

Natália de Paula Kanno

**Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração
interprofissional na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Tenório Correia da
Silva

SÃO PAULO

2022

Natália de Paula Kanno

**Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração
interprofissional na Estratégia Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Tenório Correia da
Silva

SÃO PAULO

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.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Kanno, Natália de Paula
Barreiras e fatores facilitadores para a
colaboração interprofissional na estratégia saúde da
família / Natália de Paula Kanno. -- São Paulo, 2022.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Andréa Tenório Correia da Silva.

Descritores: 1.Práticas interdisciplinares
2.Ciência da implementação 3.Atenção primária à saúde
4.Equipe de assistência ao paciente 5.Países em
desenvolvimento

USP/FM/DBD-456/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Kanno NP. Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração interprofissional na estratégia saúde da família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

À memória de minha madrinha Simone, pela inspiração de esforço e perseverança; à memória de minha avó Terezinha, por sua sabedoria e doçura; e à memória de minha avó Alzira, por seus sorrisos e simplicidade.

Agradecimentos

Ao meu marido, por todo amor, apoio e paciência.

À minha filha, pela compreensão dos dias ausentes, e pela alegria e leveza que trouxe em minha vida.

A meus pais Jorge e Sônia e minha irmã, por todo o apoio e amor.

Ao meu irmão Maurício, por todo o seu carinhoapoio e revisão do texto da dissertação.

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Andréa Tenório, minha eterna gratidão por seus valiosos ensinamentos, apoio, paciência e sabedoria.

À Prof^ª Dr^ª Marina Peduzzi, por todas as suas contribuições antes de iniciar o mestrado, após a qualificação e com o artigo produto desta dissertação.

À Prof^ª Patricia Soarez e à prof^ª Ana Claudia Camargo, por suas contribuições no artigo produto desta dissertação.

À Prof^ª Ana Flávia, por suas contribuições no exame de qualificação e na formulação do roteiro das entrevistas.

Ao Prof. Thiago Sarti e à Prof^ª Stella Nicolau, por suas contribuições no exame de qualificação.

Ao Departamento de Saúde Coletiva, por terem me aceitado como mestranda e terem me acolhido em diferentes situações.

À Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, pela autorização e colaboração para a realização da pesquisa.

A todos os profissionais de saúde participantes da pesquisa, pelas contribuições valiosas para o estudo.

A todos os profissionais de saúde, residentes, preceptores, gestores e apoios de gestão com quem eu já trabalhei, por todo o aprendizado, carinho e parceria.

A todos os usuários do SUS, por toda a motivação que me impulsionou a desenvolver esta pesquisa.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
Se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa do outro mundo,

é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja
intensa, verdadeira, pura
enquanto durar.”

Cora Coralina

RESUMO

Kanno NP. Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração interprofissional na estratégia saúde da família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributos essenciais o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Desse modo, a colaboração interprofissional é um pressuposto fundamental das práticas de cuidado na APS e está inter-relacionada à qualidade, à efetividade do cuidado e à segurança do usuário. No entanto, poucos estudos avaliaram fatores que interferem na colaboração interprofissional na APS, em particular em países de baixa e média renda. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família com a proposta de reorganizar a APS. Porém, mesmo com mais de 40 mil equipes responsáveis pelo cuidado de cerca de 134 milhões de pessoas atualmente, raros foram os estudos no país que investigaram fatores que afetam as práticas das equipes de saúde da família em relação ao trabalho em equipe e à colaboração interprofissional. Além disso, várias pesquisas têm utilizado a ciência da implementação para estudar o processo de implementação de práticas baseadas em evidências no cuidado em saúde com o intuito de melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde. Entretanto, raros foram os estudos que investigaram a colaboração interprofissional em serviços de saúde utilizando instrumentos da ciência da implementação. **Objetivo:** Caracterizar a colaboração interprofissional e identificar fatores que a influenciam na Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva da pesquisa de implementação utilizando o instrumento *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). **Método:** Trata-se de estudo qualitativo que utilizou a entrevista semiestruturada como técnica de produção de dados. Foram entrevistados trabalhadores da APS de três Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo, São Paulo. O roteiro da entrevista baseou-se em três dimensões do CFIR (características da intervenção/objeto em estudo, cenário interno e características dos indivíduos). As entrevistas foram transcritas, lidas e relidas para a análise de conteúdo. **Resultados:**

Foram entrevistados 15 trabalhadores da APS: três gerentes, três médicos, três enfermeiros, três agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. De acordo com as dimensões do CFIR investigadas, os participantes destacaram os seguintes aspectos: 1. Características da colaboração interprofissional: os diversos aspectos que compõem a colaboração interprofissional conferem alta complexidade para sua implementação no serviço de saúde; 2. Cenário interno: fatores que influenciam a colaboração interprofissional foram tempo para comunicação formal, interações sociais positivas entre os profissionais e características da liderança, como *feedback*, autonomia e participação nas decisões; 3. Características dos indivíduos: percepção da colaboração interprofissional tendo o objetivo comum de cuidado dos usuários e da necessidade da interação e integração entre os profissionais. **Conclusão:** Os resultados indicam possíveis ações para aprimorar a colaboração interprofissional na APS: tempo destinado a encontros previamente organizados entre os profissionais das equipes; além de ações para potencializar habilidades de comunicação, de liderança formativa e de *feedback* podem contribuir para melhorar a colaboração interprofissional.

Descritores: Práticas interdisciplinares; Ciência da implementação; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente; Países em desenvolvimento.

ABSTRACT

Kanno NP. Barriers and facilitating factors for interprofessional collaboration in the Family Health Strategy [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

Introduction: Primary Health Care (PHC) has as essential attributes access, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care. Thus, interprofessional collaboration is a fundamental assumption of care practices in PHC and is interrelated to quality, care effectiveness and user safety. However, few studies have evaluated factors that interfere with interprofessional collaboration in PHC, particularly in low and middle income countries. In 1994, the Ministry of Health created the Family Health Program with the proposal to reorganize the PHC, however, even with more than 40 thousand teams responsible for the care of about 134 million people today, there are few studies in the country that investigated factors that affect the practices of family health teams in relation to teamwork and interprofessional collaboration. In addition, several researches have used Implementation Science to study the process of implementing evidence-based practices in health care in order to improve the quality and effectiveness of health services, however, studies that investigated the interprofessional collaboration in health services using implementation science instruments were rare. **Objectives:** To characterize interprofessional collaboration and identify factors that influence it in Primary Health Care (PHC) from the perspective of implementation research using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) instrument. **Method:** This is a qualitative study that used the semi-structured interview as a data production technique. PHC workers from three Basic Health Units in the city of São Bernardo do Campo, São Paulo, were interviewed. The interview script was based on three dimensions of the CFIR (intervention characteristics, inner setting and characteristics of the individuals). The interviews were transcribed, read and reread for content analysis. **Results:** Fifteen PHC workers were interviewed: three managers, three nurses, three community health agents, two nursing technicians and one nursing assistant. According to the dimensions of the CFIR investigated, the

participants highlighted the following aspects: 1. Characteristics of interprofessional collaboration: the various aspects that make up interprofessional collaboration confer high complexity to its implementation in the health service; 2. Inner setting: factors that influence interprofessional collaboration were time for formal communication, positive social interactions between professionals; and leadership characteristics, such as feedback, autonomy and participation in decisions; 3. Characteristics of individuals: perception of interprofessional collaboration having the common objective of caring for users and the need for interaction and integration between professionals. **Conclusion:** The results indicate possible actions to improve interprofessional collaboration in PHC. The time allocated to previously organized meetings between the professionals of the teams, actions to enhance communication skills, formative leadership and feedback may contribute to improve interprofessional collaboration.

Descriptions: Interdisciplinary placement; Implementation science; Primary health care; Patient care team; Developing countries.

LISTA DE SIGLAS

ACS	agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i>
CNV	Comunicação não violenta
EqSF	equipe de saúde da família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PBE	Prática Baseada em Evidências
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	projeto terapêutico singular
RAS	Rede de Assistência à Saúde

SBC	São Bernardo do Campo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões e indicadores do Modelo de Colaboração de D'Amour.....	15
Quadro 2 – Dimensões e constructos utilizados para construção do roteiro desta pesquisa e CFIR.....	32
Quadro 3 – Dimensões e constructos de CFIR utilizados como referências para as categorias a priori da análise de conteúdo.....	35
Quadro 4 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios para seleção dos sujeitos desta pesquisa.....	31
--	----

Sumário

<i>LISTA DE SIGLAS</i>	
<i>LISTA DE QUADROS</i>	15
<i>LISTA DE FIGURAS</i>	
<i>Apresentação profissional</i>	
1. <i>INTRODUÇÃO</i>	1
2. <i>REVISÃO DE LITERATURA</i>	4
2.1. Estratégia Saúde da Família no Brasil: histórico, dimensões do trabalho e colaboração interprofissional	4
2.2. Dimensões do trabalho na Estratégia Saúde da Família	5
2.3. Colaboração interprofissional e trabalho em equipe	11
2.3.1. Modelo de Colaboração de D'Amour	14
2.3.2. Colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde	17
2.3.2.1 Colaboração interprofissional na APS e na ESF no Brasil	21
2.4. Ciência de implementação e práticas de cuidado em saúde	23
3. <i>JUSTIFICATIVA</i>	27
4. <i>OBJETIVOS</i>	28
4.1. Geral	28
4.2. Específicos	28
5. <i>MÉTODOS</i>	29
5.1. Tipo de estudo	29
5.2. Local de estudo e participantes	29
5.3. Produção dos dados.....	32
5.4. Análise dos dados	35
5.5. Procedimentos éticos	38
6. <i>RESULTADOS E DISCUSSÃO</i>	40
6.1. Dimensão Características da Intervenção	41
6.1.1 Constructo Complexidade	41
6.1.1.1 Clareza sobre o papel do outro e o seu próprio papel.....	42
6.1.1.2 Confiança no colega profissional	43
6.1.1.3 Alta rotatividade de profissionais nas UBS	44
6.1.1.4 Capacitação ou perfil do profissional para trabalho em equipe	45

6.2. Dimensão Âmbito Interno.....	45
6.2.1 Constructo Redes de Relações e Comunicação	45
6.2.1.1 Tempo para comunicação formal	46
6.2.1.2 Interações sociais positivas entre os profissionais e o papel do líder	47
6.2.2 Constructo Compromisso de liderança.....	48
6.2.2.1 Feedback realizado pela liderança	48
6.2.2.2 Promoção de autonomia e liderança participativa	50
6.3 Dimensão Características dos Indivíduos.....	51
6.3.1 Constructo Conhecimento e crenças sobre a colaboração interprofissional	
.....	51
6.3.1.1 Caracterização de “trabalho em equipe”	51
6.3.1.2 Percepção sobre integrantes da equipe.....	52
7. Limitações e forças do estudo.....	53
8. Conclusões e implicações práticas.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
<i>Anexo A - Roteiro de entrevista para os participantes (exceto gerentes)</i>	<i>70</i>
<i>Anexo B - Roteiro de entrevista para os participantes gerentes</i>	<i>73</i>
<i>Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	<i>76</i>
<i>Anexo D – Constructos do Consolidated Framework for Implementation Research</i>	<i>79</i>
<i>Anexo D – Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa</i>	<i>84</i>

Apresentação profissional

Formada há onze anos pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, logo fui trabalhar como médica da Estratégia de Saúde da Família em Diadema. Fiquei lá por dois anos, quando fui convidada para trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em São Bernardo do Campo, onde eu iria preceptorar internos da Unifesp. Fiz nesse período curso intensivo de Terapia Comunitária Integrativa e apliquei na prática em duas UBS.

Pelo contato com outros preceptores de São Bernardo do Campo, acabei me envolvendo com a área acadêmica e acabei me tornando preceptora de residentes de Medicina de Família e Comunidade após obter o título de médica de família e comunidade. Cheguei a fazer cursos de preceptoria, como o do UnaSUS (Universidade Aberta do SUS) pela Unifesp, em 2013; e o de preceptoria de Residência Médica no SUS, pelo Hospital Sírio-Libanês, em 2016. Durante o período em que fui preceptora, atuei com atividades teóricas organizando aulas, oficinas e seminários, além de ter supervisionado e ter feito orientação direta de médicos residentes de primeiro e segundo ano.

