvem o trabalho interprofissional, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, cujo conteúdo segue apresentado.

Participaram 17 profissionais de saúde, destes 14 são enfermeiras(os), 2 agentes comunitários de saúde e 1 médico. Todos os profissionais possuíam experiências de trabalho anteriores ao desenvolvido na ESF em que estavam no momento da realização das entrevistas. Em relação ao tempo em que trabalham na equipe, variou de 6 meses a 13 anos e a idade dos participantes de 25 a 62 anos.

Durante a análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas: desenvolvimento do trabalho interprofissional, aspectos relacionados à equipe e pandemia como modificadora da prática.

Na primeira categoria, desenvolvimento do trabalho interprofissional, foi abordado o entendimento dos entrevistados sobre o trabalho interprofissional, e características citadas como facilitadoras para seu desenvolvimento, aspectos relacionados a infraestrutura, tempo de trabalho na equipe e quais as potencialidades ou influências sobre o desenvolvimento do trabalho interprofissional. Durante o período de análise, observamos outros contornos e dimensões que não possibilitavam a separação em outra categoria, pela vinculação textual, mas necessitavam de um outro destaque - emergindo do processo interpretativo subcategorias: Trabalho Interprofissional na perspectiva dos participantes**,** facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional; espaços coletivos; tempo em que a equipe trabalha junto.

Na segunda categoria, aspectos relacionados à equipe, como seu próprio nome descreve, abordamos características dos processos de trabalho das equipes do DRS XIII se relacionam com os conceitos, pilares e competências da prática colaborativa interprofissional. Da mesma forma que a categoria anterior, optamos pela divisão em subcategorias: comunicação, articulação, estímulo e união para a realização da prática colaborativa interprofissional, necessidade de formação, apoio, valorização da equipe e a que distância estamos da prática centrada no usuário.

E na terceira e última categoria, Pandemia como modificadora da prática, apresentamos as alterações do cotidiano das equipes que aconteceram após as restrições vivenciadas nesse período e de que forma as práticas colaborativas interprofissionais foram impactadas.

6.2.1 Desenvolvimento do trabalho interprofissional

Nesta primeira categoria apresentaremos o entendimento das(os) entrevistadas(os) sobre conceito de trabalho interprofissional, e características como infraestrutura, espaços coletivos e tempo de serviço na equipe, e de que forma eles influenciam no desenvolvimento dessa modalidade de trabalho.

Essa influência ocorre pelo fato de possuírem características inerentes aos profissionais, organização do trabalho ou infraestrutura, que podem propiciar momentos e oportunidades com potencial para o desenvolvimento do trabalho interprofissional

6.2.1.1 Trabalho Interprofissional na perspectiva dos participantes

Durante a etapa de análise das entrevistas foi possível observar que existe grande divergência entre os participantes em relação ao conceito de trabalho interprofissional. Como descrevemos em tópicos anteriores desta dissertação, esse conceito está relacionado a uma prática harmônica e coesa entre os profissionais de diferentes áreas.

De maneira geral, ao serem questionados sobre a rotina de trabalho da equipe, os entrevistados se consideraram como executores do trabalho interprofissional.

"*Acontece troca de conhecimento. A gente conversa bastante aqui sobre tudo, sobre o que elas veem nas ruas, elas trazem um monte de coisas. Então a gente conversa bastante sobre tudo aqui.*" (Entrevista 4 - 05/05/2021);

"*Acho que é porque é o momento que a gente consegue discutir a opinião de cada um, de todos os profissionais para saber até onde a gente pode chegar. Para saber qual é o melhor*

método, passando por nós todos, para a gente conseguir nosso objetivo que é uma melhor assistência para o paciente." (Entrevista 10 - 10/05/2021);

"*Não fica um problema para só um profissional, todos se envolvem. Todo mundo se envolve para resolver, para ajudar aquela família. Porque a estratégia de saúde da família é isso."* (Entrevista 12 - 26/05/2021);

Nos fragmentos acima, as(os) entrevistadas(os) demonstraram que as ações de suas equipes se desenvolvem de forma interprofissional, existe uma aproximação dos profissionais, diálogo, interdependência das ações e a corresponsabilização do cuidado.

Algumas entrevistadas(os) relataram seu trabalho como interprofissional, porém através de suas falas, podemos observar que existe uma fragmentação do trabalho. Apesar de existirem diferentes profissões em um mesmo espaço, não ocorre integração dos saberes:

"*Porque é nesses momentos que a gente agrega o conhecimento técnico de cada uma dessas profissões. Então, em um grupo por exemplo, a gente combina, a enfermeira vai fazer os exames dos pés, a médica vai explicar os exames, os agentes comunitários vão entregar o panfleto sobre a informação da doença, então cada um com o seu conhecimento técnico contribui para aquele atendimento*." (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*É porque envolvem várias profissões né, então envolve o técnico, enfermeiro, agente comunitário e dependendo da avaliação passa para psicóloga, nutricionista."* (Entrevista 9 - 18/05/2021).

6.2.1.2 Facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional

Nesta subcategoria os depoimentos demonstram situações em que os profissionais relatam alguns elementos subjetivos e objetivos, facilitadores da interação entre os membros da equipe.

Dentre os elementos subjetivos que foram identificados como facilitadores para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, destaca-se a amizade, união entre os membros da equipe, vontade em trabalhar e o respeito:

"*A gente é muito aberto aqui, é muito companheiro, sabe? Eu acho que essa amizade facilita bastante a conversa, a gente tem aquela liberdade de conseguir conversar, de trazer os problemas, as vezes de chamar atenção*" (Entrevista 4 - 05/05/2021);

"*Pra mim a equipe tem que estar unida. Eu acho que é isso, tem que ser essa união em primeiro lugar, se não o trabalho nunca será bem realizado*." (Entrevista 8 - 12/05/2021);

"Nós somos uma equipe muito unida, eu não tenho problema com eles. Eles são muito competentes. Tudo o que é delegado, é muito bem feito. Eu acho que isso facilita também." (Entrevista 14 - 09/06-2021);

"*Facilitador é a vontade das pessoas em trabalhar, de atuar da melhor maneira possível*." (Entrevista 10 - 20/05/2021).

"*O respeito. O respeito um com o outro. O espaço. Ninguém é melhor que ninguém, mas o respeito eu acho que é muito importante. O respeito e a educação*." (Entrevista 17 - 08/07/2021).

Como elementos objetivos, pudemos identificar a comunicação, horário reservado para as reuniões de equipe, com agendas bloqueadas para sua realização. A comunicação efetiva, é um dos pilares e determinantes da colaboração interprofissional e fundamental para o

desenvolvimentode comportamentos colaborativos. Aqui, ela surge como um facilitador para seu desenvolvimento:

"*Acontece troca de conhecimento. A gente conversa bastante aqui sobre tudo, sobre o que elas veem nas ruas, elas trazem um monte de coisas. Então a gente conversa bastante sobre tudo aqu*i." (Entrevista 4 - 05/05/2021).

Em outra entrevista, a participante relata que a comunicação causou uma melhora do ambiente de trabalho.

"*Vi outros períodos que eu não estava, que não tinha essa comunicação e depois que passou a ter, melhorou cem por cento o dia de trabalho, a comunicação com o paciente, a comunicação dentro do ambiente de trabalho.*" (Entrevista 11 - 24/05/2021).

Nesta categoria em que elementos subjetivos e objetivos, são facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional, as reuniões de equipe ganharam grande destaque. As equipes demonstraram que o momento da reunião é um importante espaço no processo de trabalho, em que é possível desenvolver a interprofissionalidade e o planejamento das atividades.

"Eu cheguei na unidade e essa reunião não acontecia, uns três anos pra gente conquista-la e isso foi um facilitador enorme. Então ter esse momento, uma vez por mês, para parar a unidade foi uma potência, é muito importante para que a gente tenha essa multiprofissionalidade." (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"Eu acho que a reunião semanal é uma boa ferramenta [...] é um dos pontos chaves para a gente direcionar como vai ser a semana, nosso convívio e nosso trabalho." (Entrevista 9 - 18/05/2021).

Ainda sobre as reuniões de equipe, a dedicação exclusiva no período da sua realização nas agendas dos profissionais e a infraestrutura das unidades, favorecem seu desenvolvimento:

"Todo mundo tem a agenda fechada, a gente fala que é bloqueada e é combinado entre a equipe tentar evitar sair da unidade pra gente tentar evitar sair da reunião." (Entrevista 7 - 10/05/2021).

"Eu sempre achei a equipe bem receptiva nas reuniões. Querendo ou não, a gente tem que tirar um tempo para isso, então a equipe é muito receptiva para fazer essas reuniões, e isso facilita o trabalho. Bom eu acho que a gente sempre teve o incentivo da coordenação, incentivam a gente a fazer as atas, anotar tudo o que foi falado, também facilita. Eu acho que o espaço físico da nossa unidade também é bom." (Entrevista 13 - 27/05/2021).

6.2.1.3 Espaços Coletivos

Para que ocorra a comunicação e a integração da equipe, espaços em que os profissionais compartilham seus conhecimentos, discutem sobre o processo de trabalho, atuam de forma conjunta, são fundamentais para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais. Durante as entrevistas diversos espaços coletivos foram citados e observados grandes potencialidades para o desenvolvimento de ações colaborativas conjuntas da equipe e comunidade.

No espaço físico das unidades de saúde da família as equipes que participaram do estudo realizam reuniões em seu processo de trabalho:

"*Nessas reuniões a gente discute tantos casos de família, quanto processo de trabalho, como algumas coisas relacionadas ao próprio dia a dia mesmo."* (Entrevista 7 - 10/05/2021);

Então é discutido tudo nessa reunião." (Entrevista 9 - 18/05/2021).

Os momentos de reunião são de grande importância, pois além de serem discutidos assuntos internos da equipe, os entrevistados relataram que são nesses espaços coletivos que também acontecem encontros com apoiadores da USF, matriciamento e com diferentes gestores e coordenadores do município, promovendo a intersetorialidade:

"*A gente tinha uma reunião de rede. Que a gente se reunia também os coordenadores de todo o município, da escola, do CRAS, a assistente social, psicólogos e todas as diretoras das escolas da cidade."* (Entrevista 14 - 09/06/2021).

"E tem a reunião das equipes que é uma vez no mês né. E na psiquiatria com toda equipe do PSF que é uma vez por mês." (Entrevista 17 - 08/07/2021).

As consultas compartilhadas, também são tratadas como espaços coletivos nesse projeto, nelas os atendimentos são realizados por profissionais de diferentes áreas que, conjuntamente com o usuário, definem o plano de cuidado de forma compartilhada. Somente dois participantes relataram que existe essa modalidade de consulta em sua unidade, porém, não é possível saber como eram esses momentos e se a consulta era realizada de forma colaborativa ou se havia uma divisão técnica do trabalho:

"Eu faço consulta compartilhada com a médica, ela fica dentro da sala comigo. A dentista também costuma participar." (Entrevista 2 - 19/04/2021);

"Olha, eu com a médica, a gente faz algumas consultas compartilhadas." (Entrevista 6 - 10/05/2021).

As unidades de saúde da família também têm em sua rotina de trabalho grupos com a comunidade. Nesses momentos são desenvolvidas atividades de prevenção e promoção de

saúde, no caso das equipes do estudo, atividades com hipertensos, diabéticos, gestantes e puérperas:

"*Faz grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos [ ] A gente faz também, duas vezes no ano saúde da mulher.*" (Entrevista 2 - 19/04/2021);

"*Terça-feira à tarde era o dia reservado para fazer os grupos, hiperdia, grupo com as gestantes.*" (Entrevista 6 - 10/05/2021).

Na maioria dos casos, os grupos eram coordenados por um único profissional sem a integração da equipe. No caso citado em que mais de um profissional participa do grupo, acontecem encontros separados com a comunidade, não ocorrendo a integração dos diferentes profissionais no desenvolvimento:

"*Então a gente tinha grupo de hipertensos, a gente fazia grupos, reuniões, com o enfermeiro, o dentista, as fisioterapeutas, então toda a equipe multidisciplinar fazia essas reuniões, tanto com os grupos de hipertensos, as gestantes, puérperas.*" (Entrevista 13 - 27/05/2021). Não foi possível analisar de que forma eram conduzidos esses grupos.

No mesmo sentido do relato acima, a presença de diferentes profissionais na realização dos grupos, não garante que esteja ocorrendo o desenvolvimento de trabalho interprofissional. Podemos observar que os profissionais se articulam para a realização do grupo, porém a fala dá indícios de que seu desenvolvimento é de forma fragmentada:

"Então, em um grupo por exemplo, a gente combina, a enfermeira vai fazer os exames dos pés, a doutora vai explicar os exames, os agentes vão entregar o panfleto sobre a informação da doença, então cada um com o seu conhecimento técnico contribui para aquele atendimento." (Entrevista 7 - 10/05/2021).

Além dos muros da USF, também existem espaços coletivos que têm grande potencial para o desenvolvimento da colaboração. Entre eles as visitas domiciliares (VD) e o Programa Saúde na Escola (PSE). A VD é parte do processo de trabalho na ESF, essa atividade rotineiramente é realizada pelos agentes comunitários, porém a participação de outros integrantes da equipe é fundamental, bem como no planejamento dessas visitas, que geralmente ocorre nas reuniões de equipe:

"*Outro momento em que as vezes a equipe se une para fazer atividades, são as atividades coletivas, e especificamente as visitas domiciliares.*" (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"A gente faz visita domiciliar, nelas vão a médica, a técnica de enfermagem e a ACS." (Entrevista 12 - 26/05/2021);

"As visitas domiciliares a gente também fazia multidisciplinar, dependia muito da necessidade familiar." (Entrevista 13 - 27/05/2021);

"Os agentes fazem as visitas todos os dias, mesmo com a pandemia, a gente toma todas as medidas de precaução. A visita pela equipe multiprofissional, que é comigo, o médico e um técnico ou uma auxiliar de enfermagem, é toda terça feira à tarde." (Entrevista 15 - 09/06/2021).

No caso do PSE, o planejamento das atividades também é realizado nas reuniões de equipe. Esta é uma ação intersetorial, entre as áreas da saúde e educação. Nos fragmentos das entrevistas, é possível perceber que as ações realizadas nas escolas, surgiram através de demandas da direção da escola, de maneira com que os assuntos abordados nas atividades fossem significativos para os estudantes e sua realidade. Como também, dessa forma é possível observar que esta relação apresenta potencial elevado para o desenvolvimento da colaboração em rede:

"*A gente vai na escola, pergunta o que a diretora, os professores desejam naquele momento, os assuntos que eles desejam naquele momento né, aí a gente faz a palestra, orienta."* (Entrevista 2 - 19/04/2021);

"Na escola a gente vai, tem a saúde na escola. Campanhas de vacina a gente consegue fazer dentro das escolas. Essa questão do grupo de saúde mental foi uma proposta da diretora da escola." (Entrevista 10 - 20/05/2021).

6.2.1.4 Tempo que a equipe trabalha junto

Nesta subcategoria, buscamos analisar se o tempo em que a equipe trabalha junto e a rotatividade dos profissionais poderia impactar no desenvolvimento do trabalho interprofissional. Podemos observar que existe uma maior rotatividade de profissionais médicos do que de outras profissões:

"*O médico está pelo mais médicos, muda bastante. Desde que estou aqui, já está no terceiro.*" (Entrevista 3 - 19/04/2021);

"*A médica tem quatro meses, a rotatividade é alta por conta do vínculo do médico.*" (Entrevista 5 - 10/05/2021).

Alguns entrevistados relatam que a equipe trabalha junto há muito tempo, e esse fato faz com que eles tenham mais confiança nos colegas de trabalho, o que gera maior vínculo, confiança e consequentemente melhores resultados e colaboração entre os membros:

"Como a gente é uma equipe que faz tempo que está aqui, isso cria um vínculo muito grande e esse trabalho interprofissional ajuda, porque se eu estou com dúvida em alguma coisa, a outra pode estar suprindo essa minha necessidade, com isso a gente trabalha melhor,

a gente consegue ter melhores resultados, com todo mundo ajudando.” (Entrevista 12 - 26/05/2021).

“Entrevistador: E o que você acha disso de vocês trabalharem há tanto tempo juntos? E12: Nossa senhora, é uma confiança que elas têm em mim e eu tenho nelas. Elas sabem que o que elas não conseguem resolver, elas vêm em mim que eu vou ajudar elas. Então assim, é bastante confiável, um vínculo bacana. Então elas conhecem através do meu olhar que eu estou precisando de alguma coisa.” (Entrevista 12 - 26/05/2021).

6.2.2 Aspectos relacionados à equipe

Nessa segunda categoria, incluímos resultados que demonstram características relacionadas ao processo de trabalho da equipe, como a necessidade de formação, que inclui momentos de educação continuada e/ou permanente e a forma em que são desenvolvidas essas atividades na rotina da equipe. Também estão presentes como subcategorias a valorização dos profissionais e situações do processo de trabalho das equipes, como fatores que têm potencial e influenciam no desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais; formas alternativas de comunicação e a articulação da equipe de forma colaborativa interprofissional; e de que forma as equipes estão trabalhando, caminhando no sentido da prática centrada no usuário ou ainda com características do modelo biomédico hegemônico.

6.2.2.1 Comunicação

A comunicação é um componente fundamental para o desenvolvimento do trabalho colaborativo interprofissional, porque para que ocorra essa modalidade de trabalho, os profissionais de diferentes formações precisam interagir e discutir os planos de cuidado e o processo de trabalho da equipe.

Esse diálogo pode acontecer de diversas formas, pode se limitar a uma troca de informação informal ou em momentos formais de discussão. Nas entrevistas realizadas, os profissionais lançam formas de diversas estratégias de comunicação, seja por meio dos prontuários dos pacientes, ou através do uso de tecnologia com softwares de troca de mensagens:

"*A gente instalou há uns três anos, a gente instalou um chat interno, que é específico da unidade, não é aberto a qualquer um que logar no chat. A gente distribui o nome dos locais pelos computadores que ele fica, assim a gente se organiza e também se comunica através desse chat.*" (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"Em relação ao trabalho no dia a dia em equipe, a gente usa bastante, quando não é o momento da reunião de equipe, a gente usa o prontuário de família como uma forma de se comunicar." (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*Neste grupo a gente tinha uma parceria com o grupo Pic vivo, às vezes eles vinham aqui. Vieram duas vezes. Mas a gente tinha esse contato e trocava experiências por telefone, whatsapp."* (Entrevista 10 - 20/05/2021). Neste caso, a equipe utiliza um aplicativo de celular que faz trocas de mensagens instantâneas, para se comunicar com trabalhadores que desenvolvem grupos com a comunidade.

6.2.2.2 Articulação

A fim de atender às novas e complexas necessidades de saúde da população, é imprescindível que os profissionais de saúde se articulem na prática do cuidado. Nesse sentido, a troca de conhecimentos e saberes em momentos de encontro dos profissionais, em espaços coletivos da ESF, contribui para a efetivação desse modelo de saúde e para buscar a superação da fragmentação do trabalho e da individualização, pregada pelo modelo biomédico.

Nas entrevistas é possível identificar que os momentos de reunião de equipe são os que mais ocorrem a articulação dos profissionais, com troca de saberes:

"*A gente sempre tenta resolver na reunião de equipe né, e cada um põe seu ponto de vista, e a gente tenta chegar em um ponto comum*". (Entrevista 2 - 19/04/2021);

"É o momento que a gente consegue discutir a opinião de cada um, de todos os profissionais para saber até onde a gente pode chegar. Para saber qual é o melhor método, passando por nós todos, porque o paciente passa desde a recepção até a médica. Então é o momento para a gente conseguir nosso objetivo que é uma melhor assistência para o paciente." (Entrevista 11 - 24/05/2021).

Além da discussão de planos de cuidado dos pacientes, esses momentos também são relatados como de grande importância para planejamento e avaliação das atividades, o que também influencia no clima da equipe:

"Ela faz dinâmica nessas reuniões, para levantar algum tema, tipo, discordância de pensamento da equipe. Querendo ou não, é uma equipe grande como você falou, de vez em quando isso é natural que se gere algum conflito, então a gente faz dinâmicas para a equipe pensar no contexto geral para ver o que a gente pode mudar no contexto pessoal e geral para ver o que a gente pode melhorar como equipe né." (Entrevista 9 - 18/05/2021);

"Então a gente tem uma rotina para reunir aqui toda a equipe, às vezes até o psicólogo participa das reuniões, faz alguma atividade para interagir." (Entrevista 14 - 09/06/2021);

"Porque é um momento que você reserva com a equipe para a gente alinhar todos os pontos. E deixar o gerenciamento melhor, a convivência melhor, tanto para o funcionário e os munícipes." (Entrevista 15 - 09/06/2021).

Por outro lado, um dos entrevistados relata a dificuldade de articulação de sua equipe, principalmente em momentos de reunião de equipe: "*Elas têm que reunião sempre é ruim ou para chamar atenção de alguém. Mas acho que também é não acreditar no trabalho, tipo, porque vai fazer reunião? Não vai mudar nada, não vai melhorar nada"; "As reuniões de equipe são bem difíceis da gente conseguir aqui, porque parece que é um bicho de sete cabeças. Na hora que eu falo "Ah vamos fazer reunião", parece que algum [ ] a gente até desanima né."* (Entrevista 3 - 19/04/2021).

Algumas outras dificuldades de articulação da equipe foram citadas em outras entrevistas, como a falta de recursos humanos: "*Funcionário. O quadro de funcionários está muito difícil."* (Entrevista 12 - 26/05/2021); a falta de interação da equipe, em que os profissionais estão isolados na sua prática: "*A reunião de equipe é feita só com os agentes, ta? A gente não faz com as dentistas, as fonos. O serviço delas é meio, assim, separado do meu do nosso*." (Entrevista 4 - 05/05/2021); e a dificuldade de reunir os profissionais pois possuem cargas horárias distintas: "*Os horários, cada um de nós tem um horário diferente. Associar esses horários acaba dificultando um pouco."* (Entrevista 16 - 09/06/2021).

A participação de todos profissionais da equipe fortalecem os momentos de reunião, propiciando maior articulação entre eles:

"*Então, quando a gente faz essas reuniões é para trabalhar interprofissionalmente, passando caso a caso, estudando os casos, principalmente sobre a saúde mental. Então tem*

uma interação bem grande minha como enfermeiro, com a médica e a psicóloga, TO." (Entrevista 6 - 10/05/2021).

Para o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais, é indispensável que os profissionais interajam e tenham uma prática articulada. E, como vimos, o espaço da ESF é favorável para o desenvolvimento dessa modalidade de trabalho. O fragmento a seguir demonstra claramente a importância da articulação para a continuidade do trabalho: "*Porque é um trabalho que continua muito, o meu trabalho depende do da doutora, que depende do agente comunitário. Então, se a gente for trabalhar aqui sozinho, a gente não faz.*" (Entrevista 16 - 09/06/2021).

6.2.2.3 Estímulo e união para a realização da prática colaborativa interprofissional

Nesta subcategoria podemos observar que fatores como o estímulo e união da equipe são fundamentais para a interdependência das ações e obtenção de melhores resultados na atenção à saúde das pessoas. O trabalho em equipe que tem como base a prática colaborativa interprofissional, tem seus profissionais motivados e capacitados, dessa forma, os membros se sentem reconhecidos e por suas contribuições serem relevantes no processo de trabalho. Isso foi observado no relato a seguir:

"Se eu falar vamos, o pessoal está sempre concordando, participando, dando ideias. Eu tenho uma equipe muito participativa." (Entrevista 2 - 19/04/2021).