Desde o começo do ano passado, trabalho no Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Departamento de Atenção Primária à Saúde de São Bernardo do Campo. O objetivo deste núcleo é apoiar a qualificação da regulação realizada pelos NIRs das UBS de São Bernardo do Campo, além de realizar articulação com os demais departamentos e a Central de Regulação para melhorar processos regulatórios, atualizar protocolos e elaborar novos protocolos para especialidades e exames.

Meu interesse pelo tema da colaboração interprofissional se deu desde 2016, quando vivenciei na UBS onde eu trabalhava alguns conflitos entre profissionais de diferentes categorias. Isso me motivou a estudar mais sobre o tema para contribuir na efetivação da colaboração interprofissional, seja na UBS onde eu possa voltar a trabalhar, ou para auxiliar na qualificação das equipes de saúde da família por meio da gestão onde trabalho atualmente. Já cheguei a realizar oficinas sobre o tema de

mediação de conflitos para os residentes de medicina de família e comunidade enquanto estive como preceptora, assim como para profissionais do município e em um congresso brasileiro de medicina de família e comunidade. Também já ministrei aulas sobre trabalho em equipe para residentes de medicina de família e comunidade junto aos residentes da multiprofissional de Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido implantada e expandida em todo o mundo, especialmente nos países de baixa e média renda (1). Segundo Starfield (2), a APS possui quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade. A avaliação desses atributos são indicadores da qualidade do cuidado ofertado na APS. De acordo com Starfield, a acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços e acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica no serviço, sendo que acesso se relaciona ao atributo essencial da APS de primeiro contato (2). Já longitudinalidade é definida por Starfield como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”. A coordenação do cuidado é definida como “um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Por último, a integralidade é o atributo que estimula que a APS compreenda a variedade completa de necessidades correspondentes à saúde do paciente e ofereça os recursos para abordá-las (2). Para tanto, a colaboração interprofissional tem um papel essencial para efetivar os atributos essenciais da APS.

Desde o início do século XX, tem-se discutido sobre o trabalho interprofissional, sendo que, a partir da Segunda Guerra Mundial, houve um aumento significativo de suas produções científicas e de iniciativas sobre a temática (3). Em 2017, a Organização Panamericana de Saúde reforçou a necessidade urgente de seus Estados-Membro apoiarem e ampliarem os poderes e funções dos integrantes das equipes interprofissionais colaborativas da Atenção Primária à Saúde (APS), maximizando o potencial de cada profissional da equipe e equilibrando o compartilhamento de tarefas entre os profissionais (4). Também a Organização Mundial dos Médicos de Família, em 2018, defendeu a prática interprofissional colaborativa como uma das questões urgentes para a melhoria da equidade em saúde

(5). Apesar dessas recomendações, a incorporação da colaboração interprofissional nas práticas de cuidado continua sendo um desafio.

Há uma multiplicidade de termos que descrevem a colaboração interprofissional, sendo muitos deles utilizados como sinônimos, como multiprofissional ou interdisciplinar, apesar de diversos autores destacarem diferenças conceituais entre eles (6–8). Segundo Morgan (9), o termo colaboração interprofissional tem um sentido mais amplo, abarcando outros dois, “prática interprofissional colaborativa” e “trabalho em equipe”, este referindo-se a um trabalho interprofissional de intensa interdependência. Conforme Reeves et al (10), há diferentes elementos que contribuem para descrever trabalho em equipe: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada.

Existem evidências em vários aspectos em relação aos benefícios da colaboração interprofissional. Em relação ao aspecto dos profissionais, há estudos indicando maior satisfação da equipe quando aplicam práticas colaborativas interprofissionais (11,12), assim como menor nível de exaustão (13). Já em relação aos resultados para os pacientes, há estudos que apontam impactos em relação à satisfação dos pacientes e qualidade de vida, menor taxa de eventos adversos, menor tempo de hospitalização, menor taxa de mortalidade em pós-operatório (11), melhora no controle de diabetes e de hipertensão arterial sistêmica e redução de quedas em idosos (14). Entretanto, a maioria dos estudos investigou colaboração interprofissional em serviços de saúde hospitalares.

Fatores organizacionais (como compartilhamento de protocolos, política de clarificação de papéis e manejo da liderança) são tão importantes quanto os fatores interpessoais (como desafios das relações e respeito entre os membros da equipe) e os fatores sistêmicos (como liderança governamental, educação interprofissional e infraestrutura de informação) para a colaboração interprofissional (15). Morgan, Supper e Schadewaldt descreveram os fatores que atuam como barreiras ou facilitadores da colaboração interprofissional na APS focados seja no tipo de estudo, como de observação (9); ou no tipo de profissionais envolvidos, como médico-enfermeiro (16); ou focado nas demais relações profissionais (17). No entanto, a

maioria dos estudos realizados foi desenvolvido em países de alta renda, como Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia.

Na APS, ainda são poucos os estudos que investigaram a implementação da colaboração interprofissional. Nesse sentido, o Brasil possui um dos maiores programas de Atenção Primária à Saúde do mundo, a Estratégia Saúde da Família. Cada equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Atualmente, são mais de 40 mil equipes, que são responsáveis pelo cuidado de aproximadamente 134 milhões de pessoas em todo o território nacional (18). Essas equipes possuem como fundamento a colaboração interprofissional. Apesar disso, raros são os estudos que investigaram fatores que afetam as práticas das equipes de saúde da família no que se refere ao trabalho em equipe e à colaboração interprofissional.

Diante de um contexto no qual a Atenção Primária à Saúde é a base do sistema de saúde e a colaboração interprofissional pode comprometer a efetividade do cuidado, torna-se essencial compreender fatores e/ou contextos que afetam a colaboração interprofissional nas equipes de saúde da família. Portanto, este estudo tem como objetivo estudar barreiras e facilitadores para a colaboração interprofissional em equipes de saúde da família no município de São Bernardo do Campo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Estratégia Saúde da Família no Brasil: histórico, dimensões do trabalho e colaboração interprofissional

Nos últimos 50 anos, o Brasil passou por grandes mudanças sociais, demográficas e econômicas. A população cresceu de 94 milhões de pessoas em 1970 para 210 milhões em 2019 (19); a expectativa de vida passou de 52,3 anos em 1970 (20) para 76 anos em 2017 (21). O envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas marcam essa transição (20).

Em outubro de 1988, a partir da promulgação da nova Constituição Federal, completava-se o processo de retorno do Brasil ao regime democrático, assim como transformava a saúde em direito de cidadania com a origem do Sistema Único de Saúde (SUS) (22). Assim, o Brasil tornava-se o maior país do mundo a possuir um sistema público de saúde norteado pelo princípio da universalidade, além da equidade e da integralidade (23). Já em 1994, o Ministério da Saúde criava o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo reestruturar a Atenção Primária. Inicialmente criado como um programa vertical com o foco em serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes e de alto risco, o PSF tornou-se a principal estratégia de estruturação da APS no Brasil desde 1998 (20). Já em 2006, o Ministério da Saúde modifica o termo Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que esta não emite caráter transitório (24).

A ESF é composta por equipes de saúde da família (EqSF), sendo que é previsto que cada uma tenha médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com no máximo 750 pessoas para cada ACS (25) e em média 3 mil pessoas por equipe.

Nos últimos 20 anos, a cobertura de pessoas cadastradas pela ESF passou de 4,4% em 1998 (26) para 64,4% em 2019 no território brasileiro (18). Atualmente, a

ESF é responsável pela cobertura de aproximadamente 134 milhões de pessoas em todo o país (18).

2.2. Dimensões do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Quanto às atribuições das equipes de saúde da família como um todo focadas no trabalho em equipe, de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (27), são:

Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando à readequação constante do processo de trabalho

Outras atribuições relativas à colaboração interprofissional de todos os profissionais da equipe por esta portaria são:

Participar do processo de territorialização da área de atuação da equipe, identificando os indivíduos e família expostos a riscos e vulnerabilidades;

Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, inclusive no domicílio e em outros espaços comunitários, com atenção especial àqueles com necessidades específicas;

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local a partir de protocolos, diretrizes clínicas e prioridades;

Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, a partir de classificação de risco;

Realizar cuidado individual, familiar, visando intervir em processos saúde-doença individual e das coletividades;

Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica visando respaldar a gestão, planejamento e investigação clínica e epidemiológica;

Realizar busca ativa de notificar doença e agravos, considerar estes para o planejamento das ações no território;

Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/ emergência por causas sensíveis à APS para estabelecer estratégias que melhorem a resolutividade e longitudinalidade pelas equipes;

Já as atribuições relacionadas à colaboração interprofissional específicas do enfermeiro pela nova PNAB de 2017 são as seguintes:

realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações de acordo com os protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas estabelecidas pelo gestor federal, estadual ou municipal; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo

estabelecido pela rede local; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.

A atribuição referente à colaboração interprofissional específica do médico na ESF é a seguinte:

realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas.(27)

Quanto às atribuições dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem na ESF pela PNAB 2017 referente à mesma temática, são as que seguem:

participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício da sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação. (27)

Por último, as atribuições do ACS no que se refere à colaboração interprofissional são todas as seguintes:

Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam,

contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação de equipe;

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros;

Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática,

com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados (27).

A PNAB 2017 ainda inclui as seguintes atribuições aos ACS em caráter excepcional, atividades essas normalmente efetuadas por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Estas somente poderão ser realizadas se assistidas por profissional de nível superior, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados:

Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura

estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe (27)

Vale destacar que o processo de trabalho das EqSF se dá baseado em um território definido pela gestão. Os integrantes das EqSF devem atuar conjuntamente em prol da territorialização de sua área adscrita para programar ações de acordo com o perfil e necessidades da comunidade, considerando diversos elementos para a cartografia, como ambientais, históricos, demográficos, geográficos, sanitários, sociais e culturais (27).

A territorialização se relaciona com os atributos derivativos da APS, conforme Starfield, quando há um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS:

1) *centralização na família*, atributo observado quando a integralidade no cuidado dos usuários envolve seus ambientes e considerando o contexto familiar;

2) *competência cultural*, sendo a capacidade de realizar um cuidado efetivo e respeitoso compatível com as práticas culturais de saúde dos usuários;

3) e *orientação comunitária*, atributo relacionado à compreensão das características de saúde da comunidade e os recursos que ela disponibiliza (2).

Alguns estudos evidenciaram os impactos da implantação da ESF, observando-se uma melhora do acesso, uma redução das internações por condições sensíveis à APS, redução da mortalidade infantil (28), redução da morbi-mortalidade por doenças cerebrovascular e cardiovascular (29). Em um estudo nacional

longitudinal, Hone et al (2017) demonstraram que a expansão da implantação da ESF de 0% a 100% no período de 2000 a 2013 foi associada a uma redução da mortalidade por condições sensíveis à APS em 15,4% (RR 0,84; 95% CI: 0,79-0,89) no grupo negro/pardo e em 6,8% (RR:0,93; 95% CI: 0,8-0,974) no grupo branco; indicando que a expansão da ESF ajudou a reduzir a desigualdade em relação à mortalidade entre os grupos raciais no Brasil (28).

2.3. Colaboração interprofissional e trabalho em equipe

Na literatura, são utilizados diferentes termos para descrever trabalho colaborativo, como “colaboração interprofissional” e “trabalho em equipe”. Além disso, os termos multiprofissional, interdisciplinar e multidisciplinar são frequentemente utilizados de formas intercambiáveis (30). Peduzzi (7) e Furtado (8) indicam que interprofissionalidade se relaciona, na verdade, à esfera da prática profissional na qual se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, e interdisciplinaridade se refere ao diálogo entre diferentes disciplinas ou áreas de conhecimento. A metodologia de aprendizagem baseada em problemas exemplifica a aplicação da interdisciplinaridade, onde um problema educacional serve de motivação para a sua compreensão dentro de diferentes dimensões (biológica, psicológica e social), envolvendo diferentes áreas do conhecimento (31).