Observa-se que equipes estimuladas, que participam do processo de decisão, são mais participativas e geram um melhor clima de equipe. E, também existem situações em que os

profissionais se sentem desestimulados, gerando dificuldades no desempenho do trabalho colaborativo interprofissional:

"Eu acho que a equipe [...] é bem desestimulada, desde o começo eu busco formas de tentar estimular, botar pra frente." (Entrevista 3 - 19/04/2021).

Como visto anteriormente no conceito de trabalho em equipe interprofissional, os profissionais compartilham valores e objetivos comuns na busca de um melhor cuidado, sua prática não é isolada. Alguns entrevistados relataram a importância de união da equipe e busca de objetivos comuns:

"*cada um exerce uma função, mas no final todos trabalham juntos né. para a solução de algum caso, ou alguma coisa assim*." (Entrevista 5 - 10/05/2021);

"*A troca de experiências [ ] mas tem coisas que eu não sei resolver e tem algum colega que já passou por isso e me ajuda.*" (Entrevista 8 - 12/05/2021);

"Porque eu não faço acontecer sozinho, ninguém consegue fazer acontecer nada sozinho. Quando você se coloca no lugar do outro, aí você aprende a trabalhar em equipe." (Entrevista 9 - 18/05/2021);

"*Teve um problema, todo mundo se une para esse problema ser resolvido. Então a diferença das outras unidades é isso, é esse vínculo, esse comprometimento, esse amor pelo que a gente faz.*" (Entrevista 12 - 26/05/2021);

"A gente precisa demais um do outro aqui, se não a gente não consegue fazer nada." (Entrevista 16 - 09/06/2021).

Um dos participantes também relata a importância dessa união da equipe para a obtenção de melhores resultados na atenção à saúde dos usuários: "*Porque ninguém faz nada*

sozinho. Porque se a equipe não vai bem, não presta uma assistência boa." (Entrevista 9 - 18/05/2021).

A estratégia de saúde da família, cenário deste estudo, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e um espaço favorável para a interação dos profissionais e desempenho da colaboração interprofissional. Alguns entrevistados relatam a importância do desenvolvimento dessa modalidade de trabalho dentro da ESF:

"*Para existir esse trabalho na estratégia de saúde da família a equipe tem que estar unida, porque se não o trabalho não flui.*" (Entrevista 8 - 12/05/2021);

"*Porque essa questão de não fica um problema para só um profissional, todos se envolvem. Todo mundo se envolve para resolver, para ajudar aquela família. Porque a estratégia de saúde da família é isso.*" (Entrevista 12 - 26/05/2021).

6.2.2.4 Necessidade de Formação

As práticas educativas em saúde são fundamentais no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que gera a socialização do conhecimento e a troca de experiências, empoderando a equipe tanto no controle de doenças quanto na prevenção e promoção da saúde. A formação da equipe consolida-se, então, como um espaço com grande potencial para desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais, pois requerem o encontro de profissionais em reuniões para ações de educação continuada e/ou permanente.

Nas entrevistas foi possível observar que uma das equipes demonstra claramente isso: "*Então, como elas são novas na área, algumas doenças elas não conhecem, então a gente acaba reservando esse horário, também para estudar alguma patologia né, quais são os sinais*

vitais, quais são os parâmetros normais, os alterados, para que elas também possam identificar quando forem fazer alguma visita.” (Entrevista 6 - 10/05/2021).

“*E cada um vai trazendo as demandas né. Qualquer dúvida, principalmente em relação a doenças, a gente acaba discutindo.*” (Entrevista 6 - 10/05/2021).

Também, em alguns casos, outras equipes reservam parte das reuniões de equipe para o desenvolvimento de educação na saúde dos profissionais. Porém, esses momentos não acontecem de maneira colaborativa, mas sim, de forma verticalizada. Ou seja, alguém da equipe, geralmente o profissional médico, escolhe um tema e dá uma aula para o restante da equipe.

“O doutor já traz o tema, ele prepara durante a semana a aulinha, mas bem simples mesmo, no papel mesmo. Ele vem com um caderninho.” (Entrevista 4 - 05/05/2021).

"*A gente tá fazendo a educação permanente, então cada vez é um que fala sobre um tema*.” (Entrevista 9 - 18/05/2021).

6.2.2.5 Apoio

A figura de um apoiador também contribui para o desenvolvimento da colaboração interprofissional. Esse apoio não se dá somente pelos profissionais da equipe, através das entrevistas podemos perceber a presença de diferentes atores nesse processo, que contribuem no cuidado, com base em diálogos e trocas referentes a práticas técnicas e também os saberes que as envolvem. Mais uma vez, o cenário deste estudo, a ESF, é um espaço favorável e que permite a colaboração entre esses profissionais, fazendo com que ocorra sua interação e não o isolamento de sua prática, seja em espaços coletivos formais ou informais.

A presença da universidade nos espaços da ESF, propicia a difusão do conhecimento acadêmico e atender às necessidades de formativas das equipes. Podemos observar essa modalidade de apoio em duas entrevistas:

"Aí há oito meses nós conseguimos o apoio da faculdade, que eles oferecem uma reunião virtual com minha equipe com dois residentes." (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*A gente tinha bastante ajuda do pessoal da faculdade, eles montavam os projetos e a gente participava junto*." (Entrevista 13 - 27/05/2021).

O apoio realizado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também foi citado. Ele tem como objetivo aumentar a resolutividade e o escopo das ações da AB, que por meio de uma equipe multiprofissional, desenvolve atividades conjuntas com as equipes da AB.

A relação de colaboração entre as equipes de AB e o NASF favorecem a resolubilidade dos casos e o matriciamento da equipe, como citado neste fragmento: "*A fonoaudiologia e a psicóloga são do NASF, com o educador físico. Eles participam também das reuniões, onde muitas vezes são passados os casos para eles estarem realizando VD, estarem fazendo um plano de dieta ou algum acompanhamento psicológico da família. Eles acompanham com a gente e vão dando o feedback nas reuniões."* (Entrevista 2 - 19/04/2021).

Outros setores da área da saúde aparecem como apoiadores das equipes. De maneira geral, a maioria dos entrevistados relataram a importância de ter o apoio em saúde mental. O apoiador, nesses casos, foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os entrevistados citaram que os profissionais de saúde colaboram com as equipes discutindo caso dos pacientes que haviam sido encaminhados para atendimento especializado ou até mesmo situações que estão acontecendo na AB:

"*Vêm a equipe do CAPS para discutir com a gente algum caso específico que a equipe escolhesse.*" (Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*Nessa reunião da saúde mental a gente discute os casos. Antes a gente encaminhava os pacientes e não tinha um retorno de como esse paciente estava na saúde mental, às vezes a gente não tinha um retorno da médica. Então a gente pediu que essa reunião acontecesse mensalmente.*" (Entrevista 11 - 24/05/2021).

Além do apoio em saúde mental, a presença do assistente social nos municípios também foi citada como de grande importância:

"Ah, a gente tem assim, a assistente social do município, quando um caso é muito complexo aqui a gente passa para a assistente social. A gente tem o CRAS, CREAS. Se precisar também de algum suporte. Tem sim apoio." (Entrevista 4 - 05/05/2021);

"*Vai precisar de ajuda social? A gente tem também a ajuda do serviço social, o CREAS acaba trabalhando em conjunto também.*" (Entrevista 6 - 10/05/2021).

Esse profissional, geralmente, alocado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou no Centro de Referência de Assistência Social, também pode participar de visitas domiciliares juntos com as equipes de AB, como citado nesse fragmento:

"*O vínculo meu com a assistência social é muito bom, com o CRAS que também tem a assistente social, que vem, faz visita.*" (Entrevista 17 - 08/07/2021).

O apoio institucional da gestão foi citado por um entrevistado. Este apoio é fundamental para auxiliar na condução do trabalho na AB possibilita a qualificação das equipes e a efetivação do trabalho colaborativo mais resolutivo e satisfatório em saúde: "*Temos um apoio muito grande e muito bom da articuladora da DRS, e assim, todas as questões que eu entro em*

contato com a DRS eu tenho um apoio. Eu acho assim, a DRS é um apoio muito grande para a estratégia de saúde da família." (Entrevista 14 - 06/06/2021).

Ainda em se tratando do apoio recebido pelas equipes de AB no desenvolvimento de seu processo de trabalho, os líderes comunitários também foram citados como apoiadores: *"A gente tem os representantes da comunidade, não sei se é assim que chamam, mas são líderes comunitários que sempre trazem as demandas para a gente."* (Entrevista 13 - 27/05/2021).

6.2.2.6 Valorização da equipe

A valorização do trabalho dos profissionais da equipe e dos seus saberes emerge como um elemento subjetivo, e pode ser definida como a habilidade de reconhecer o papel de cada profissional é um desafio da prática colaborativa interprofissional.

Em um cenário que historicamente valoriza o modelo biomédico, hegemônico, que ainda está muito presente na realidade das equipes de saúde, a interprofissionalidade surge e busca romper com o modelo instituído. As práticas colaborativas podem contribuir para esse processo, e funcionam como uma estratégia de educação permanente desses profissionais, na busca do rompimento com o modelo tradicional, majoritariamente uniprofissional.

Fundamental para esse processo, temos as competências para a prática colaborativa interprofissional, onde estão presentes, entre outros conceitos, a liderança colaborativa, a dinâmica de funcionamento da equipe e a resolução de conflitos. Através de um fragmento, conseguimos ilustrar um exemplo dessas competências: "*eu falo isso sempre nas reuniões, aqui é importante do médico até o faxineiro. Porque não se faz saúde sem limpeza, assim também como a gente depende de médico. Assim também como os agentes são muito importantes, porque além das visitas domiciliares eles nos ajudam na rotina da unidade."* (Entrevista 9 - 18/05/2021).

6.2.3 A distância que estamos da prática centrada no usuário

Nesta subcategoria refletimos sobre o trabalho colaborativo desenvolvido pelas equipes e qual o lugar do usuário, família e comunidade no processo de trabalho. Como apresentado anteriormente, o cuidado centrado nos usuários faz parte do contexto em que a prática colaborativa interprofissional está inserida, além de ser uma de suas competências.

Porém, ao analisar as entrevistas nos questionamos, a prática das equipes da ESF está realmente centrada no usuário?

O foco nas necessidades e vulnerabilidades dos usuários motivaram ações das equipes saúde para buscar a melhor forma de cuidado:

"*Discutimos a vulnerabilidade de cada um, de que forma a gente vai poder ajudar multiprofissionalmente.*" (Entrevista 6 - 10/05/2021);

"*Vontade de trabalhar das pessoas mesmo, de resolver o problema da pessoa.*" (Entrevista 10 - 20/05/2021);

"*As visitas domiciliares a gente também fazia multidisciplinar, dependia muito da necessidade familiar.*" (Entrevista 13 - 27/05/2021).

Uma estratégia utilizada na AB que é um exemplo de cuidado centrado no usuário é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esta prática é uma construção colaborativa do plano de cuidado do indivíduo, realizada pelos profissionais da equipe e com a participação do usuário e da família. Um dos entrevistados relatou a realização dessa estratégia em sua equipe: *"Trazemos os casos das visitas durante a semana, das agentes comunitárias e também das nossas, que são aqueles casos mais prioritários e sentamos para definir o projeto terapêutico singular."* (Entrevista 6 - 10/05/2021).

Por outro lado, um dos profissionais entrevistados relata que a dificuldade enfrentada por sua equipe para realizar o cuidado, é o próprio paciente: "*A dificuldade é o próprio paciente viu? Porque às vezes o paciente não aceita a visita, ele não aceita ser cuidado, não aceita dar uma opinião para ele, às vezes ele está vivendo de uma forma que não é boa para ele, mas não aceita.*" (Entrevista 4 - 05/05/2021).

Não foi possível analisar de que forma foi proposto esse plano de cuidado ao paciente e se ele foi empoderado de sua situação de saúde. Também, através do fragmento ficam questionamentos se essas ações de cuidado estão sendo impostas pela equipe ou se foram construídas de forma colaborativa com a participação do usuário.

6.2.4 Pandemia como modificadora da prática

O período de coleta de dados das entrevistas foi de abril a julho de 2021, período este que coincidiu com o momento marcado pelo recrudescimento da pandemia de COVID-19, decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020.

Este evento global gerou diversas mudanças na rotina de todas as pessoas, e não foi diferente no contexto da saúde e no processo de trabalho das equipes na atenção primária à saúde. Como recomendações para o enfrentamento da pandemia, o distanciamento social é uma das principais recomendações para evitar o contágio. Dessa forma, algumas atividades realizadas nas unidades de saúde foram prejudicadas, principalmente as atividades coletivas, em que ocorriam as interações dos profissionais.

A interrupção ou diminuição da frequência de realização de atividades coletivas permeou todas as entrevistas realizadas. Essas atividades foram:

Visitas domiciliares:

"*Tinham mais visitas domiciliares né, agora com a pandemia deu uma minimizada, mais telefônico.*" (Entrevista 1 - 19/04/2021);

"*No início do ano passado mudou um pouco, porque suspendeu as visitas domiciliares, mudou e diminuiu o número de atendimentos por hora." (*Entrevista 5 - 10/05/2021);

"*Agora com a pandemia, as nossas visitas foram suspensas*." *(*Entrevista 8 - 12/05/2021).

Grupos:

"*Com a pandemia eles estão todos suspensos (grupos) mas a gente tinha uma agenda programada." (*Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*A gente tinha grupos aqui na unidade. Que por conta da pandemia a gente não tem mais." (*Entrevista 10 - 20/05/2021).

Reuniões:

*"A gente estava fazendo (reunião), mas agora a gente deu uma paradinha porque eu sou muito solicitada para ajudar na campanha da vacina do COVID." (*Entrevista 4 - 05/05/2021);

"*A pandemia também dificultou as reuniões porque em um primeiro momento elas foram suspensas, então nós ficamos meses sem fazer reunião de equipe." (*Entrevista 7 - 10/05/2021);

"*As nossas reuniões estão menos frequentes." (*Entrevista 13 - 27/05/2021).

Programa Saúde na Escola:

"*Programa de saúde na escola, agora pela pandemia a gente está parado." (*Entrevista 12 - 26/05/2021).

A pandemia, além de alterar a rotina dos serviços, também afetou a saúde mental dos trabalhadores da saúde. As equipes auxiliam na linha de frente no combate ao vírus, e após quase dois anos de enfrentamento, o desgaste dos profissionais é muito grande: "E*u acho que com a pandemia piorou um pouco, mas antes era bem gostoso. A gente está bem cansado agora, todos, em geral. Muitos funcionários adoeceram, ficaram afastados."* (Entrevista 17 - 08/07/2021).

7. Discussão

As reuniões de equipe que compõem o primeiro bloco de indicadores do PMAQ analisado, são importantes dispositivos para a estruturação e organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisão. Elas podem ser caracterizadas como momentos de diálogos, nelas é possível elaborar estratégias para o cuidado das famílias e dos indivíduos (VOLTOLINI *et al.*, 2019). Esta prática pode proporcionar muitas oportunidades para o compartilhamento de saberes, socialização do conhecimento, construção de estratégias interprofissionais, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisão mais assertivas.

Através da análise dos indicadores e das entrevistas, é possível afirmar que a maioria dos municípios analisados realizam reuniões de equipe em seu processo de trabalho, o que é um dado positivo, pois esses momentos favorecem a discussão de casos, a expressão de opiniões e o diálogo interprofissional, além de repasse de informações e comunicações diversas. As falas das(os) entrevistadas(os) complementam os dados do PMAQ, pois através deles não foi possível obter informações a respeito dos assuntos tratados e se culminaram em ações colaborativas interprofissionais, porém por meio das entrevistas observamos que os momentos de reunião tiveram grande importância na discussão de casos, pactuações e planejamento entre os membros da equipe para futuras ações e visitas domiciliares.

Momentos como os de reuniões de equipe possibilitam a articulação dos profissionais de saúde e esse movimento é necessário para efetivação e resolutividade do trabalho das equipes da estratégia de saúde da família (COSTA *et al.*, 2014). Para garantir essa integração, as reuniões de equipe são dispositivos com grande potencial, em que os profissionais trocam

informações, discutem o processo de trabalho, tomam decisões, ou seja, se articulam em torno de ações multiprofissionais da dinâmica de trabalho (VOLTOLINI *et al.*, 2019).

A periodicidade dessas reuniões diz que sua prática rotineira ajuda a relembrar os profissionais dos assuntos pactuados em outros momentos, verificar o andamento da execução das ações, discutir maneiras para lidar com as dificuldades do cotidiano do serviço, definir mudanças do processo de trabalho, pactuar novos objetivos e ações, como também momentos de educação permanente dos profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014; VOLTOLINI *et al.*, 2019). A maioria das equipes da DRS XIII realizam reuniões semanais, semelhante ao estudo realizado nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, que também utilizou dados do PMAQ, porém do primeiro ciclo, e evidenciou que 59,5% das equipes de atenção básica também realizam reuniões semanais (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015). Da mesma forma, estudo realizado para avaliar o processo de trabalho habitual de cirurgiões dentistas, nesse mesmo nível de atenção, em Florianópolis, demonstra que mudanças de postura da gestão municipal, com maior incentivo da ESF e integração com universidades, favoreceram a realização de reuniões de forma semanal ou mensal, pois anteriormente não existia periodicidade definida para a realização de reuniões (BARROS *et al.*, 2016).

Em relação às reuniões de planejamento das atividades na ESF, elas possibilitam que, a partir das demandas trazidas pela população e das percebidas pelos profissionais, possam conhecer a real situação de uma região e definir os objetivos para alcançar uma situação alvo (VOLTOLINI *et al.*, 2019). Estudo realizado por Cruz e colaboradores (2014), utilizou o PMAQ a fim de caracterizar o uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando suas potencialidades e fragilidades em âmbito nacional. E semelhantemente aos resultados desse projeto, a maior parte das equipes relatou realizar atividades de planejamento. Bem como em sua maioria eram realizadas de forma semanal. Porém, apesar das equipes identificarem os problemas, realizarem autoavaliação e terem acesso

a dados para analisar as necessidades de saúde do território, suas práticas são pouco integradas e precisam ser aprimoradas, ou seja, não ocorrem de forma colaborativa, para que possam obter melhores resultados na qualidade da atenção prestada (CRUZ *et al.*, 2014).

O terceiro bloco analisado diz respeito ao apoio à equipe, em que a maioria das equipes respondeu que recebe apoio institucional ou de outro profissional em casos considerados complexos. De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013), o apoio institucional é um dispositivo de intervenção, que propõe mudanças necessárias e um "modo de fazer". Ele articula trabalhadores e serviço com objetivo de possibilitar a análise crítica sobre o processo de trabalho, a interação entre os sujeitos, o compartilhamento de saberes e a transformação das práticas em saúde (MERHY *et al.*, 2004; BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016; GUIZARDI *et al.*, 2019; BRITO, 2021).

Outra modalidade seria o apoio matricial, realizado pelo NASF. Criado em 2008 com o objetivo de qualificar e tornar mais resolutiva a atuação da atenção básica, ele é constituído por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2008; BROCARDO *et al.*, 2018). Para essa forma de apoio, a baixa adesão pode estar relacionada a apenas aproximadamente 30% dos municípios possuírem equipes NASF, o que pode ser justificado pela nova política de atenção básica (BRASIL, 2017) que deixou de financiar essa modalidade de equipe (MASSUDA, 2020). Nesse novo modelo de financiamento, o Previne Brasil, as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de usuários cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores, o que limita e focaliza as ações da APS, pois serve a razões mais restritivas que além de limitar a universalidade, poderá agravar o subfinanciamento do SUS (MASSUDA, 2020).

Cabe ressaltar que a análises das informações obtidas através dos indicadores da avaliação externa do PMAQ são limitadas, pois apresentam dados gerais para a caracterização do cenário e equipes participantes do estudo. Por esse motivo optamos pela realização de entrevista com os trabalhadores do cenário do estudo para entender de que forma se dá a

construção das práticas colaborativas interprofissionais.

Nesse sentido, através dos depoimentos das entrevistadas(os), podemos observar que o conceito de trabalho interprofissional vai ao encontro das definições encontradas na literatura nacional e internacional, que o descrevem como uma modalidade de trabalho coletivo, de agir comunicativo (PEDUZZI *et al.*, 2020), em que ocorre o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas (D'AMOUR; OANDASAN, 2005), com objetivos claros da equipe, identidade, comprometimento compartilhado, clareza de papéis, interdependência e integração entre os membros da equipe (REEVES *et al.*, 2010), de diferentes formações que trabalham com objetivos comuns, em busca de solucionar tarefas complexas que necessitam de diferentes competências (WEST; LYUBOVNIKOVA, 2013).

Apesar da crescente complexidade das necessidades de saúde que se apresentam na população, que demandam que a equipe trabalhe de forma colaborativa e interprofissional (REEVES, 2012), os depoimentos mostram que embora existam atividades coletivas no cotidiano das equipes, as ações são desenvolvidas de forma fragmentada. Essa prática ainda está presente na forma de trabalho dos profissionais de saúde, o que é resultado do modelo biomédico hegemônico enraizado nas práticas (ESMERALDO *et al.*, 2017). Desta forma, apesar de as ações serem desenvolvidas a partir do reconhecimento das necessidades interpretadas pelos profissionais, em seu agir ainda ecoa o modo de trabalho do modelo tradicional. Além disso, como demonstramos, a cobertura da ESF nas três regiões de saúde da DRS XIII é baixa, e esse é um grande desafio na busca da consolidação e hegemonia da estratégia (ESMERALDO *et al.*, 2017).

Através da análise dos resultados, mais especificamente na subcategoria facilitadores para desenvolver o trabalho interprofissional, podemos observar características do trabalho das equipes que demonstram potencial para auxiliar na integração da equipe e consequentemente o desenvolvimento de práticas colaborativas. Foram citados elementos referentes ao vínculo dos profissionais, como a amizade e união dos membros da equipe, e a disposição de trabalhar, que

segundo o referencial teórico adotado nesta dissertação, são denominados determinantes interacionais da colaboração (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005). Esses determinantes podem ser associados às relações interpessoais da dinâmica do processo de trabalho dos profissionais. São exemplos o respeito, a confiança e a vontade de trabalhar (ARRUDA; MOREIRA, 2017; OLIVEIRA; GUIZARDI; DUTRA, 2020; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005).

Ainda em se tratando dos determinantes interacionais, a comunicação tem um papel fundamental nesta modalidade de trabalho, além de ser um dos pilares da colaboração (D´AMOUR, 2005). Ela ocorre de maneira efetiva quando os membros da equipe também estão abertos ao diálogo, ou seja, a interlocução e a escuta das diferentes opiniões (BALDWIN, 2012), fazendo com que, desta forma, exista uma comunicação aberta e direta, para a resolução de conflitos, planejamento, troca de saberes dos diferentes profissionais (ESCALDA; PARREIRA, 2018a; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013) e a possibilidade de desenvolver novos métodos de trabalhos (MOLYNEUX, 2009).