Em relação à variação de seus espectros, Vyt (6) explica que varia de um cuidado aos usuários de modo independente com mínima troca de informação (multidisciplinar/ profissional), até interdisciplinar/ profissional, na qual há um nível de colaboração mais profundo, chegando à colaboração transdisciplinar, quando há o nível mais intenso de engajamento entre os profissionais de saúde, principalmente em situações mais complexas. Outra variação é no uso para o termo “trabalho em equipe”. Muitas vezes é utilizado como um nível de colaboração mais profundo ou focado, em que os profissionais trabalham de maneira próxima, integrada e interdependente (10), e outras vezes com um significado mais amplo (9).

Colaboração enquanto trabalho interprofissional na APS, de acordo com Peduzzi, Agreli (32), pode se referir a duas modalidades que se alternam conforme as necessidades dos usuários e condições locais. A primeira é a colaboração em equipe, em que os profissionais buscam melhorias na qualidade da assistência, aperfeiçoando o trabalho entre os profissionais da própria equipe ou entre equipes de uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), colaborando entre si também para intensificar a participação dos usuários no cuidado clínico individual. A segunda é a colaboração em rede e com a comunidade, situação em que os membros da equipe procuram apoio na equipe em si e em outros serviços, setores e com os usuários, família a comunidade.

Aqui, será adotada a expressão “colaboração interprofissional” por remeter a um sentido mais amplo, conforme o conceito de Morgan, já que abarca outros dois termos: “prática interprofissional colaborativa”, utilizado para indicar componentes da colaboração implementados na prática; e “trabalho em equipe”, o qual indica um nível mais intenso de trabalho interprofissional, com intensa interdependência (9).

Em relação à definição do termo “colaboração interprofissional”, será utilizada a definição de Reeves et al (2010) para trabalho interprofissional: “é um tipo de trabalho interprofissional que envolve de forma ativa diferentes profissionais de saúde e de assistência social, os quais regularmente se unem para resolver problemas ou prover serviços” (10). Já trabalho em equipe seria aquele que envolve diferentes profissionais da saúde e/ou social que juntos trabalham de forma próxima, integrada e interdependente, com os objetivos comuns e identidade compartilhada a fim de prover serviços e resolver problemas de saúde (10). Em sua abordagem, Reeves et al (2010) indicam que há um continuum e complexo desenho (e não uma hierarquia linear de equipe “fraca” a “forte”) em que as equipes estão situadas em relação aos elementos que as caracterizam, conforme sua síntese a partir de revisão de descritores de trabalho em equipe: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada (10). Essa definição e essa abordagem de Reeves et al (2010) foram escolhidas por incluírem aspectos que se articulam aos objetivos deste estudo.

O trabalho interprofissional tem impactos tanto para os profissionais quanto para os indivíduos que recebem o cuidado em saúde. Um estudo revisou publicações sobre o tema de 1985 a 2006 e levantou as que comparam “equipes” com as “não-equipes”. Satisfação dos pacientes e qualidade de vida vinculada à saúde foram maiores nos grupos com equipes do que os de controle (11). Além disso, a revisão também apontou estudos que indicaram menor taxa de eventos adversos, menor taxa de mortalidade pós-cirúrgica, menor tempo de hospitalização e de readmissão ao paciente crítico com a intervenção de equipes efetivas (11).

Outras revisões apontaram estudos com resultados positivos para a saúde dos pacientes. Schraeder et al (33), em Illinois, destacaram uma redução significativa de mortalidade (49%) por todas as causas em seu estudo com pacientes acima de 65 anos com pelo menos um fator de risco no segundo ano de intervenção em um modelo colaborativo de médicos, enfermeiras e assistente de caso. Outro estudo mostrou um aumento de sobrevivência de quase o dobro em relação ao controle para pacientes com insuficiência cardíaca (12). Lutfiyya et al (14) realizaram uma revisão de escopo sobre os resultados de saúde com a colaboração interprofissional de artigos publicados nos EUA de 2010 a 2018, e ressaltaram os aspectos positivos sobre desfechos em saúde, como: melhora de hemoglobina glicada (2,3%) em pacientes com diabetes; melhor controle de pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica; e redução de quedas (31%) em idosos.

Já em relação aos impactos na saúde dos profissionais, há estudos que indicam resultados positivos também. A revisão de Martin et al (12) reuniu quatro publicações em que os profissionais participantes indicaram estar significativamente mais satisfeitos com seu cuidado nos grupos de modelos colaborativos. Cassard et al (34) indicaram um maior nível de satisfação da equipe em unidade de emergência com o aumento da integração da equipe através de reuniões interdisciplinares (11).

Exemplificando alguns estudos em particular, em um deles, realizado em seis estados australianos, foram aplicados um questionário de clima de equipe e uma escala de satisfação no trabalho para 654 profissionais da APS, incluindo médicos de família, e um questionário de avaliação a 7505 pacientes com doenças crônicas, resultando que o clima de equipe prediz melhor satisfação no trabalho para a equipe

assim como melhor satisfação dos usuários em relação aos cuidados recebidos (35). Em outro estudo, na Inglaterra, Borril et al (13) realizaram um grande estudo envolvendo 7000 profissionais da APS e uma amostra de 400 equipes de saúde. Essa pesquisa tinha como um dos objetivos entender como os processos de trabalho das equipes influenciavam a efetividade das equipes, principalmente em relação à qualidade do cuidado em saúde. Entre os achados, obteve-se que: quanto maior o número de profissionais, havia na equipe inovações de maior número e de maior magnitude relacionadas à melhoria de qualidade do cuidado dos usuários; e quanto melhor o trabalho em equipe, melhor a saúde mental dos profissionais (13).

2.3.1. Modelo de Colaboração de D'Amour

Com o intuito de ampliar a compreensão sobre a estrutura da colaboração e fornecer uma contribuição teórica sobre o tema, D'amour et al. (2008) desenvolveram um modelo de colaboração entre profissionais em organizações de saúde. Este modelo foi baseado no cenário da Atenção Primária à Saúde e a partir do conceito de ação coletiva em sociologia organizacional de Crozier e Friedberg, que a interpretam como um tipo de raciocínio para análise de processos político, social e econômico (36).

O Modelo de Estruturação de Colaboração pode ser utilizado para avaliar colaboração interprofissional e interorganizacional em organizações de saúde de tal forma a determinar a intensidade da colaboração e a ligação desta a diferentes variáveis, além de ser utilizada para implementar intervenções no sentido de intensificar tal colaboração. Este modelo é útil por reconhecer a complexidade do fenômeno da colaboração (36).

O modelo é formado por quatro dimensões, subdivididas em dez indicadores. Duas dimensões abrangem aspectos das relações entre os membros da equipe (compartilhamento de objetivos e internalização) e duas dimensões contemplam aspectos organizacionais (formalização e governança). O modelo e tipologia concebem um método de análise de colaboração que possibilita nortear em relação às

áreas em que são necessárias melhorias, quer sejam na organização ou na relação interprofissional (36). A seguir, segue uma descrição de cada indicador:

Quadro 1: Dimensões e indicadores no Modelo de Colaboração de D'Amour

Dimensão	Indicador	Descrição
<i>Compartilhamento de objetivos e de visão</i>	Objetivos	Relacionado a valores profissionais na forma de objetivos comuns, referindo-se àqueles de natureza consensual e abrangente.
	Orientação centrada no usuário vs outras prioridades	Orientação centrada no usuário em oposição a centrado nos interesses da profissão, da organização, dos próprios profissionais.
<i>Internalização</i>	Conhecimento mútuo	Profissionais conhecerem-se uns aos outros pessoalmente e profissionalmente, incluindo seus valores e níveis de competência, escopo de prática e formas de abordagem de cuidado promovidas em momentos de familiarização social em atividades de treinamento e eventos de trocas formais e informais.
	Confiança	Confiança um no outro em relação às competências e habilidades para assumirem responsabilidades, reduzindo incertezas com o outro.
<i>Governança</i>	Centralidade	Existência de uma direção clara e explícita que guie as ações para a colaboração por parte das autoridades centrais por meio da implementação de processos e estruturas colaborativos.

	Liderança	Liderança local que estimule a colaboração interprofissional e interorganizacional. Esta liderança pode ter sido designada para tal ou por iniciativa dos próprios profissionais. Quando a liderança se refere a uma posição, o poder não pode se concentrar em uma única pessoa; todos os profissionais devem ser ouvidos e participarem da tomada de decisões.
	Suporte para inovação	Como a colaboração leva a novas atividades e nova divisão de responsabilidades entre os profissionais e instituições, isso leva a mudanças na prática clínica e no compartilhamento de responsabilidades entre os colegas, o que representa inovações reais. Para que ocorra colaboração, é necessário um processo de aprendizagem e conhecimentos organizacionais técnicos internos e externos para dar suporte a este processo.
	Conectividade	Refere-se à interconexão das pessoas e organizações, quando há espaços para discussão e criação de ligação entre elas, permitindo rápidos e contínuos ajustes em resposta a problemas de coordenação.
<i>Formalização</i>	Ferramentas de formalização	Forma de tornar claras as responsabilidades dos profissionais e negociar quais aquelas compartilhadas, podendo ser: protocolos, acordos interorganizacionais, e sistemas de informação. Importante para os profissionais para eles saberem o que é esperado deles e o que devem esperar de seus colegas.
	Troca de informação	Existência e uso apropriado de uma infraestrutura de informação que permita troca de informações rápida e completa entre os profissionais.

Fonte: tradução pela autora desta dissertação (36)

2.3.2. Colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde

Existem, no entanto, desafios para a colaboração interprofissional na APS, como formas de manutenção de desigualdade de poder e desvalorização de profissionais não-médicos pela hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos, e falta de normativas institucionais valorizando todos os profissionais e assegurando o trabalho efetivo em equipe (37). Além disso, em estudo no Reino Unido, Ferlie (2005) mostra que existem dificuldades para o avanço nas inovações em saúde também porque as diferentes profissões possuem diferentes identidades e culturas profissionais, diferentes agendas de pesquisa e práticas, o que acarreta a falta de um terreno comum para diálogo (38).

Uma revisão de estudos de observação de colaboração interprofissional em equipes de APS realizados nos países Canadá, Reino Unido, Austrália e Suécia mostrou que oportunidades frequentes para uma comunicação informal e efetiva foi um dos elementos-chave para se atingir uma prática colaborativa. O uso de múltiplos canais de comunicação, seja síncronos ou assíncronos, desde que possibilitem acessar rapidamente as informações essenciais dos pacientes e que possam propiciar facilmente troca de informações e idéias, foi necessário para a criação de um conhecimento compartilhado, de desenvolvimento de objetivos em comum e da tomada de decisão clínica compartilhada (9). Além disso, notou-se no estudo a importância de uma configuração do espaço físico favorável para uma maior proximidade dos profissionais como fator facilitador da colaboração interprofissional, uma vez que os espaços precisam permitir que os profissionais consigam se reunir e/ou passem uns pelos outros ao longo do horário de trabalho e favoreçam o aumento da frequência da comunicação entre eles.

Baseado em grupos focais, um estudo realizado na Holanda descreveu fatores facilitadores e barreiras para a implementação da colaboração interprofissional para o desenvolvimento de planos de cuidado na APS (39). Os fatores foram divididos em cinco categorias:

- Relacionados aos pacientes: papel ativo, objetivos e desejos, autogestão;
- Relacionados aos profissionais: competências individuais, motivação e domínio do pensamento;
- Fatores interpessoais: diferença de linguagens, conhecimento um do outro, confiança e respeito e motivação;
- Fatores organizacionais: estrutura, composição, tempo, compartilhamento de visão, liderança e suporte administrativo;
- E fatores externos: educação, cultura, hierarquia, domínio de pensamento, leis e regulação, tecnologia de informação.

De acordo com Schadewaldt et al (40), os fatores que influenciaram a colaboração médico-enfermeiro na APS foram: clareza em relação ao papel da enfermeira e seu escopo de prática; habilidades complementares e ideologia na prática; confiança na competência um do outro; enfermeiras tomam o excesso de trabalho dos médicos; reciprocidade/ ausência de hierarquia; comunicação efetiva (incluindo o uso de tecnologias); suporte financeiro para as enfermeiras; confiança mútua e respeito; suporte aos médicos; responsabilidade compartilhada.