Ainda nesta subcategoria, o espaço coletivo das reuniões de equipe foi citado também como um facilitador para desenvolver o trabalho interprofissional. Como observamos através dos dados obtidos pelo PMAQ, a grande maioria, 19 dos 21 municípios participantes deste estudo, possuem a reunião de equipe instituída em sua rotina de trabalho. Essas reuniões, seja para planejamento ou discussão de casos são estratégias fundamentais para promover a participação dos profissionais, a fim de discutir as demandas trazidas e observadas na população e são importantes dispositivos para a resolução de conflitos, tomadas de decisão, repasse de informações e estruturação do serviço (VOLTOLINI *et al.*, 2019; CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Além disso, são momentos em que o diálogo dá subsídio para a troca de saberes e tomadas de decisão mais assertivas (FORTUNA *et al.*, 2005a), o que faz as reuniões terem grande potencial para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais. O usuário também tem papel nesse processo, na participação do

planejamento ou na construção colaborativa do seu plano de cuidado, em cogestão com a equipe de saúde, para que dessa forma ocorra uma prática centrada no usuário e a democratização desse espaço coletivo (DORICCI *et al.*, 2020).

Mas, para que essas ações sejam efetivas, os profissionais devem exercer o diálogo e interagir como equipe, para que assim ocorra a socialização do conhecimento e a discussão do planejamento do processo saúde-doença-cuidado dos usuários (VOLTOLINI *et al.*, 2019). Um fator foi citado nas entrevistas como importante para que isso ocorra, a dedicação exclusiva à reunião no momento de sua realização, ou seja, a reserva de horário na agenda dos trabalhadores para que a equipe se reúna. O que vai ao encontro ao que é preconizado pela PNAB (BRASIL, 2017), que nos diz que as instituições devem garantir espaço na carga horária dos profissionais da atenção primária a fim de contemplar a qualificação da equipe multiprofissional, com momentos de reuniões e educação em saúde em uma cooperação horizontal.

Os espaços coletivos das reuniões na APS também foram citados nas entrevistas como importantes para o desenvolvimento da colaboração, não só entre os membros da equipe, mas também com outros setores como CRAS, CREAS e a Saúde Mental, o que facilita a construção de redes na busca da integralidade, em ações intersetoriais (MOLINA, 2018). Podemos utilizar exemplos como o Canadá, Austrália e alguns países europeus, no caso da Suíça, que têm realizado ações neste sentido, pois sua estrutura política utiliza a colaboração intersetorial para melhorar as condições de saúde da população (MATTIG *et al.*, 2017; SHANKARDASS *et al.*, 2018).

Existe um grande potencial para o desenvolvimento das práticas colaborativas além do espaço físico das unidades de saúde. Como é possível observar nos resultados, as visitas domiciliares e o Programa de Saúde na Escola ilustram essas falas. No caso das visitas, elas oportunizam a comunicação dos diferentes profissionais, em um diálogo interprofissional, pois propiciam a troca de conhecimentos e experiências. Desta forma, permite com que a equipe, de

forma colaborativa, planeje o cuidado de forma integrada nos domicílios dos usuários (PREVIATO; BALDISSERA, 2018a; SMITH-CARRIER *et al.*, 2015). Esta modalidade de colaboração em rede, seja com a comunidade ou com outros setores, neste caso a educação, afirma a busca de alternativas para obtenção de um cuidado integral e mais resolutivo, promovendo um trabalho intersetorial e com a participação dos usuários (PEDUZZI; AGRELI, 2018a).

Semelhante aos resultados desta dissertação, Dutra e colaboradores (2020) nos apresenta em seu estudo, a importância da colaboração interprofissional nos processos de trabalho, no planejamento e também no incentivo a ações coletivas além das unidades, em ações nas escolas, ampliando a abordagem da saúde para um campo intersetorial.

Por fim, terminando a primeira categoria, o tempo em que a equipe trabalha junto também foi citado como um fator que impacta no desenvolvimento do trabalho interprofissional. Na literatura, a fim de melhor compreender o trabalho interprofissional, foram criados quatro domínios: 1- relacional, 2- processual, 3- organizacional e 4- contextuais (REEVES, 2012). O tempo de trabalho em uma mesma equipe se enquadra como um domínio processual, que diz respeito a como o espaço e o tempo afetam como o trabalho em equipe é realizado. Apesar de não existir uma ideia de tempo ótimo para as equipes trabalharem juntas, é mais aceito que é necessário mais tempo de compartilhamentopara que seja desenvolvido o sentimento de respeito e confiança entre os profissionais (REEVES, 2012). Na literatura são escassos os estudos que avaliaram o tempo de permanênciana mesma equipe e seu impacto no desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais.

Na segunda grande categoria deste estudo, temos os aspectos relacionados à equipe que estariam impactando no desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais.

Fundamental nesse processo, a comunicação entre os profissionais torna-se cada vez mais importante, à medida que o processo de trabalho se torna mais dinâmico e as rotinas acabam por reduzir o tempo de diálogo e interação dos profissionais. Com os avanços na tecnologia novas possibilidades surgiram para auxiliar as equipes nesse processo de se comunicar (POISSANT *et al.*, 2005). Nas entrevistas podemos observar que as equipes utilizam essas tecnologias em seu processo de trabalho a fim de obter novos canais de comunicação. Por exemplo, os prontuários digitais ou físicos permitem que os profissionais possam acessar as informações sobre o cuidado que está sendo prestado ao paciente. Outro canal de comunicação citado foi um chat interno nos computadores da unidade de saúde e também o uso de aplicativos de mensagens instantâneas via celular. O uso dessas tecnologias pode auxiliar algumas questões da rotina de trabalho e servir como um instrumento indireto de troca de informações entre os profissionais (PREVIATO; BALDISSERA, 2018), dessa forma tem-se mais agilidade na disseminação da informação, porém, pode-se afetar a comunicação face a face, entre os membros da equipe (BARDACH; REAL; BARDACH, 2017), prejudicando a comunicação direta que oportuniza a troca de saberes e promovendo o distanciamento entre os profissionais (DE ARAÚJO *et al.*, 2017; PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A comunicação dos profissionais de saúde é essencial para que ocorra sua interação e articulação (FORTUNA et al., 2005) para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Momentos que propiciam o encontro dos profissionais possibilitam a integração e troca de conhecimentos, fazendo com que ocorra o rompimento com o modelo fragmentado do cuidado, uma vez que os profissionais buscam associar suas práticas. As reuniões de equipe foram apontadas como a principal estratégia utilizada para as equipes realizarem essa articulação. Semelhante aos resultados obtidos em nosso estudo, uma pesquisa realizada em Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte revelou que as reuniões de equipe

são importantes espaços institucionais onde ocorrem as parcerias profissionais, troca de conhecimento e um posicionamento horizontal dos profissionais (ESCALDA; PARREIRA, 2018). Por outro lado, podemos observar que também existem dificuldades de algumas equipes em realizar a articulação dos profissionais em momentos de reunião, em que muitas vezes não entendem a importância de tal momento. Na literatura, alguns autores já citaram a relevância das reuniões e ações coletivas da equipe, mas também dificuldades para sua realização (FARIAS *et al.*, 2017; FORTUNA *et al.*, 2005).

O sentimento de pertencimento à equipe e valorização do seu saber, podem auxiliar nesse processo, pois desta forma, os profissionais se sentem estimulados e unidos na busca por melhores cuidados de saúde, e por consequência melhor clima de trabalho em equipe e satisfação no trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2021).

Podemos definir o clima de trabalho em equipe como o produto das perspectivas e percepções sobre a equipe, no âmbito individual, considerando os fatores pessoais, sociais e institucionais que influenciam no seu relacionamento, interatividade e efetividade (ANDERSON; WEST, 1998). E a satisfação no trabalho como a percepção do profissional e da equipe sobre a experiência de trabalho (PEDUZZI *et al.*, 2021). Pode ser considerada como construtiva e resultar na avaliação positiva do trabalho pelos profissionais de acordo com o reconhecimento, relações com os outros profissionais e condições de trabalho (HORA; RIBAS JÚNIOR; SOUZA, 2018).

Estes dois conceitos estão relacionados, temos que o clima reflete na interação dos agentes envolvidos na assistência, como os profissionais, ambiente de trabalho e os usuários, na colaboração, em troca de informações e vivências (AGRELI, 2017). Neste sentido, a literatura aponta que a satisfação seria a consequência do clima de trabalho em equipe (ESPINOZA *et al.*, 2018; PROUDFOOT *et al.*, 2007).

Através da caracterização dos participantes, podemos afirmar que muitos profissionais foram formados em outra lógica dos cuidados em saúde, e também com o dinamismo do processo saúde-doença-cuidado, tornando-se cada vez mais importantes momentos de formação da equipe, que também possuem grande potencial para colaboração. Neste ponto surgem dois conceitos importantes para compreensão dos resultados e sua análise, a educação permanente e continuada. Entendemos, aqui, que a educação permanente é um processo crítico, que tem o processo de trabalho como objeto de transformação. Os próprios profissionais refletem sobre sua rotina de trabalho e buscam, em conjunto, encontrar as soluções para os problemas que analisaram (FERREIRA *et al.*, 2019). Já a educação continuada tem uma perspectiva mais pontual, envolve ações de ensino após a graduação, possui duração definida, com metodologias tradicionais e informações técnicas são transmitidas pelos profissionais de forma verticalizada, e muitas vezes está descontextualizada com sua rotina de trabalho (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Nos resultados podemos observar que os momentos de formação da equipe possuem grande potencial para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais, pois são momentos em que os profissionais estão reunidos e conseguem discutir e socializar seus conhecimentos. Porém, esses momentos se organizam de forma a se aproximar mais do modelo de educação continuada, ou seja, um profissional, na maioria dos casos, o médico leva algum tema para apresentar aos demais trabalhadores, colocando a doença como centralidade desse processo. Resultados semelhantes podem ser encontrados em um estudo realizado com gestores municipais na região nordeste do Rio Grande do Sul, em que puderam concluir que existe a necessidade de transformação da realidade dos espaços de formação das equipes, como a reestruturação e reorganização dos serviços, para utilização da EP como ferramenta para desenvolvimento da gestão, implementação de políticas públicas e melhoria da atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2017).

Além dos momentos de formação da equipe, o apoio à equipe também foi observado como sendo de grande potencialidade para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais. Ele possibilita a articulação do serviço com diferentes atores gerando uma análise crítica sobre o processo de trabalho (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016). Além da interação entre os sujeitos, têm como funções a socialização dos saberes, a qualificação das ações, transformação das práticas visando a viabilização dos objetivos compactuados e a melhora da qualidade e resolutividade dos serviços prestados (OLIVEIRA, 2011). Definição esta, que vai ao encontro das falas das (os) entrevistadas(os) quando questionadas(os) sobre o apoio institucional e citaram o papel exercido pelas universidades nas equipes da atenção primária. A presença dessa instituição dentro das equipes de saúde oportuniza a construção do conhecimento a partir da realidade para os estudantes em imersão e também a ressignificação das práticas dos profissionais dos serviços de saúde (FUMAGALLI *et al.*, 2020; VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

A função de apoiador da atenção primária à saúde também é competência do NASF. Através das falas das entrevistadas(os) observamos que esse apoio acontece de forma mais efetiva em atividades coletivas como visitas domiciliares e reuniões, gerando mais robustez às ações desenvolvidas. Semelhante ao observado nos resultados, estudo realizado em Camaragibe-PE, afirma que a principal forma de integração entre as equipes de saúde da família e os NASF se deu em momentos de discussão de casos, planejamento compartilhado e elaboração de forma colaborativa de projetos terapêuticos singulares (PTS) (SOUSA *et al.*, 2017).

O serviço de assistência social também foi citado como importante apoiador das equipes. Esse profissional geralmente está alocado em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou em Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e tem como objetivo identificar as necessidades dos usuários em vulnerabilidade e risco social, e

assim oportunizar possibilidades e estimular potencialidades à população (VIEIRA; EUGENIO; GONZAGA, 2019).

Neste contexto, o matriciamento em saúde mental ganha grande destaque. Ele surge como uma importante estratégia, que de forma articulada, busca a socialização dos saberes, de maneira colaborativa, no cuidado às necessidades dos usuários (VASCONCELOS *et al.*, 2019; IGLESIAS; AVELLAR, 2019), que é desenvolvido principalmente pelos profissionais do CAPS, em encontros que propiciam a ampliação dos cuidados em saúde mental. Através das entrevistas, podemos perceber que esse apoio acontece de duas maneiras, ou na discussão de algum caso específico em que a equipe necessita de suporte, ou em situações em que os profissionais da saúde mental fornecem *feedback* e discutem os casos encaminhados pela equipe de referência. Em ambas situações o matriciamento ocorre em momentos de reunião de equipe.

Desta forma, obtivemos resultados diferentes do observado por um estudo realizado em 2016, em que os autores observaram que a relação de uma unidade de saúde da família com a equipe de saúde mental estava restrita a encaminhamentos, sem acolhimento dos pacientes ou discussão dos casos (BELOTTI; LAVRADOR, 2016). Por outro lado, estudo realizado em João Pessoa-PE, relata experiência exitosa no matriciamento realizado pelo serviço especializado na APS, que promoveu uma forma de trabalho menos fragmentada, proporcionando melhores encontros e experiências (OLIVEIRA, 2011).

A gestão tem papel importante nesse processo, ela é responsável, dentre outras funções, por garantir a efetivação das políticas públicas, organização do processo de trabalho, coordenar ações de integração e planejamento entre a rede, de acordo com as diretrizes do SUS (OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014). Essas atribuições, são competências dos gestores em todas as esferas, seja a nível federal, nacional ou municipal, como citado nas entrevistas, o apoio realizado pela gestão, na figura da articuladora da DRS. O apoio exercido pela comunidade, na figura de líderes locais, também tem grandeimportância. Apesar desta participação popular na

gestão ser garantida desde a Constituição Federal de 1988, ainda é pouco explorada (BODART; OLIVEIRA, 2016), podemos perceber isto também em nosso estudo, visto que apenas uma entrevistada relatou essa modalidade de apoio.

Tão importante quanto essa figura externa à equipe no apoio do cuidado em saúde, a valorização dos profissionais da própria equipe também tem grande importância para o desenvolvimento e estabelecimento das práticas colaborativas interprofissionais. Esse reconhecimento ocorre quando os profissionais conseguem compreender o papel de cada profissional dentro da equipe e, dessa forma, consegue se comunicar de maneira respeitosa e integrar diferentes conhecimentos e competências nos serviços prestados (CIHC, 2010). Caminhando junto com a valorização dos profissionais, a liderança colaborativa também reforça essa ideia, pois dessa forma, as responsabilidades são compartilhadas de acordo com o papel e responsabilidade de cada profissional, dentro de sua função na equipe (CIHC, 2010). Nos resultados, é possível identificar através do relato de um(a) entrevistada(o) que existe o reconhecimento das profissões, que ao mesmo tempo que possuem certo grau de autonomia, elas também são interdependentes. Na literatura é possível observar que alguns autores que também encontraram resultados positivos nessa perspectiva, e afirmam que o reconhecimento do papel de cada profissional e sua valorização são aspectos importantes para uma melhor experiência da prática colaborativa interprofissional (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; HAFNER *et al.*, 2010; MADRUGA *et al.*, 2015).

Com esse olhar podemos refletir sobre a que distância estamos da prática centrada no usuário e de que modo estão sendo desempenhadas as ações das equipes de saúde da família. De acordo com o referencial teórico adotado neste estudo, ter o usuário como parceiro no cuidado, é uma das competências para o desenvolvimento das práticas colaborativas

interprofissionais (AGRELI, PEDUZZI; SILVA, 2016; CIHC, 2010; D'AMOUR *et al*., 2008; IECEP, 2011). No cuidado centrado no usuário, os profissionais integram seus conhecimentos com os saberes da comunidade, e dessa forma, buscam dar autonomia e construir práticas de acordo com as necessidades de saúde da população, ao invés de exercerem práticas centradas no serviço ou nos próprios profissionais (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; HUDON *et al.*, 2011; DINIZ; MELO; VILAR, 2021). Apesar das(os) entrevistadas(os) expressarem situações que vão ao encontro dessa prática, como o foco nas necessidades, vulnerabilidades e a elaboração de PTS, semelhante ao estudo realizado com unidades de APS de um município de pequeno porte da Paraíba, o cuidado centrado no usuário foi considerado como latente, ou seja, mesmo em um cenário favorável da APS para o desenvolvimento desta prática, ela se encontra incubada, mas possui potencial para ser desenvolvida (DINIZ; MELO; VILAR, 2021).

Um tema frequente durante a realização de todas as entrevistas e que atravessou esse período e o trabalho dos profissionais, foi a pandemia de COVID-19. A APS é um espaço de grande importância para o enfrentamento dessa síndrome respiratória (GIOVANELLA; MARTUFI; *et al.*, 2021), pois além de desenvolver a vigilância em saúde nos territórios, atenção aos usuários com COVID-19 e suporte social a grupos vulneráveis, também teve que dar continuidade às suas próprias ações (GUADALUPE MEDINA *et al.*, 2020).

Com todas essas mudanças "de como fazer saúde" com o advento da pandemia, as entrevistadas(os) relataram que muitas atividades da rotina de trabalho das equipes de saúde da família da DRS XIII foram suspensas a fim de cumprir as recomendações de afastamento social, como por exemplo a diminuição da frequência ou cancelamento das reuniões de equipe, grupos com a comunidade, visitas domiciliares e atividades coletivas em geral. Na literatura nacional e internacional, estudos demonstraram essa mesma realidade na APS, mesmo que em diferentes sistemas de saúde, todas as atividades coletivas foram canceladas, para cumprir os decretos de

não aglomeração (GIOVANELLA; MARTUFI; *et al.*, 2021; GUADALUPE MEDINA *et al.*, 2020; RAMEDLAV *et al.*, 2021). Porém, para não prejudicar o cuidado de saúde dos usuários, diversos municípios buscaram novas alternativas, como o uso da tecnologia da informação, para realizar consultas por chamadas de vídeo, tele monitoramento e comunicação via aplicativo de troca de mensagens instantâneas pelo celular (GUADALUPE MEDINA *et al.*, 2020; RAMEDLAV *et al.*, 2021).

Apesar da literatura evidenciar diferentes estratégias para realização do cuidado em saúde dos usuários, ainda é escassa a produção de quais as alternativas buscadas para comunicação da equipe e discussão dos casos e planejamento, como também quais os impactos dessa nova realidade proporcionada pelo período da pandemia uma vez que os momentos de reuniões foram cancelados ou realizados com menor frequência, po quie prejudicou o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais.

8. Considerações Finais

Acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir com o fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas possibilitando uma atenção à saúde de qualidade à população, pois foi possível compreender que a construção das práticas colaborativas interprofissionais perpassa pelos espaços coletivos das unidades de saúde da família, em momentos de encontro e integração dos profissionais.

Os espaços coletivos identificados foram as reuniões de equipe, em que são discutidos casos ou o planejamento de trabalho, consultas compartilhadas entre os profissionais, grupos com a comunidade, visitas domiciliares e programa saúde na escola. Neles as práticas colaborativas e o trabalho interprofissional são caracterizados por ações desenvolvidas por diferentes profissionais, com níveis de integração diferentes.

Como fragilidade nesse processo, apesar de existirem diversos momentos com grande potencial para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais, suas práticas se destacam ainda pela fragmentação do cuidado em saúde e a não centralidade do usuário nesse processo. Os profissionais dividem o mesmo espaço dentro das unidades ou nas ações desenvolvidas com a comunidade, porém sua prática não é integrada.

No entanto, algumas possibilidades demarcam vias de superação dessas fragilidades, como as reuniões de equipe, que surgem como um espaço coletivo democrático, que tem a possibilidade de reunir todos os profissionais da equipe em um mesmo ambiente e proporcionar momentos de socialização e integração dos saberes. Todas as equipes participantes possuem as reuniões instituídas em seu processo de trabalho, apesar de alguns profissionais não compreendem a importância desse momento.

A educação permanente, surgiu como importante estratégia para o desenvolvimento das práticas colaborativas interprofissionais, também tem grande importância para formação dos profissionais nessa lógica dos cuidados colaborativos, centrados nos usuários, e auxilia no rompimento com as práticas pautadas na fragmentação do modelo biomédico.

Podemos, então, perceber que ao longo do estudo as equipes possuem momentos que possibilitam o compartilhamento de informações entre diferentes campos de saberes, com grande potencial para que ocorram práticas colaborativas interprofissionais. Em sua rotina de trabalho as equipes do DRS XIII realizam reuniões de equipe, visitas domiciliares, programa saúde na escola, recebem apoio de outros profissionais da saúde. Porém, apesar da grande variedade de possibilidades para a colaboração, muitas vezes sua prática está pautada na uniprofissionalidade, com exercício de ações fragmentadas, com pouca articulação dos profissionais, evidenciando o quão presente está, ainda, o modelo biomédico hegemônico. Nesse sentido, podemos destacar a importância do NASF, dos apoios matriciais e institucionais e da gestão, em todos os níveis, a fim de incentivar e dar suporte às esquipes no sentido de vencer o modo de trabalhar hegemônico e assim, se abrir a experimentar mais efetivamente as práticas colaborativas interprofissionais, centradas no usuário, família e comunidade.

Acreditamos que este estudo aponta elementos acerca das práticas colaborativas das equipes da atenção básica que podem contribuir para desencadear processos de reflexão dos profissionais e gestores da APS, e dessa forma, seja um disparador para mudanças dos processos de trabalho das equipes, em busca de uma prática mais colaborativa, em um trabalho interprofissional, e tenha em sua centralidade o usuário, com suas reais necessidades de saúde e como parceiro no processo de cuidar.

9. Referências

AGRELI, H. L. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface comum. saúde, educ*, v. 20, n. 59, p. 905–916, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

AGRELI, H. L. F. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. 261f. Tese (Doutorado) 7 mar. 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27062017-165741/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, v. 16, n. 1, p. 165–184, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/aval/a/SBnS4PFM6w8bPsbzXdRXppb/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ANDERSON, N. R; WEST, M. A. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav*, v. 19, p. 235–258, 1998.

BRITO, C. DA S., SANTOS, H.L.P.C, MACIEL, F. B. M, MARTINS, P. C., PRADO, N. M. B. L. Apoio institucional na atenção primária em saúde no brasil: uma revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2021. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/apoio-institucional-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa/18102?id=18102&id=18102>. Acesso em: 10 jan. 2022.

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface - Comun Saúde Educ*, v. 22, n. 64, p. 199–210, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/ksjHYN9wYWnnWLS3QKd34mD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

AZZOPARDI-MUSCAT, N. *et al.* Malta: Health System Review. *Health Syst Transit*, v. 19, n. 1, p. 1–137, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28485715>.

BALDWIN, A. Exploring the interactional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care. *Uniwersytet śląski*, p. 343–354, 2012. Disponível em: <https://mspace.lib.umanitoba.ca/xmlui/handle/1993/5245>. Acesso em: 2 fev. 2022.

BARDACH, S. H.; REAL, K.; BARDACH, D. R. Perspectives of healthcare practitioners: An exploration of interprofessional communication using electronic medical records. *J Interprof Care*, v. 31, n. 3, p. 300, 2017. Disponível em: </pmc/articles/PMC5896008/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: *Edições* 70, 2016. Acesso em: 02 mar. 21.