Em outra revisão de estudos qualitativos, houve destaque em relação a barreiras para a colaboração em equipes da APS na perspectiva de profissionais farmacêuticos, da saúde mental, fisioterapeutas, recepcionistas e assistentes sociais em países como Austrália, Estados Unidos da América, Nova Zelândia, Canadá e Grã-Bretanha. As principais barreiras foram: a falta de consciência quanto aos papéis e competências um do outro; a falta de informações compartilhadas; confidencialidade e responsabilidade; capacitação interprofissional; e monitoramento conjunto (17). Em relação à promoção da colaboração, foi levantado como principal fator o interesse pela colaboração, relacionado à percepção de oportunidade para melhoria da qualidade do cuidado e desenvolvimento de novos campos profissionais (17).

Vale ressaltar a relação da colaboração interprofissional com o acesso. Murray levanta a importância de não focar o trabalho da APS no médico para sua melhoria, já que relaciona o “gargalo” normalmente ao tempo desses profissionais. Propõe que a eficácia pode aumentar se determinadas tarefas forem transferidas dos médicos a outros profissionais de saúde. Sugere que protocolos sejam bem formulados para o equilíbrio dos papéis dos integrantes das equipes na APS (41). Neste sentido, propõe que os profissionais façam a si mesmo algumas perguntas: “Eu sou o profissional mais adequado para oferecer este atendimento? Outra pessoa poderia resolver da mesma forma? Há pessoas em situações clínicas que poderiam se beneficiar mais do que aquela que estou atendendo neste momento?” (41,42) Assim, a clarificação das funções de cada profissional da equipe na APS auxilia o trabalho colaborativo e, conseqüentemente, o acesso.

Cabe destacar, que o escopo de prática é determinado por processos de interação entre categorias profissionais e instituições, incluindo desde a regulação profissional, a atividades que o profissional realiza na prática e tem competência para exercer, levando-se em conta as habilidades adquiridas por meio de estudo e prática e as qualidades e atitudes do próprio indivíduo (43). Motivos para escopo de prática reduzido de profissionais são relacionados a: fatores pessoais; fatores relativos ao trabalho, como restrições legais, falta de suporte e infraestrutura, e sobrecarga de trabalho; fatores de competência, como a falta de treinamento e capacitação; e fatores externos ou comunitários, como a falta de demanda dos usuários (43)

No mundo todo, há uma grande discussão sobre uma área de sobreposição dos papéis do médico e da enfermeira na APS. A clarificação dos papéis dos profissionais contribui na definição de responsabilidades de cada profissional e na implementação apropriada de ações de cada um, o que tende a otimizar os escopos profissionais da prática, garantindo, assim, o manejo mais eficiente do paciente (44). Questões relacionadas ao escopo da prática de enfermagem têm sido um dos grandes fatores limitantes do processo de melhoria do acesso a partir da colaboração interprofissional na APS no SUS e em outros países. Segundo a Associação Americana de Práticas Avançadas, existem três categorias de escopo de prática de enfermagem de práticas avançadas: prática completa, reduzida e restrita. O Instituto

de Medicina dos Estados Unidos (EUA) recomenda a prática completa, porém, entre os diversos estados dos EUA que fazem parte das Áreas com Carência de Profissionais de Saúde da APS, a prática completa é liberada em apenas 20% dentre estes estados (45).

Laurant et al (2018), em uma revisão publicada na Cochrane, reforça a importância de aumentar o potencial de atuação do enfermeiro na APS como fundamental força de trabalho, concluindo que enfermeiros treinados para lidar com condições crônicas ou demandas urgentes promovem igual ou melhor qualidade de cuidado e resultados de saúde dos pacientes, quando comparados aos médicos da APS. Entretanto, há de se considerar que o tempo de consulta é provavelmente maior e os custos são incertos na mesma situação (46).

Proposta de modelo teórico sobre co-gerenciamento na APS entre profissionais médicos e profissionais de enfermeiros de práticas avançadas destaca três elementos chave nos quais está apoiada: comunicação efetiva, respeito e confiança mútua e alinhamento clínico/filosofia compartilhada de cuidado. Aqui, Norful et al (2018) diferenciam colaboração de co-gerenciamento indicando que neste todas as tarefas relacionadas aos cuidados dos pacientes, incluindo os agudos e crônicos e questões administrativas seriam divididas entre ambos (47).

Dicenso et al (2010), a partir de experiências no Canadá, também descreve como o uso mais otimizado do trabalho de enfermeiros podem contribuir para melhorar o acesso ao serviço de APS, como a discussão de casos pontuais, na qual, em geral, em cinco minutos de discussão entre enfermeiros e médicos de família, é possível dar resolutividade a casos que não seriam viáveis em atendimentos uniprofissionais (48). Isso reforça o resultado de um estudo sobre a percepção das enfermeiras quanto aos fatores que influenciam a colaboração interprofissional, já que elas perceberam a importância de tempo e da organização da agenda como importantes fatores organizacionais para a melhoria das relações colaborativas (49).

2.3.2.1 Colaboração interprofissional na APS e na ESF no Brasil

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este programa é uma estratégia que busca promover uma cultura de análise, avaliação e intervenção, estimulando as EqSF de capacidade de mudanças nas práticas de serviços, facilitando, assim, a ampliar o impacto da APS sobre as condições de vida da população (50). Com base em uma análise dos resultados dos dados de 17202 equipes participantes do PMAQ-AB de 2012, Chaves (2018) constatou que ações como “construção conjunta de projetos terapêuticos e organização conjunta de intervenções nos territórios qualificam e associam-se a melhor desempenho das equipes de APS”, melhorando sua capacidade para trabalhar em rede (50).

Outros fatores da colaboração interprofissional que influenciam positivamente a coordenação do cuidado na perspectiva do aumento da resolutividade da APS no Brasil seriam: fortalecer as equipes multiprofissionais, com aumento no número de equipes completas por UBS; aumento do escopo de prática de profissionais nas equipes de saúde da família, com maior coordenação clínica pelo enfermeiro e fortalecimento da coordenação horizontal pelo ACS (51)

Alguns estudos no Brasil vêm sendo realizados para investigar a colaboração interprofissional na APS, porém com enfoque na relação da equipe mínima da ESF (médico, enfermeiro, ACS e técnico de enfermagem) com o Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), criado em 2008 com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar o escopo de suas ações (52). Um dos estudos focou sua investigação nos fatores que influenciam a interdisciplinaridade¹ num cenário com residência multiprofissional em Saúde da Família de um município da Região Sul do Brasil (53). Algumas das barreiras para o compartilhamento de saberes apontadas foram: fragilidade do núcleo de competência profissional; a não valorização do seu próprio trabalho; disputas de poder;

¹ Termo utilizado pelo artigo indicado.

desconhecimento de como trabalhar de forma interdisciplinar; e limitações da formação na graduação.

Um estudo realizado na cidade de São Paulo indicou que a reunião de equipe pode ser fator facilitador para o trabalho compartilhado, possibilitando discussões de casos, planejamento e articulação de ações. Porém, para outros, as reuniões de matriciamento eram consideradas desperdício de tempo. Enquanto para alguns a presença do NASF nas equipes foi associada a alívio das demandas da ESF, para outros, foi indicada como sobrecarga de trabalho, uma vez que fica ampliado o escopo de ação das equipes (54).

Dentro das equipes mínimas, alguns estudos indicam um predomínio de hierarquia de poder entre os membros da equipe, especialmente no sentido de autoritarismo em relação ao ACS, prejudicando o trabalho colaborativo (37,55). Cardoso (55) problematiza essa questão quando identifica que, em seu estudo com ACS, nas equipes em que foi observado um maior predomínio de relações verticais e autoritárias, os ACS acabam adotando suas próprias estratégias de enfrentamento, percebidas pelos demais membros da equipe como descompromisso ou alienação. Prossegue questionando:

como propor aos ACS a função de facilitadores de vínculo, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e a participação da população quando estes são estimulados a ditar mudanças de comportamentos através de informações técnicas? Como esperar dos ACS uma relação dialógica e participativa com a comunidade, quando não conseguem vivenciar suficientemente este modelo das equipes em que trabalham e nas capacitações que recebem?

Uma das ferramentas recomendadas pelo Ministério da Saúde para melhoria do cuidado pelas equipes de saúde da família é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este se caracteriza como um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (56). Já apoio

matricial, é um suporte que intenciona ofertar tanto retaguarda assistencial como suporte técnico-pedagógico às equipes, como tem sido alguns dos objetivos do NASF (52,57). Vale destacar que a construção do PTS deve ser uma reunião em que todos os integrantes sejam da equipe ou do apoio matricial tem suas opiniões valorizadas para ajudar a entender o sujeito com demanda, sendo, portanto, um exemplo de prática colaborativa na APS (56).

No entanto, têm surgido no Brasil iniciativas na direção da ampliação da autonomia do enfermeiro em suas práticas clínicas, como a aprovação de protocolos de enfermagem por municípios de diferentes portes, a citar, Florianópolis, Porto Alegre, Brasília, Rio de Janeiro e Sapucaia do Sul. Esses protocolos permitem que, entre outras atribuições, os enfermeiros possam prescrever algumas medicações e solicitar exames que antes somente o médico poderia (58).

Mendes (2016) considera interessante formas de organizar os fluxos de modo a otimizar o tempo do médico. Assim, refere que trabalhos internacionais sugerem que o médico possa ter a função de cuidar dos atendimentos de eventos agudos de maior gravidade e das condições crônicas não agudizadas de maior complexidade, referindo a outros profissionais, além dos enfermeiros, os atendimentos de condições agudas de baixo risco, de condições crônicas não agudizadas de menor complexidade, de problemas mentais de menor gravidade, de atendimentos preventivos, da maior parte dos atendimentos domiciliares, das demandas administrativas, das pessoas hiper-utilizadoras e das enfermidades. Em Fortaleza, Ceará, por exemplo, há experiência que mostra enfermeiros solucionando 40% da demanda total com base em acolhimento e classificação de risco, sendo o restante encaminhada ao médico (59).

2.4. Ciência de implementação e práticas de cuidado em saúde

Em média, são necessários 17 anos para que as práticas baseadas em evidências (PBE) sejam incorporadas na prática de rotina de cuidado à saúde. Além

disso, somente metade delas acabam sendo amplamente difundidas para uso clínico (60). Há uma histórica distância entre a pesquisa e a prática em saúde, sendo que os pesquisadores em cuidado à saúde tradicionais não demonstram em geral grande interesse na tradução dos achados de uma pesquisa em elementos que impactem a saúde pública. Assim, a ciência da implementação vem para apoiar este processo, já que estuda “métodos para promover a adoção sistemática de achados de pesquisa e outras PBE na prática do cotidiano e, logo, para melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde” (60). Também é prioridade deste tipo de pesquisa compreender o motivo de determinada inovação ser implementada com sucesso em um local e não em outro (61); portanto, seu objetivo é desenvolver conhecimento generalizável, para ser amplamente aplicado além do seu objeto em estudo (60).

Assim, ao contrário da pesquisa clínica, que foca nos resultados em saúde de uma PBE, a ciência de implementação concentra-se em avaliar a qualidade do uso dessa PBE. Para exemplificar, o estudo dos efeitos de um programa para aumentar efetivamente o uso de terapia cognitivo comportamental poderia ser o foco de um estudo clínico, ao passo que medir a proporção de profissionais que aplicam terapia cognitiva comportamental ou de usuários que freqüentam um número mínimo de sessões seria a meta de um típico estudo de implementação (60).

Um desafio da ciência da implementação é a padronização em relação à terminologia. Nesse sentido, são apresentados a seguir alguns dos termos mais relevantes neste campo. ‘Implementação’ “é o processo de colocar em prática ou integrar intervenções baseadas em evidências dentro de um contexto” (62). Para a ciência da implementação, ‘contexto’ seria o conjunto de circunstâncias que circundam um processo de implementação específico (63).

Entre os instrumentos mais utilizados para a realização de pesquisa de implementação está o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR). Damschroder et al (2009) realizaram uma revisão sobre teorias de implementação e publicações de estudos empíricos para identificar fatores relacionados com a implementação efetiva. Assim, desenvolveram CFIR, um quadro conceitual que oferece uma tipologia abrangente com 39 constructos organizado para “promover o desenvolvimento e verificação de teorias sobre o que funciona, onde e

porque através de múltiplos contextos” (63). Cada constructo selecionado para essa seleção foi baseado na força de seu suporte conceitual ou em nível de evidência na literatura que influencie na implementação, além de ter alta consistência nas definições aliada à própria experiência dos autores e à potencialidade do uso de formas de mensuração (63). Os 39 constructos de CFIR são organizados em cinco domínios: características da intervenção, como o constructo força de evidência; cenário externo à implementação, como necessidades dos pacientes; cenário interno à implementação, como clima de implementação; características dos indivíduos, como conhecimento e crença sobre a intervenção; e processo, como planejamento (63).

O CFIR foi organizado para ser flexível à forma de seu uso nas pesquisas, desde a seleção dos constructos mais relevantes para cada contexto e intervenção (64), assim como ao momento em que será utilizado, se durante a coleta ou análise de dados, ou se antes, durante ou após uma determinada intervenção (61). Os constructos de CFIR podem ajudar a guiar o progresso da implementação, como no caso do uso após ou durante uma determinada intervenção, contribuindo para a identificação de barreiras e facilitadores para entender como a implementação pode ser aplicada em outros contextos e para vincular os constructos de CFIR com desfechos (se em estudos quantitativos ou métodos mistos) (61). Já no caso do uso na pré-intervenção, CFIR pode guiar entrevistas questionando quanto a barreiras potenciais antes do início de uma intervenção inovadora (61).

Em relação à aplicação de CFIR nos métodos, os estudos que o utilizam podem ser de origem qualitativa, quantitativa ou por método misto (61). Pode haver mais benefícios do uso de CFIR desde o roteiro da coleta de dados que somente no momento da análise da dados (61). É recomendável que, ao utilizar o CFIR, cada constructo seja selecionado conforme a relevância específica para o estudo e seja determinado o nível com que cada constructo seria utilizado (como em nível individual, da equipe ou do equipamento de saúde) (63).

O CFIR também pode ser aplicado em diferentes cenários, sendo um deles a APS (64). A partir dos resultados das pesquisas utilizando esta estrutura, é possível explicitar aos gestores em saúde onde mudar ou melhorar a implementação de uma intervenção em determinado local ou como replicá-la em outro contexto (64).

O CFIR é útil para esta pesquisa por dar suporte à identificação dos determinantes contextuais (as barreiras e os fatores facilitadores) da colaboração interprofissional na APS no contexto de uma cidade na região metropolitana de São Paulo. A partir do levantamento desses determinantes, será possível elencar estratégias de implementação para abordá-los, sendo que uma das formas é utilizar com prudência a ferramenta *CFIR-ERIC Implementation Strategy Matching Tool*, disponível no site www.cfirguide.org (65).

3. JUSTIFICATIVA

A colaboração interprofissional pode melhorar a qualidade do cuidado e a prevenção de desfechos indesejáveis em saúde, repercutindo na redução da morbidade e da mortalidade da população assistida na APS (13,66). Levando em conta que existe uma complexidade tal na APS que dificulta elencar as características essenciais mais significativas para a efetivação da colaboração interprofissional (9), é de grande relevância a investigação suas barreiras e fatores facilitadores. A maioria dos estudos existentes que tratam desta temática foram realizados em países de alta renda (17,30,40,67). O Brasil é um país de média-alta renda (67) e que possui um dos maiores programas de atenção primária do mundo (68), a ESF, que está sendo usado como modelo por outros países de baixa-média renda como Etiópia, Kenya e um grupo de 10 países africanos (38). São Paulo é uma grande região metropolitana, com cerca de 21 milhões de pessoas e cuja cobertura da ESF é por volta de 7,4 milhões de pessoas (18,69,70), configurando-se como um cenário propício para realização de investigações do tema na APS. Este estudo propõe-se a investigar, na perspectiva dos integrantes da equipe mínima da ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares/ técnicos de enfermagem e ACS) e de gerentes de UBS do município de São Bernardo do Campo, São Paulo, aspectos que influenciam a implementação da colaboração interprofissional na APS, com foco na identificação de barreiras e fatores facilitadores. Espera-se que a identificação desses aspectos permitirá elaborar estratégias para melhorar a efetividade da colaboração interprofissional, do ponto de vista das equipes e da gestão, melhorando a qualidade do cuidado à saúde.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Compreender aspectos que influenciam a implementação da colaboração interprofissional no cenário da Estratégia Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo, estado de São Paulo

4.2. Específicos

1. Identificar barreiras e facilitadores da colaboração interprofissional na perspectiva da ciência da implementação, conforme a percepção da equipe nuclear da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) e de gerentes de UBS.
2. Compreender os pontos estruturantes da implementação da colaboração interprofissional na equipe de saúde da família;

5. MÉTODOS

5.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa foi baseada em metodologia qualitativa, uma vez que permite “desvelar processos ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (71), além de ser mais adequada para investigar relações, histórias sob a ótica dos atores(71), o que está articulado aos objetivos dessa pesquisa. Utilizou-se da entrevista semiestruturada como técnica de produção de dados.

5.2. Local de estudo e participantes

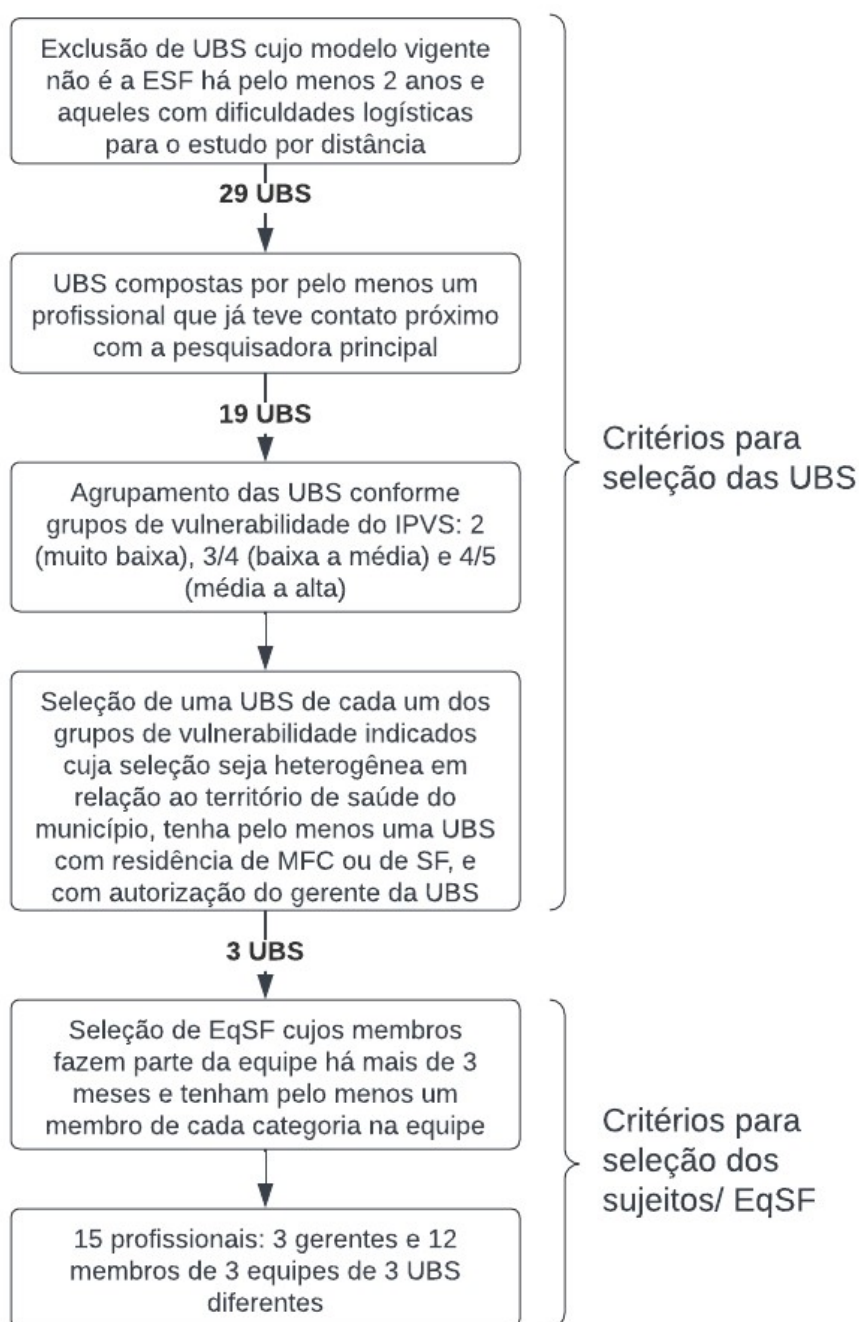
O estudo foi desenvolvido no município de São Bernardo do Campo (SBC), São Paulo. São Bernardo do Campo é uma cidade da Região Metropolitana de São Paulo, com uma população estimada em 838.936 pessoas e área de 409.532 km²(19). Tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 0,805, considerado muito alto e esperança de vida ao nascer em 2010 de 76 anos (72). São Bernardo do Campo possui 33 UBS e 155 EqSF (18), e desde os Planos Municipais de Saúde de 2009 e 2013, vem apontando a necessidade de qualificar e fortalecer a APS (73), como se percebe pelo aumento da cobertura populacional da ESF neste município, que passou de 18,51%, em 2010, para 63,33%, em 2020 (74).

Seleção dos sujeitos

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais que atuassem em EqSF deste município (médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)) e gerentes das UBS correspondentes. Foram

selecionadas UBS de diferentes regiões do município e com diferentes graus de vulnerabilidade, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) (23). Foram critérios de inclusão: profissionais que atuassem em equipes da ESF no mínimo há três meses; profissionais que atuassem em equipes compostas pelo menos com um membro de cada categoria da equipe mínima. Os critérios de exclusão foram: profissionais que já tenham tido contato próximo com a pesquisadora principal deste estudo; trabalhar em UBS que não inclui ESF. Buscou-se a diversidade de sujeitos em relação a gênero, idade, profissão, tempo de atuação na ESF, e vínculo ou não com a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou Multiprofissional de Saúde da família. A figura 1 indica o processo de seleção dos sujeitos da pesquisa.

Figura 1 – Critérios para seleção dos sujeitos desta pesquisa



Foi selecionada uma equipe de uma UBS-piloto para testar o roteiro das entrevistas. A partir dos achados e percepções do piloto, o roteiro foi reavaliado e modificado. Entre os meses de setembro a outubro de 2021, foram entrevistados 15 profissionais de saúde (três médicos, três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, três ACS e três gerentes de UBS) de três UBS

diferentes. Utilizou-se o critério de saturação das categorias temáticas para definir o número de entrevistas.

5.3. Produção dos dados

Em relação à técnica de produção de dados utilizada, as entrevistas semiestruturadas:

são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (76)

A partir das entrevistas, são coletadas as reflexões dos sujeitos da pesquisa sobre a realidade vivenciada que só podem ser conseguidas pela contribuição deles mesmos, sendo que constituem representações da realidade: idéias, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (71).

A forma de realização da entrevista é relevante para propiciar um discurso mais ou menos livre, atendendo aos objetivos da pesquisa. Para tanto, é importante que: antes da entrevista, o pesquisador tenha bem definido os objetivos da pesquisa; conheça com alguma profundidade o contexto em que pretende realizar a investigação; introjete o roteiro para evitar engargalos no momento das entrevistas válidas; tenha segurança e autoconfiança; apresente algum nível de informalidade sem perder de vista os objetivos da pesquisa (76); prepare-se para resistência dos participantes em contar sua história e para negociar espaço privativo para as entrevistas (77). Durante as entrevistas, é importante: deixar os participantes à vontade desde o início para que possam expor suas experiências; realizar questionamentos que incentivem os participantes a melhor suas experiências

peçoais; fazer o movimento de ir e vir na sequência de questões do roteiro, conforme a entrevista evolue, como num diálogo (77)

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa por contato por pessoalmente ou pelo WhatsApp®. Após a seleção das equipes, não houve nenhuma recusa de participação por parte dos profissionais. As entrevistas foram realizadas preferencialmente no horário de trabalho dos profissionais participantes, com a exceção de um profissional, conforme o desejo deste participante (ACS).