BARROS, S. G. *et al.* Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*: EDUFBA, p. 01–377, 2016. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/5smtc/07>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o

SUS: significado e cuidado. *Saúde e Soc*, v. 20, n. 4, p. 884–899, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. *Saúde debate*, v. 40, n. 108, p. 23–33, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100023>. Acesso em: 30 nov 2021.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 24, n. 2, p. 373-378, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1227/724>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BODART, C. N.; OLIVEIRA, E. L. A atuação e o papel do líder comunitário e do delegado no orçamento participativo: a experiência de Vila Velha/ES. *Revista Alabastro*, v. 2, n. 6, p. 23–44, 2016. Disponível em: <http://revistaalabastro.fespsp.org.br/index.php/alabastro/article/view/111>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA GM/MS nº493, de 10 de março de 2006*. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0493_10_03_2006_comp.html>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasilia,

2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA GM/MS nº 1.654*, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PORTARIA GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério de Saúde. *PORTARIA GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 26 nov. de 2021.

MERHY, E. E. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidian. 2 Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

BROCARDO, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*, v. 42, n. esp.1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500130&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BUSARI, J. O.; MOLL, F. M.; DUITS, A. J. Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v. 10, p. 227, 2017. Disponível em: </pmc/articles/PMC5472431/>. Acesso em: 8 fev. 2022.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2004.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A National Interprofessional Competency Framework. 2010. Disponível em: <www.cihc.ca>. Acesso em: 18 ago. 2021.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, É. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho Educ Saúde*, v. 9, n. suppl 1, p. 85–112, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tes/a/YS6JT5hmc8YtsgGhfFYzN5S/?lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2022.

CATHERINE, H. *et al.* Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Annals of family medicine*, v. 9, n. 2, p. 155–164, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21403143/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*, 2014.

CRUZ, M. M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, 2014.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, p. 188. 2008. doi:

10.1186/1472-6963-8-188. Acesso em: 20 mar. 2021.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, v. 1, p.8-20, 2005. doi: 10.1080/13561820500082529.

DE ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comun Saúde Educ*, v. 21, n. 62, p. 601–613, 2017. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295.

DE, Maria *et al.* A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Cien Saúde Colet*, v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1715–1724, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/KqwZpxmPf9zNvhbcT4Hp3zG/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

DE MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface: Comum Saúde Educ*, v. 14, n. 34, 2010. Disponível em: < https://www.scielosp.org/article/icse/2010.v14n34/683-692/>. Acesso em: 03 fev. 2022.

DE SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saúde Colet*, v. 23, n. 6, p. 1737–1750, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Informação e Gestão da Atenção Básica 2021. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*, v. 7, n. 3, p. 137–157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23953>. Acesso

em: 1 mar. 2022.

DORICCI, G. C. *et al.* Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colectiva*, v. 16, p. e3094–e3094, 2020. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3094>. Acesso em: 19 fev. 2022.

DOW, A. W. *et al.* Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*, v. 31, n. 6, p. 677–678, 2 nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28792251/>. Acesso em: 8 fev. 2022.

DUTRA, E. de B.; PASSOS, M. F. D.; GUIZARDI, F. L. (Org.). Em Mar Aberto: Colaboração e Mediações Tecnológicas na Educação Permanente em Saúde. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46061>. Acesso em: 30 ov. 2021.

VASCONCELOS, M. S.; & BARBOSA, V. F. B. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 4, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43922>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. de S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface - Comun Saúde Educ*, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818.

ESMERALDO, G. R. de O. V. *et al.* Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev. APS*, v. 20, n. 1, p. 98–106, 2017. Disponível

em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2710/1065>. Acesso em: 30 mar. 2021.

ESPINOZA, P. *et al.* Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human resources for health*, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29996936/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Cien Saúde Colet, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde dafamília. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 1, p. 141–162, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223>. Acesso em: 04 fev. 2022.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. de O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate*, v. 40, n. 110, p. 64–80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064>. Acesso em 30 ma. 2021

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 262–268, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/PGjPwn7cPWft3WVkgbvScJz/?lang=pt>. Acesso em: 3 fev. de 2022.

FRENK, J. *et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 2011

FUMAGALLI, Igor *et al.* Vacinação contra influenza no enfrentamento da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência e reflexões. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 10, n. 0, 30 dez. 2020. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3790>. Acesso em: 16 fev. 2022.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde Debate*, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxtLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saúde Colet*, v. 26, p. 2543–2556, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; DE ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saúde Colet*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Cien Saúde Colet*, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GUADALUPE MEDINA, M. *et al.* Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, n. 8, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00149720.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 280421, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/jVQnQyDXpHx95GDxfs87y7s/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

HORA, G. P. R.; RIBAS JÚNIOR, R.; SOUZA, M. A. De. Estado da Arte das Medidas em Satisfação no Trabalho: Uma Revisão Sistemática. *Trends in Psychology*, v. 26, n. 2, p. 971–986, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tpsy/a/xbTN7gyT3zdVRVJDBrN7Pgf/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Cien Saude Colet*, v. 24, n. 4, p. 1247–1254, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>. Acesso em: 10 fev. de 2022.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IECEP). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*: Report of an expert panel*. Whashington, DC. 2011.

KHALILI, H.; HALL, J.; DELUCA, S.. *Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice*. *J Interprof Care*, v. 28, n. 2, p. 92-97, 2014. doi: 10.3109/13561820.2013.869197.

LAGO, L. de M. P. Práicas profissionais na residência multiprofissional em saúde: Uma pesquisa Sócio-clínica. 211p. Tese(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-195614/publico/LUANAPINHODEMESQUITALAGO.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MADRUGA, L. M. de S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface comun saúde educ*, v. 19, n. supl.1, p. 805–816, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500805>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saúde Colet*, v. 25, n. 4, 2020. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020.

MATTIG, T. *et al.* HIA in Switzerland: strategies for achieving Health in All Policies. *Health Promotion International*, v. 32, n. 1, p. 149–156, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/1/149/2950937>. Acesso em: 4 fev. 2022.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. De. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate*, v. 39, n. 107, p. 1033–1043, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401033>. Acesso em 30 mar. 2021.

MENDES, D. C. B.. Considerações elementares da metodologia de análise de conteúdo em pesquisa qualitativa no âmbito das ciências sociais. *Fac. Sant'Ana em Revista*, v. 3, p. 4–15, 2018. Disponível em: < https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/118>. Acesso em 10 fev. 2021.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 1, 2014. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, v. 40, n. 40, 2018. Disponível em: < https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em 10 fev. 2021.

MOLINA, J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. *Rev Panam Salud Publica*, v. 42, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49556>. Acesso em: 4 fev. 2022.

MOLYNEUX, J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well?. *J Interprof Care*, v. 15, n. 1, p. 29 - 35, 2009. doi:*10.1080/13561820020022855*,

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, v. 52, n. 7, p. 1217–1230, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862411/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; DE FARIA BAPTISTA, T. W. Previne Brasil,

Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2022.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. de F. P. de A. Perfil dos gerentes de Atencao Primaria a Saude de municipios de pequeno porte do norte do Parana, Brasil. *Cien Saúde Colet*, v. 19, n. 2, p. 393–400, 2014. Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perfil-dos-gerentes-de-atencao-primaria-a-saude-de-municipios-de-pequeno-porte-do-norte-do-parana/12964>. Acesso em 02 fev. 2022.

OLIVEIRA, A. T. P.; GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. de B. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. *Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde*. 1. ed. Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46062>. Acesso em: 1 mar. 2022.

OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador = uma cartografia da função apoio*. 2011. 275p. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Médicas. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309702>. Acesso em 22 fev. 2022.

PARADIS, E.; WHITEHEAD, C. R. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Medical education*, v. 49, n. 4, p. 399–407, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25800300/>. Acesso em: 8 fev. 2022.

PEDUZZI, M.. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103 - 9, 2001. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016.

PEDUZZI, M. *et al.* Relationship between team climate and satisfaction at work in the Family Health Strategy. *Rev de Saúde Pública*, v. 55, p. 117–117, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/194607>. Acesso em: 1 mar. 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*, v. 18, suppl 1, 2020. doi: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface - Comum Saúde Educ*, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/Ft6bq9kVPDcKvcPtR9THjYD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 mar. 2022.

PESSATTI, M. P. Intercessão, arquitetura e saúde e um novo modo de produção do espaço físico na saúde. [s.n.]. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2009. Disponível em: < https://docplayer.com.br/109763409-A-intercessao-arquitetura-e-saude-quando-o-problema-e-a-falta-de-espaco-na-unidade-de-saude-qual-e-o-espaco-que-falta.html>. Acesso em 22 nov. 2021.

POISSANT, L. *et al.* The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *JAMIA*, v. 12, n. 5, p. 505–516, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15905487/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso em: 1 mar. 2022.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comun Saúde Educ*, v. 22, p. 1535–1547, 2018. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601535>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PROUDFOOT, J. *et al.* Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 3, p. 164–169, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/3/164/1791469>. Acesso em: 14 fev. 2022.

PULLON, S. *et al.* Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *J Interprof Care*, v. 30, n. 6, p. 787–794, 1 nov. 2016. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1220929.

QUEIROZ, D. M. *et al.* Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 5, p. e20210008, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/Ntj6sMgKWb8JSkkmrw58nyQ/?lang=en>. Acesso em: 28 fev. 2022.

RAMEDLAV, W. *et al.* A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde*, v. 19, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tes/a/PDVNj7xLyJGYPxJvwVVFHDQ/>. Acesso em: 1 mar. 2022.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional online learning for primary healthcare: findings from a

scoping review. *BMJ Open*, v. 7, n. 8, p. e016872–e016872, 2017. doi:10.1136/bmjopen-2017-016872.

REEVES, S. *et al. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/21944044/Interprofessional_Teamwork_for_Health_and_Social_Care>. Acesso em: 20 ago. 2021.

REEVES, S.. The rise and rise of interprofessional competence. *J Interprof Care*, v. 26, n. 4, p. 253–255, jul. 2012. doi: *10.3109/13561820.2012.695542*.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*, v. 32, n. 1, p. 1–3, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J of interprof Care*, v. 19 Suppl 1, n. SUPPL. 1, p. 132–147, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096151/>. Acesso em: 2 fev. 2022.

SANTOS, D. de S. MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 3, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016

SCHNEIDER, B; EHRHART, M. G.; MACEY, W. H. Organizational Climate and Culture. *Annual Review of Psychology*, v. 64, p. 361–388, 2013. doi: https://doi.org/10.1146/annurev-

psych-113011-143809.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comun Saúde Educ*, v. 23, p. e170627, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SHANKARDASS, K. *et al.* The implementation of Health in All Policies initiatives: A systems framework for government action. *Health Research Policy and Systems*, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2018. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0295-z>. Acesso em: 4 fev. 2022.

SILVA, J. A. M. da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. Special Issue2, p. 16–24, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/5nLgyRMxrJfjRMTNSvD98VK/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SILVA, L. A. A. da *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. gaúch. enferm*, v. 38, n. 1, p. e58779–e58779, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SILVESTRE, A. Analise de Dados e Estatistica Descritiva. 1 ed. Escolar Editora. 2007.

SMITH-CARRIER, T. *et al.* “A More Rounded Full Care Model”: Interprofessional Team Members’ Perceptions of Home-Based Primary Care in Ontario, Canada. *J Interprof Care*, v. 34, n. 3–4, p. 232–251, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621424.2015.1108892>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SOUSA, M. de F. S. de *et al.* Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil. *Rev. CEFAC*, v. 19, n. 2, p. 213–220, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000200213>. Acesso em: 10 jan. de 2022.

TAWFIK, D. S. *et al.* Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience. *Clinics in perinatology*, v. 44, n. 3, p. 541, 2017. Disponível em: </pmc/articles/PMC5644508/>. Acesso em: 8 fev. 2022.

TOASSI, R. F. C.. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. *Interface - Comun Saúde Educ*, v. 20, n. 59, p. 1015–1025, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/3Jx3JbPVvxzvyWxTcj6RtVF/?lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2022.

VIEIRA, A.; EUGENIO, S.; GONZAGA, M. L. de S. A atuação do Assistente Social no Centro de Referência da Assistencial Social-CRAS *Revista de psicologia*, v. 13, n. 44, p. 962–977, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1669>. Acesso em: 2 mar. 2022.