As entrevistas semiestruturadas foram, então, orientadas por um roteiro (anexos A e B) constituído por três partes: caracterização sociodemográfica dos participantes; questões gerais de trabalho em equipe (entendimento sobre o termo e indicação de fatores que o afetam); e questões relacionadas a três dimensões e quatro constructos do CFIR.

O instrumento da ciência da implementação *Consolidated Implementation Research Framework* (CFIR) foi utilizado para apoiar a construção do roteiro das entrevistas. Esta ferramenta foi resultado de uma revisão consolidando teorias de implementação e publicações de estudos empíricos, a fim de detectar fatores relacionados à implementação efetiva (63). Este instrumento é formado por 39 constructos organizados em cinco dimensões, que são: características da intervenção, âmbito externo, âmbito interno, características dos indivíduos e processo (63). CFIR foi organizado de modo que a forma de seu uso nas pesquisas fosse flexível, desde a seleção dos constructos mais relevantes para cada contexto até o momento em que seria utilizado (durante a coleta ou análise de dados) (61).

O quadro 2 lista as dimensões os e constructos de CFIR selecionados para apoiar a elaboração do roteiro das entrevistas. O motivo da escolha destas dimensões foram:

- “características da intervenção”: compreender a percepção dos profissionais sobre o grau de complexidade da colaboração interprofissional;
- “cenário interno”: compreender os diferentes aspectos internos da UBS que podem motivar os profissionais para a colaboração interprofissional sobre os quais há maior potencial de se realizar intervenções;

“características de indivíduos”: compreender as definições dos profissionais sobre trabalho em equipe para entender a necessidade de ajustes nesse aspecto.

Quadro 2 - Dimensões e constructos do CFIR utilizados para construção do roteiro desta pesquisa

Dimensão	Constructo	Perguntas sugeridas para o roteiro de entrevista
Características da intervenção	Complexidade	O quão difícil é implantar colaboração interprofissional? Quais as barreiras para a colaboração interprofissional?
Cenário interno	Tensão para mudança	Para você, o quão essencial é a colaboração interprofissional para atender as necessidades dos usuários ou outras metas e objetivos da organização? Na sua opinião, o quão disponíveis os profissionais da APS estão para as práticas relacionados à colaboração interprofissional?
	Clima de aprendizagem (subconstructo)	Você pode descrever uma recente iniciativa de melhoria de qualidade ou uma implementação da colaboração interprofissional? O que você faz quando você vê um problema em seu ambiente de trabalho? Até que ponto você sente que você pode tentar coisas novas para melhorar seu processo de trabalho no que se refere à colaboração interprofissional?
Características dos indivíduos	Conhecimento e crenças sobre a colaboração interprofissional	Para você, o que é trabalho em equipe? Você acha que a colaboração interprofissional é efetiva em seu ambiente de trabalho? Na sua opinião, o quanto a colaboração interprofissional está sendo utilizada em seu ambiente?

Fonte: www.cfirguide.org(78). Adaptação realizada pelas pesquisadoras

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e 20 minutos, sendo realizadas em ambientes reservados dentro das UBS correspondentes dos profissionais durante o horário de trabalho de cada participante. Foram gravadas em

áudio com celular e transcritas com apoio do software Sonix. A pesquisadora principal revisou todas as transcrições.

5.4. Análise dos dados

O tratamento dos dados deu-se por análise de conteúdo com o apoio do software NVivo 1.6.1. Por meio da abordagem dedutiva, CFIR foi utilizado na análise dos dados inicialmente para selecionar os constructos das três dimensões descritas relacionados a cada trecho das entrevistas, a fim de compreender aspectos que afetam a colaboração interprofissional nas EqSF. Em seguida, a partir da leitura transversal das entrevistas, foram levantadas novas categorias indutivas elaboradas dentro dos constructos elencados de CFIR (26). As categorias a priori utilizadas como referência estão indicadas abaixo no quadro 3.

Quadro 3 - Dimensões e constructos de CFIR utilizados como referências para as categorias a priori da análise de conteúdo

	Construto	Breve descrição
I. DIMENSÃO: CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO		
A	Origem da intervenção	Percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida interna ou externamente.
B	Força e qualidade da evidência	Percepção dos principais interessados de que a qualidade e a validade da evidência sustentam a crença de que a intervenção terá os resultados desejados.
C	Vantagem relativa	Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção versus uma solução alternativa.
D	Adaptabilidade	Em que medida a intervenção pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais.
E	Testabilidade	A habilidade de testar a intervenção em pequena escala na organização e ser capaz de reverter (desfazer a implementação) se necessário.
F	Complexidade	Dificuldade percebida da implementação, refletida pela duração, escopo, radicalidade, perturbação, centralidade, complexidade e número de passos necessários para

		implementar.
G	Qualidade do projeto e da apresentação	Excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada.
H	Custo	Custos da intervenção e custos associados à implementação da intervenção, incluindo investimento, fornecimento e custos de oportunidade.
II. DIMENSÃO: CENÁRIO INTERNO		
A	Características Estruturais	A arquitetura social, idade, maturidade e tamanho de uma organização.
B	Redes de relações e comunicações	Natureza e qualidade das redes de relações sociais e, natureza e qualidade da comunicação formal e informal numa organização.
C	Cultura	Normas, valores e premissas básicas de uma determinada organização.
D	Clima de implementação	A capacidade de absorção para mudança, receptividade compartilhada para uma intervenção entre os indivíduos envolvidos e, em que medida a utilização de tal intervenção será recompensada, apoiada e esperada na organização.
1	Tensão para mudança	Em que medida os principais interessados compreendem a situação atual como intolerável ou requer mudança.
2	Compatibilidade	O grau de ajuste tangível entre os valores e significados ligados a intervenção pelos indivíduos envolvidos; como estes se alinham às normas, valores, riscos e necessidades percebidas pelos indivíduos; como a intervenção se encaixa nos fluxos e sistemas de trabalho existentes.
3	Prioridade relativa	Percepção compartilhada dos indivíduos sobre a importância da implementação numa organização.
4	Incentivos e recompensas organizacionais	Incentivos extrínsecos, como prêmios de compartilhamento de metas, revisão de desempenho, promoções, aumentos salariais e outros incentivos menos tangíveis, tais como aumento da importância ou respeito.
5	Metas e retroalimentação	Em que medida as metas são comunicadas claramente, tratadas e retroalimentadas à equipe e o alinhamento dessa retroalimentação com as metas.
6	Clima de aprendizagem	Um clima no qual: a) os líderes expressam a sua falibilidade e necessidade de assistência e contribuição dos membros da equipe; b) os membros da equipe sentem que são essenciais, valorizados e parceiros reconhecidos no processo de mudança; c) os indivíduos se sentem psicologicamente seguros para tentar novos métodos; e d) há tempo e espaço suficiente para a reflexão e avaliação.
E	Prontidão para implementação	Indicadores tangíveis e imediatos do compromisso da organização na sua decisão de implementar a intervenção.
1	Compromisso da	Compromisso, envolvimento, e responsabilização dos

	liderança	líderes e gestores com a implementação.
2	Recursos disponíveis	O nível dos recursos alocados para a implementação e operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo.
3	Acesso ao Conhecimento e à Informação	Facilidade de acesso à informação assimilável e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-los às tarefas do trabalho.
III. DIMENSÃO: CARACTERÍSTICAS DE INDIVÍDUOS		
A	Conhecimento e crenças sobre a intervenção	Atitudes individuais em relação à intervenção e valores atribuídos à intervenção, assim como a familiaridade com fatos, verdades e princípios relacionados à intervenção.
B	Autoeficácia	Crença individual na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação.
C	Estágio individual de mudança	Caracterização da fase em que um indivíduo está, à medida que ele ou ela avança para um uso habilidoso, entusiasmado e sustentável da intervenção.
D	Identificação individual com organização	Um constructo amplo relacionado à como os indivíduos percebem a organização, seu relacionamento e grau de compromisso com essa organização.
E	Outros atributos pessoais	Um constructo amplo que inclui outros traços pessoais, como tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem.

Fonte: [https://cfirguide.org/constructs-portuguese/\(25\)](https://cfirguide.org/constructs-portuguese/(25))

A análise do material trazido do campo baseou-se nas seguintes etapas sugeridas por Minayo (79):

- Impregnação ou saturação: ordenamento e organização do material obtido no estudo de campo, investindo em sua compreensão, dando seu devido valor, ênfase, espaço e tempo. A ordenação constitui um trabalho organizativo dos textos teóricos e referências que balizaram o projeto e das entrevistas. A leitura das falas deve ser prioridade em leitura atenta e cheia de perguntas.
- Tipificação do material: fase de transição entre empiria e elaboração teórica. Deve-se lembrar de evitar interpretação precipitada e que o esforço compreensivo é no sentido de valorizar ao máximo os achados de campos. Para isso, deve-se: organizar os relatos e dados de observação em certa

ordem, separando por perfis dos participantes, visando a leitura das homogeneidades e das diferenciações que possibilitem fazer comparações entre os subconjuntos; de leituras horizontais de impregnação, passar para elaboração transversal do conjunto ou de cada subconjunto do material, com a intenção de fazer recortes das falas ou do material da observação; por último, avançar na compreensão das estruturas de relevância realizando nova leitura e organização, tentando arrumar em quatro a cinco tópicos destacados pelos participantes pela reiteração. Após compreensão do sentido relatado pelos entrevistados e do material do que observou no campo, é preciso ultrapassar o nível descritivo.

- Exercitar a interpretação de segunda ordem: após leitura de impregnação do material que gerou as categorias empíricas, inicia-se um novo processo de teorização. Neste ponto, é importante a busca de referências nacionais e internacionais para cada unidade de sentido.

5.5. Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida para avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) sob o Parecer nº 4.406.541, de 18 de novembro de 2020, e pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo, sendo aprovada em ambas as instituições. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos do estudo, bem como em relação ao sigilo dos seus dados, e foi solicitada a todos os participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), conforme Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Assim, como garantia de anonimato, os participantes foram identificados pela letra M (médico/a), E (enfermeiro/a), T (técnico/a ou auxiliar de enfermagem), A (ACS) ou

G (gerente) seguido de números correspondentes à respectiva UBS. Nenhum profissional recusou realizar a entrevista.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes era mulher (73%), tinha idade entre 22 a 59 anos, a cor da pele branca e orientação sexual heterossexual foram mais frequentemente autorreferidos. Dez profissionais tinham algum contato com residentes da MFC e da residência multiprofissional de Saúde da Família. A média de tempo de atuação na APS foi de oito anos. Já a média de tempo na equipe foi de 2,9 anos para os participantes não gerentes. Informações completas sobre as características sociodemográficas dos participantes estão disponíveis no quadro 4.

Quadro 4 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Participante	Categoria	UBS	Grau de vulnerabilidade da área da UBS conforme IPVS (2010)	Idade	Raça/cor	Sexo biológico	Orientação sexual	Tempo de formado Ensino Superior (anos)	UBS com residência?	Tempo na prefeitura (anos)	Tempo na UBS (anos)	Tempo na equipe (anos)
A1	ACS	1	muito baixa	58	parda	M	heterossexual	-	Não	11	11	6
A2	ACS	2	baixa a média	29	parda	F	heterossexual	-	Sim, MPSF ¹	8	8	1
A3	ACS	3	média a alta	45	negra	F	heterossexual	-	Sim, de MFC ²	10	10	6
E1	enfermeira	1	muito baixa	33	branca	F	heterossexual	12	Não	13	1,5	0,33
E2	enfermeira	2	baixa a média	38	branca	F	heterossexual	16	Sim, MPSF ¹	2,33	2,33	1,5
E3	enfermeira	3	média a alta	29	branca	M	heterossexual	6	Sim, de MFC ²	1	1	1
G1	gerente	1	muito baixa	44	branca	F	heterossexual	8	Não	9	1,66	-
G2	gerente	2	baixa a média	47	branca	F	heterossexual	13	Sim, MPSF ¹	16	3	-
G3	gerente	3	média a alta	47	branca	F	heterossexual	23	Sim, de MFC ²	12	1,66	-
M1	médica	1	muito baixa	59	parda	M	heterossexual	35	Não	3	0,5	0,5
M2	médica	2	baixa a média	38	amarela	M	heterossexual	11	Sim, MPSF ¹	1,3	1,3	1,3
M3	médica	3	média a alta	38	branca	F	heterossexual	11	Sim, de MFC ²	11	1	1
T1	técnica de enfermagem	1	muito baixa	40	branca	F	heterossexual	6	Não	3	3	3
T2	auxiliar de enfermagem	2	baixa a média	55	branca	F	heterossexual	23	Sim, MPSF ¹	21	21	2
T3	técnica de enfermagem	3	média a alta	22	branca	F	heterossexual	5	Sim, de MFC ²	1,67	1,67	1,67

MFC¹ : Medicina de Família e Comunidade; MPSF²: multiprofissional de Saúde da Família

Serão descritos a seguir os achados referentes a cada dimensão e a seus respectivos constructos.

6.1. Dimensão Características da Intervenção

6.1.1 Constructo Complexidade

Os participantes destacaram diferentes aspectos da colaboração interprofissional que caracterizam sua complexidade para implementação e sustentabilidade, com destaque para habilidades comunicacionais, a autonomia do profissional e a estrutura física do serviço de saúde.

“cada um tem que tirar um pouquinho da vaidade de lado e ser mais aberto à escuta assim né? [...]acho que se a gente não consegue se comunicar, a gente acaba ou trabalhando errado ou até mais às vezes, também retrabalho.” E3

“Eu acho que dar condições de trabalho, desde o espaço físico que permita que uma equipe possa se desenvolver no serviço até recursos, né? E também eu acho que autonomia é algo que faz muita diferença para que uma equipe possa trabalhar bem.” G3

A complexidade da colaboração interprofissional é analisada por D’Amour et al (2015) e D’Amour et al (2008). O modelo de Estruturação de Colaboração utilizado por Damour exemplifica a complexidade da colaboração interprofissional, uma vez que ele envolve desde “confiança” até “ferramentas de formalização”, passando por questões relacionadas à governança como “suporte para inovação”(36). Outro modelo que ratifica a complexidade da colaboração é a Estrutura Nacional de Competências Interprofissionais, que inclui competências em relação à liderança colaborativa, à resolução de conflitos, ao funcionamento da equipe, à clarificação dos papéis, à comunicação interprofissional e à atenção centrada no usuário, família e comunidade (80).

Os sujeitos destacaram as dificuldades percebidas para que a colaboração interprofissional ocorra de modo efetivo na APS. Os participantes descreveram dificuldades comunicacionais entre os colegas de equipe, em parte relacionadas à falta de empatia ou confiança no colega, por desconhecerem os papéis de cada profissional ou por falta de tempo para se comunicarem adequadamente. Também foram enfatizadas questões relacionadas falta de recursos humanos e alta rotatividade dos profissionais e à falta de capacitação dos mesmos para o trabalho em equipe, questões discutidas abaixo.

6.1.1.1 Clareza sobre o papel do outro e o seu próprio papel

Os profissionais indicaram que o conhecimento do papel do outro e do seu próprio papel influencia na colaboração interprofissional. Entre ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem, o enfermeiro da equipe é quem normalmente contribui para que os profissionais melhorem essa competência. Foi destacada a dificuldade de entendimento do papel do assistente social junto às EqSF, gerando certa insatisfação por parte das equipes.

“Então existe a angústia da equipe como um todo e minha mesmo, sabe? O que mais eu posso fazer para essa equipe, para essa família perdão né? E hoje mesmo eu estava discutindo esse caso com a assistente social e falei assim: ‘Então qual o teu papel nessa história?’ [...] Eu sugeri a ela, sabe, abrir um espaço de conversa em que ela exponha melhor qual é o papel dela né? Porque às vezes a gente quer tanto dela e às vezes não é tudo dela né?” M3

O National Interprofessional Competency Framework descreve de que forma esta competência se dá:

“descrevendo o próprio papel e o do outro; reconhecendo e respeitando a diversidade de papéis, responsabilidades e competências em saúde e assistência social; desempenhando seu próprio papel de forma respeitosa culturalmente; comunicando papéis, conhecimento, habilidades e atitudes usando linguagem apropriada; acessando habilidades e conhecimentos do outro por

meio de consulta ao outro; considerando os papéis dos outros ao determinar seu próprio papel profissional e interprofissional; e integrando competências e papéis” (80)

A falta de clareza em relação ao papel e à responsabilidade dos profissionais de cada área pode levar a conflitos, ações de saúde duplicadas ou lacunas nas tarefas da equipe e subutilização das habilidades de determinado profissional (81). Da mesma forma como o resultado desta pesquisa indicou, uma liderança efetiva tem um papel relevante na clarificação dos papéis dos profissionais (81), o que propicia a redução de disputa de poderes, a integração de novos papéis na equipe e a colaboração interprofissional (44).

6.1.1.2 Confiança no colega profissional

Aliada à questão do conhecimento do papel do outro, os profissionais também indicaram a necessidade de confiar na capacidade e habilidade do colega em realizar determinadas ações de saúde não sejam realizadas somente por um determinado profissional, equilibrando as tarefas da equipe e para o melhor cuidado dos usuários.

“Uma coisa legal que ela [uma enfermeira] fez aqui foi capacitar todos os funcionárias para amamentação. [...] Mas ela fez uma capacitação se chegar uma mãezinha hoje aqui é claro que não é, mas todo mundo sabe orientar alguma coisa referente à amamentação. Então isso é muito legal também, né? Porque ela multiplicou o saber dela [...]” G2

Conforme o Modelo de Colaboração Interprofissional de D’Amour (36), a confiança remete a: “confiança um no outro em relação às competências e habilidades para assumirem responsabilidades, reduzindo incertezas com o outro” (36). A confiança é estabelecida por meio da forma como um profissional age com o outro em termos de habilidades e atitudes e, para o seu desenvolvimento, é preciso investimento de tempo, esforço e experiências anteriores positivas (82). Em

equipamentos de saúde de alta pressão, a confiança depende fortemente da manifestação da competência de cada um e da forma como esta é expressa pela comunicação(83). Assim, em ambientes onde há um alto grau de confiança entre os profissionais, é esperado um alto grau de comprometimento com tarefas da equipe e maior efetividade da equipe (83).

Há diversas razões para haver desconfiança entre os profissionais: dúvida em relação ao objetivo do outro em promover cuidado aos usuários; receio de perder território; diferentes escopos de práticas; imagem negativa da profissão do outro; e falta de confiança nas habilidades do outro e falta de consciência em relação ao papel do outro no cuidado dos usuários (84).

6.1.1.3 Alta rotatividade de profissionais nas UBS

Também foram destacadas questões relacionadas às condições de trabalho, referindo-se à falta de recursos humanos aliada à alta rotatividade de profissionais. Respectivamente, conforme os participantes, estes fatores geram sobrecarga de trabalho pela necessidade de cobrir a falta de profissionais levando a um menor tempo de trabalho destinado para a sua própria equipe, e comprometem a criação de relações de trabalho e entrosamento entre os profissionais.

“Fazer com que as pessoas se relacionem, construam relações e que a gente tem equipes que possam também ter o seu tempo até para ter as suas dificuldades e depois se reconstruir, porque o que a gente vê sempre é que quando parece que está tudo caminhando bem, aí é um médico que vai embora, é um enfermeiro que...” G3

Dificuldades ao longo do tempo de contato entre os membros das equipes podem ser importante fonte de aprendizado, sendo base para a resiliência grupal (85). Desta forma, um tempo maior de convivência na mesma equipe pode ser um indicador de maior chance de amadurecimento do grupo (85) e de sensação de pertencimento à equipe (86). Uma alta taxa de rotatividade de profissionais impossibilita a manutenção de equipes integradas, fundamental para a colaboração interprofissional, além de diminuir a produtividade e aumentar custos pelo tempo gasto em treinamentos e novas contratações (87).

6.1.1.4 Capacitação ou perfil do profissional para trabalho em equipe

Apesar de quase todos os profissionais não terem recebido formação específica para trabalhar em equipe, a capacitação e perfil dos profissionais para o trabalho em equipe foi referido como outra dificuldade para a colaboração interprofissional, uma vez que muitos relataram a falta de experiência de colegas da UBS em trabalhos de integração direta com outros profissionais ou possuem dificuldades por ego ou competição.

“Então, se eu vou trabalhar com outro ACS que não está preparado para o trabalho em equipe, às vezes, ele vai ter algum tipo de rixa, que ele vai achar que eu [estou] querendo aparecer mais e aí pode dificultar o trabalho.” A2

Já em relação à capacitação para colaboração interprofissional, a crença de que os profissionais intuitivamente teriam condições de trabalhar colaborativamente não se confirma por exemplos de diversos sistemas de saúde (10). Oportunidades prévias em Educação Interprofissional propiciam um melhor preparo aos profissionais de saúde para uma prática integrada em equipe, em que o foco seja a colaboração e o reconhecimento da interdependência dos profissionais em vez de competição e fragmentação (7,37).

6.2. Dimensão Âmbito Interno

6.2.1 Constructo Redes de Relações e Comunicação

Para os profissionais, aspectos relevantes relacionadas à comunicação foram: o tempo reservado para comunicação formal entre os profissionais da equipe e aspectos interacionais entre os profissionais.

6.2.1.1 Tempo para comunicação formal

Apesar de todos os participantes ter referido haver oportunidade de encontro semanal com toda a equipe em reunião semanal, quase todos os profissionais referiram que o tempo de reunião de duas horas previsto entre os membros era insuficiente, motivando constantes trocas informais entre os profissionais no meio de agenda cheia pela pressão assistencial e até mesmo trocas fora do horário de trabalho. Essa questão foi mais presente nas falas de profissionais com menor tempo de expediente em comum entre os membros da mesma equipe e entre profissionais das UBS em áreas com moderada e alta vulnerabilidade pelo IPVS (75), as UBS 2 e 3.

“Eu pedi também para ter horário para uma reunião só eu e o enfermeiro para afinar seja as consultas compartilhadas, seja o que ele está captando do acolhimento[...], seja questões com as nossas ACS[...]. E aí acaba sendo uma coisa meio que... eu terminei meu trabalho, mando um áudio para ele. Estou correndo para buscar as crianças na escola e estou mandando áudio”M3

“Eu acho que embora a gente tem um bom diálogo [...], eu sinto que falta tempo para a gente conseguir avaliar os processos e programar determinadas atividades e criar processos terapêuticos para os pacientes [...]Então falta RH, a demanda é grande, mas se a gente parar e se planejar, é possível [aumentar o tempo de reunião de equipe].”E2

A partir de outra perspectiva, o tempo também foi indicado como barreira para a interação interprofissional significativa no âmbito da APS em um estudo canadense, mostrando que a rotina com agendas muito preenchidas não permitia trocas casuais entre eles, apesar de que havia oportunidades para comunicações breves e focadas em tarefas específicas (86). Uma estratégia e consequência relatada pelos participantes para contornar a falta de tempo formal para trocas com a equipe foi o uso da ferramenta de troca de mensagens WhatsApp®, muitas vezes fora do horário de trabalho. Savio et al (2021) corrobora esse achado em seu estudo sobre

gestores, mostrando que a utilização desse meio de comunicação de uso pessoal acaba possibilitando aos membros da equipe uma disponibilidade maior de contato que o tempo de expediente do profissional, reduzindo a separação entre vida pessoal e trabalho (90). Porém, diferentemente da comunicação por meio eletrônico digital como pelo WhatsApp®, os encontros presenciais com comunicação face a face possuem a vantagem de possibilitar diferentes sinais de informação não verbais (90), possibilitando uma comunicação mais efetiva entre os profissionais. Portanto, a maior disponibilização de tempo para as reuniões de equipe, pode possibilitar diálogos mais autênticos e níveis mais aprofundados de relação pessoal, propiciando a discussão de casos dos usuários, a elaboração de planos de cuidados com toda a equipe e a colaboração interprofissional de forma geral (91)

6.2.1.2 Interações sociais positivas entre os profissionais e o papel do líder

Quase todos os profissionais relataram a importância da interação social para a colaboração interprofissional, desde as relações empáticas, o vínculo entre os profissionais e proatividade pelos membros da equipe e pelos líderes para colaboração, até a importância dos líderes em reduzir julgamentos precipitados e promover empatia entre os profissionais.