VOLTOLINI, B. C. *et al.* Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto contexto enferm*, v. 28, p. e20170477–e20170477, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100316>. Acesso em: 30 mar. 2021.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. *Journal of*

health organization and management, v. 27, n. 1, p. 134–142, mar. 2013b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23734481/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. *Practice*, 2010.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. *Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 8, n. 3, CD000072, 2009. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

TÍTULO DO ESTUDO: Práticas colaborativas interprofissionais em espaços coletivos de unidades de saúde da família. **PESQUISADORES:** Pós-graduando Igor Henrique Teixeira Fumagalli e Profª Drª Silvia Matumoto.

O QUE É ESTE DOCUMENTO? Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado nos municípios da Departamento Regional de Saúde (DRS) de Ribeirão Preto. Este documento é chamado de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e explica a finalidade de sua participação, caso você aceite o convite. Fala dos possíveis riscos e benefícios, caso você aceite participar, além dos seus direitos como participante da pesquisa. Após analisar todas as informações e assim que forem esclarecidas todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento novamente.

POR QUE REALIZAR ESTE ESTUDO? As necessidades de saúde da população brasileira exigem um processo de formação dos trabalhadores da saúde para o alcance da integralidade no cuidado. Para isso, o trabalho em equipe com interação entre trabalhadores de diferentes profissões da área da saúde em um modelo colaborativo se torna fundamental. Contribuindo com esse processo, a prática interprofissional é uma atividade dinâmica em que os profissionais aprendem a trabalhar em conjunto para reconhecer as ações, saberes e papéis de cada profissão e de forma coletiva definirem os objetivos comuns na realização do planejamento do cuidado em saúde, para impacto positivo na assistência.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER? Este estudo visa entender como se dá a construção de práticas colaborativas no processo de trabalho interprofissional nos espaços coletivos de unidades de saúde da família do DRS XIII.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Você está sendo convidado para uma entrevista. Se você concordar, o pesquisador agendará uma entrevista em ambiente digital, através da plataforma Google Meet, em horário escolhido previamente, mantendo-se sigilo e privacidade. Esta entrevista será gravada para posterior transcrição. Neste momento você terá a oportunidade de refletir sobre o processo de trabalho de sua equipe. Durante o diálogo, poderei fazer algumas anotações em meu diário de campo. O tempo estimado para nosso encontro é de aproximadamente 30 minutos. Lembramos que a sua identidade será guardada em segredo, não será revelada qualquer informação a seu respeito ou que possa identifica-lo publicamente.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO? Você poderá se sentir desconfortável ou constrangido ao refletir sobre situações do seu cotidiano de trabalho bem como as atividades desenvolvidas pela sua equipe. Neste momento, você ficará à vontade para interromper a entrevista ou manifestar para o pesquisador alguma forma para redução/resolução do constrangimento ou mesmo solicitando ao pesquisador o reagendamento da mesma, mantendo sempre o respeito à sua liberdade de participação. Ou poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO? É possível que este estudo não lhe traga benefícios diretos, mas pode dar-lhe a oportunidade de reflexão sobre aspectos relacionados à sua formação, sobre seu processo de trabalho e contribuições para a construção e fortalecimento das atividades interprofissionais e práticas colaborativas em serviço. Além disso, pode haver o reconhecimento de limites e desafios deste

contexto. Não haverá pagamento por participação na pesquisa, mas acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir com o fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas possibilitando uma atenção à saúde de qualidade à população. Pretendemos divulgar o conteúdo desta pesquisa em congressos e publicações em revistas científicas, deixando sua identidade em sigilo.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO? Sua participação é voluntária, e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo, e desistir a qualquer momento. Se isso acontecer, suas informações serão excluídas deste estudo e não serão mais utilizadas.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO? Receber as informações do estudo de forma clara, esclarecer suas dúvidas, você terá o tempo que for necessário para decidir participar ou não do estudo, e também a liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento e não responder perguntas que o incomodem ou lhe cause qualquer constrangimento. Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer danos decorrentes do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso. Se isto acontecer, você tem direito a reclamar indenização, por parte dos pesquisadores e da Instituição envolvida. Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade) e sua vida privada (privacidade). Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO? Fale com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Este Comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. O contato pode ser feito através do telefone (16) 3315-9197, ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira, nos dias úteis, das 10h00 às 12h00 e das 14h00 às 16h00. **ASPECTOS ÉTICOS:** Este estudo segue a Resolução CNS 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será realizado somente após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP. **SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?** Fale diretamente com os pesquisadores responsáveis: IGOR HENRQUE TEIXEIRA FUMAGALLI e-mail: igor.fumagalli@usp.br, telefone (16) 99109-5983 ou SILVIA MATUMOTO telefone (16) 3315-3476, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br ou pessoalmente na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Você terá o tempo necessário para decidir sobre a sua participação na pesquisa. Ao assinar este Termo de Consentimento, você não abre mão de nenhum dos seus direitos. Este documento será assinado por você e pelas pesquisadoras, sendo todas as páginas rubricadas por todos. Uma via ficará com você, e outra com as pesquisadoras.

Eu declaro que li o Termo de Consentimento e autorizo a minha participação no estudo.

Nome do participante	Data	Assinatura
Igor Henrique Teixeira	Data	Assinatura
Silvia Matumoto – Pesquisadora	Data	Assinatura

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Caracterização do Participante

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação Profissional:

Há quanto tempo está na equipe:

Vínculo empregatício:

Jornada de trabalho:

Já exerceu cargo de gerencia na unidade:

Perguntas sobre tema da pesquisa

- Essa unidade foi escolhida por ter sido bem avaliada pelo PMAQ, descreva a equipe com quem você trabalha.
    - Quantos membros?
    - Quais profissões?
    - Quanto tempo trabalham juntos?
- Gostaria que você comentasse como vocês vem desenvolvendo um trabalho interprofissional na estratégia de saúde da família?
    - A equipe possui espaços para reuniões?
    - Visitas domiciliares?
    - Atendimentos compartilhados?

- Como são esses momentos?
- O que é discutido?
- Com que frequência elas ocorrem?
- As agendas dos profissionais possuem espaço destinado para essas atividades em equipe?
- Possuem documentações desses momentos?

- Você poderia detalhar mais (de acordo com as atividades que citar a cima)
  - Poderia fornecer exemplos?
- A equipe desenvolve ações com a participação da comunidade?
  - Atividades de Educação em Saúde, grupos
  - PSE
  - PTS
- Você gostaria de dizer alguma coisa mais sobre seu trabalho ou sobre a equipe?

ANEXO 1

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE XIII RIBEIRÃO PRETO
Avenida Independência n.º 4.770 – Fone – (16) 3607-4258
Jardim João Rossi – Ribeirão Preto – SP
e.mail drs13@saude.sp.gov.br

DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins que em reunião ordinária conjunta, a Comissão Intergestores Regional da CIR Aquifero Guarani, da CIR Vale das Cachoeiras e da CIR Horizonte Verde, **aprova por consenso**, a aplicação do projeto de pesquisa **"Espaços Coletivos para o Desenvolvimento de Práticas Coletivas Interprofissionais"** a realizar-se em 2021 nos municípios da abrangência do DRS XIII Ribeirão Preto.

Informo que a Ata da supracitada CIR encontra-se em elaboração.

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2020.

ADRIANA RUZENE
Diretor Técnico de Saúde III
DRS XIII Ribeirão Preto
Coordenador da Comissão Intergestores Regional
Aquifero Guarani
Vale das Cachoeiras
Horizonte Verde

ANEXO 2

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OFICIO 3888/2020 – CAPP
RACG/racg

Ribeirão Preto, 23 de novembro de 2020.

Prezada senhora,

Informo que a Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família e a Gerente da USF Eugênio Mendes Lopes/Prof Dr. Domingos A. Lomônaco da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa,

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"ESPAÇOS COLETIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS INTERPROFISSIONAIS"** sob a responsabilidade do pesquisador Igor Henrique Teixeira Fumagalli e orientadora Prof. Dra. Silvia Matumoto.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início da coleta de dados do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Rute Aparecida Casas Garcia
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Orientadora
Prof. Dra. Silvia Matumoto
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP
NESTA

ANEXO 3

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Espaços Coletivos Para o Desenvolvimento de Práticas Colaborativas Interprofissionais
Pesquisador: Igor Henrique Teixeira Fumagali
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 41142820.0.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.574.817

Apresentação do Projeto:
O projeto pauta-se na premissa de que o trabalho em equipe interprofissional e as práticas colaborativas são estratégias que contribuem para a melhoria da qualidade e do acesso da atenção em saúde. Para tanto, o estudo busca compreender a construção das práticas colaborativas empreendendo uma metodologia qualitativa e exploratória nas unidades de saúde da família da região de Ribeirão Preto a partir de entrevistas.
A pesquisa será realizada com equipes das unidades de saúde da família (USF) da DRSXIII - Ribeirão Preto

Objetivo da Pesquisa:
O presente estudo visa entender como se dá a construção de práticas colaborativas no Processo de trabalho interprofissional nos espaços coletivos de unidades de saúde da família do Distrito Regional de Saúde (DRS) XIII.

Específico:
• Identificar se as equipes possuem espaços coletivos para realizações de práticas colaborativas e se existem documentações físicas ou digitais desses momentos;
• Caracterizar de que forma se dão as práticas nesses espaços;
• Analisar quais suas potencialidades e fragilidades desses espaços para a construção de práticas

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.574.817

colaborativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O participante poderá se sentir desconfortável ou constrangido ao refletir sobre situações do seu cotidiano de trabalho bem como as atividades desenvolvidas pela sua equipe. Se caso ocorrer, o participante poderá solicitar a interrupção da entrevista ou manifestar para o pesquisador alguma forma para redução/resolução do constrangimento ou mesmo solicitando ao pesquisador o reagendamento da mesma. Será mantido sempre o respeito à liberdade de participação. O entrevistado poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Benefícios:

O estudo dará a oportunidade ao entrevistado de refletir sobre aspectos relacionados à sua formação, sobre seu processo de trabalho e contribuições para a construção e fortalecimento das atividades interprofissionais e práticas colaborativas em seu serviço. Além disso, pode haver o reconhecimento de limites e desafios deste contexto. Acreditamos que os resultados desse estudo possam contribuir com o fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas possibilitando uma atenção à saúde de qualidade à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo trata de uma investigação exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. O estudo abordará unidades de saúde da família (USF) da DRSXIII - Ribeirão Preto, que conta com 26 municípios. Para caracterização do cenário do estudo utilizaremos as informações referentes aos resultados da avaliação externa, terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em relação a utilização de reuniões e espaços coletivos na organização do processo de trabalho com potencial para desenvolvimento das práticas colaborativas, obtidos por meio da plataforma digital de acesso público, do Ministério da Saúde, e-Gestor. Posteriormente será selecionada uma equipe por município, que tenha sido mais bem colocada na avaliação externa PMAQ e desta um membro da equipe será convidado a colaborar com uma entrevista. Análise de Dados: será realizada uma análise estatística descritiva dos dados referentes a caracterização dos espaços coletivos, a fim de descrever e sumarizar o conjunto de dados e então será realizada a análise das entrevistas realizadas, com embasamento teórico da análise de conteúdo.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.574.617

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e estão de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 283ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP./USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1658063.pdf	15/12/2020 13:30:46		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/12/2020 13:30:16	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
Orçamento	Igor_Fumagalli_Orcamento.pdf	15/12/2020 13:30:03	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	15/12/2020 13:18:31	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
Outros	Oficio_concordancia_CAPP_Ribeirao.pdf	09/12/2020 09:53:27	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	09/12/2020 09:52:32	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
Declaração de concordância	autorizacao_drs.pdf	09/12/2020 08:44:01	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.574.817

Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	oficio_encaminhamentoCEP.pdf	01/12/2020 09:48:11	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/12/2020 08:54:28	Igor Henrique Teixeira Fumagalli	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 05 de Março de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br