*“Às vezes você escuta bastante desaforo dos pacientes, dos munícipes. [...] e se você não tiver empatia na equipe, de ver que aquele colega está em sofrimento e... entrar ali e falar ‘olha, deixa que eu resolvo. Vai que eu resolvo.’, dá um problema maior”*T2

*"Então se você só pensa em você, se você só cuida de você... ‘Ah, não, mas olha aqui, eu tenho um monte de paciente aqui pra eu atender, e o Fulano lá está sem fazer nada.’ ‘Mas o fulano está sem fazer nada mesmo? Ou ele está fazendo o teleatendimento? Ou ele está lançando as visitas que ele fez de manhã?’”*G2

A comunicação pode ser desenvolvida com escuta ativa, empatia e um processo de abertura com a consciência de si mesmo e do outro (92). Conforme os resultados indicaram, expressar empatia pode ser altamente efetivo na relação entre os profissionais, uma vez que contribui com a resolução de conflitos, leva a equipes mais produtivas, contribui com a melhora no relacionamento entre as pessoas (93). O treinamento das equipes para o uso de ferramentas de comunicação, como a Comunicação não violenta (CNV), pode aumentar a abertura para comunicação, empatia e confiança na relação interpessoal entre os profissionais, além de apoiar a resolução de conflitos e aumentar a habilidade das pessoas para suporte social, com efeito positivo na colaboração interprofissional (94). Análises qualitativas do impacto do treinamento com CNV em estudantes de enfermagem mostraram aumento da empatia em relação a si mesmo e aos demais (95)

6.2.2 Constructo Compromisso de liderança

Os participantes relataram como relevantes aspectos relacionados ao compromisso de liderança para a colaboração interprofissional os seguintes: *feedback* realizado pela liderança, e promoção de autonomia e liderança participativa.

6.2.2.1 *Feedback realizado pela liderança*

A forma de fornecer *feedback* foi destacada pelos profissionais, sendo valorizada a escuta do profissional e a orientação sobre como prevenir novos incidentes negativos.

*"Eu tento ouvir todo mundo. Eu tento entender as coisas e tento não apontar assim, apontar erros, eu tento entender porque esse erro aconteceu e fazer com que ele não ocorra novamente."*E3

Foi indicada como potencial barreira para a colaboração o *feedback* destrutivo, quando gera competição e desmotivação, ao contrário do *feedback*

positivo realizado pela liderança (gerente ou líder da equipe), levando ao reconhecimento do profissional.

"Então, quando eu trabalhava com outro enfermeiro, acredito que a maneira que ele fazia essa cobrança das planilhas e tudo mais acabava gerando [...] um clima meio de que estava competindo [com] a outra. 'Ah, fulano fez tantas visitas, você não'"A2

Embora a realização de *feedback* tenha sido associada a uma menor incidência de transtorno mental entre trabalhadores de saúde (96), estudos mostram que a qualidade do *feedback* é essencial para considerá-lo como efetivo ou não, assim como esta pesquisa indicou. Nesse sentido, é importante que os líderes promovam *feedback* num clima não ameaçador e com oferta de suporte social ao profissional (97), assegurando-se que a devolutiva seja baseada em metas de desempenho específicas, incluindo informações bem estruturadas que dão menos margem à repetição e à má interpretação (98). Nesse sentido, em um estudo com estudantes de medicina foi observado que o uso de *feedback* focado em comportamentos específicos ajudou-os a identificar objetivos de aprendizagem (99). Também orienta-se que o *feedback* dê preferência mais a formas reflexivas e a conteúdos de sugestões e reconhecimento das fortalezas que a críticas sobre as fraquezas e orientações diretivas, uma vez que aqueles promovem um aprendizado mais auto-regulado(100) e um ambiente mais propício para o profissional incorporar o *feedback* de qualquer outro membro da equipe(98), gerando mais transformações e levando a um clima de colaboração interprofissional.

Um estudo realizado na Suécia observou que o uso de *feedback* construtivo foi positivo como confirmação da direção de ações de cuidado de pacientes acompanhando na APS, além de aumentar a motivação dos profissionais(101). Assim, se ofertado suporte social ao profissional e adotadas estratégias de avaliação sistemática com *feedback* construtivo, os profissionais estarão mais abertos a receberem *feedback*, a refletirem, compartilharem dificuldades, fornecerem e receberem apoio dos líderes (97) e, assim, propiciar práticas colaborativas interprofissionais na APS (98,99,101).

6.2.2.2 *Promoção de autonomia e liderança participativa*

Diversos profissionais consideraram relevante a existência de oportunidades de participação efetiva na equipe junto ao líder. Gerentes sinalizaram a importância da autonomia dos profissionais para diminuir a dependência em relação ao gerente. Alguns profissionais referiram ser importante que o líder da equipe ou o gerente estimule a autonomia do profissional no sentido de valorizar o profissional ou que o gerente estimule a autonomia ao líder da equipe.

“no começo, as pessoas achavam estranho. ‘Peraí, é pra gente sentar entre a gente para fazer a nossa escala de recepcionista?’ ‘É, você que trabalha como recepcionista. Eu posso sentar aqui com você, eu vou olhar’.” G3

“E quando eles escutam, quando eles se interessam pelo assunto,[...] A sua voz não fica uma voz que fica tampada [...] Você tem voz, né? Aquilo que você falou é importante.” A3

A histórica divisão social do trabalho divide as categorias ‘mais intelectuais’ das ‘mais manuais’, (102), levando a relações hierárquicas que resultam em categorias profissionais com desigual valor social e gerando relações em que alguns são considerados superiores a outros (102). Um líder com foco na hierarquia pode bloquear um clima de segurança psicológica por os profissionais terem medo de se expressarem(103).

Entretanto, com a valorização dos modelos de atenção à saúde baseados nos trabalhos em equipe formadas por diferentes categorias profissionais, defende-se que lideranças incorporem saberes de diferentes níveis(103), removendo barreiras para a comunicação, observando o mundo na perspectiva dos demais membros da equipe, a fim de incorporarem suas preocupações e valorizarem suas ideias(104). Hjalmarson(101) em seu estudo envolvendo equipes de APS e Atenção Especializada verificou que estruturas de baixo para cima (*bottom-up*), onde os

profissionais são encorajados a agir criativamente sobre determinadas ações e líderes encorajam sem realizar interferências sobre essas ações, resultam em maior colaboração interprofissional(101).

Um dos modelos teóricos mais utilizados para avaliar estresse no trabalho, o modelo demanda-controle, também remete à autonomia do profissional. O controle sobre o trabalho envolve aspectos relacionados à liberdade do profissional em tomar decisões e o controle sobre o uso de suas habilidades para realizar tarefas. Assim, quanto maior o controle sobre o seu trabalho, menor o estresse para o trabalhador(105). D'Amour et al (2008) também analisam que, na colaboração interprofissional, os profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos porque reconhecem que dessa forma melhoram a qualidade da atenção à saúde, mas têm a expectativa de manter autonomia e a defesa de seus interesses (32,102).

6.3 Dimensão Características dos Indivíduos

6.3.1 Constructo Conhecimento e crenças sobre a colaboração interprofissional

Os participantes descreveram definições de “trabalho em equipe” no âmbito da ESF e indicaram, conforme a visão deles, os integrantes de suas respectivas equipes.

6.3.1.1 Caracterização de “trabalho em equipe”

Houve diversidade na forma de caracterizar “trabalho em equipe”. A maior parte dos profissionais define como trabalhar com o mesmo objetivo e este relacionado a cuidar de seus usuários:

“o trabalho em equipe é exatamente isso, é você... Todo mundo ter o mesmo olhar para cuidar do paciente, todo mundo junto.”G2.

Muitos enfatizam que trabalhar em equipe seria uma forma de trabalho mais efetivo, indicando expressões como “trabalho mais completo” e “assistência mais integral ao paciente”.

Outro ponto comum observado nos relatos dos participantes foi a relação do trabalho em equipe com a interação e a integração entre os profissionais na forma de trabalhos complementares, união de forças, vínculo, troca de conhecimentos, informações e experiências. Um profissional também incluiu a responsabilidade compartilhada como outro ponto relevante na caracterização de trabalho em equipe. Todas as características de trabalho em equipe levantadas também apareceram na síntese realizada por Reeves et al(10) sobre elementos que caracterizam trabalho em equipe: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada(10). Os resultados convergem com os achados de um estudo com profissionais da ESF do Paraná por ambos sinalizarem o trabalho em equipe como um trabalho coletivo com integração e interdependência entre os profissionais(88).

6.3.1.2 Percepção sobre integrantes da equipe

Apesar de todos os profissionais entrevistados integrarem equipes com o mesmo formato em termos de categorias profissionais, houve divergência em relação à indicação da composição das equipes pelos entrevistados. A maioria dos entrevistados referiu como membros da equipe ACS, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, equipe de saúde bucal e profissionais da equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cabe destacar que os técnicos de enfermagem habitualmente não participam das reuniões de equipe e das reuniões mensais em uma das UBS, onde esta categoria foi menos citada como parte da equipe.

A falta de reconhecimento do técnico de enfermagem como integrante da equipe foi descrita em um estudo realizado no Paraná (89), associada à invisibilidade do trabalho categoria profissional pela equipe.

7. Limitações e forças do estudo

O estudo apresentou a limitação de a pesquisadora principal fazer parte da gestão central de saúde do município em estudo e já ter trabalhado em algumas UBS do município como médica generalista ou preceptora, sendo que alguns entrevistados já conheciam a pesquisadora. Isso pode ter feito com que esses participantes tenham fornecido respostas voltadas para o que seria socialmente aceitável, apesar da garantia de sigilo e privacidade das informações.

Uma das forças do estudo é a inovação do uso de um instrumento de pesquisa da ciência da implementação para investigar trabalho interprofissional colaborativo na APS e em uma cidade de um país de média renda, ampliando o escopo do debate sobre o tema. O estudo envolveu diferentes categorias profissionais com características sociodemográficas heterogêneas atuantes em UBS de áreas de graus variáveis de vulnerabilidade sócio-econômico, contribuindo com a ampliação na abrangência da pesquisa.

8. Conclusões e implicações práticas

De acordo com as dimensões do CFIR investigadas, os participantes destacaram os seguintes aspectos: 1. Características da colaboração interprofissional: os diversos aspectos que compõem a colaboração interprofissional sugerem alta complexidade para sua implementação no serviço de saúde 2. Características dos indivíduos: percepção da colaboração interprofissional tendo o objetivo comum de cuidado dos usuários e da necessidade da interação e integração entre os profissionais; 3. Âmbito interno: fatores que influenciam a colaboração interprofissional foram tempo para comunicação formal, interações sociais positivas entre os profissionais e características da liderança, como *feedback*, autonomia e participação nas decisões.

Assim, de acordo com nossos achados, as ações para melhorar a colaboração interprofissional na APS seriam: aumentar o tempo disponível para as equipes para encontros formais entre os profissionais para discutir estratégias de aprimoramento da colaboração interprofissional; implementar práticas para habilidades de comunicação para o trabalho em equipe; capacitar os líderes das equipes e gerentes com habilidades de liderança e de realização de *feedback*.

REFERÊNCIAS

1. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* (London, England) [Internet]. 2008 Sep 13 [cited 2019 Sep 28];372(9642):950–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790318>
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. In 2002.
3. Baldwin DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *J Interprof Care* [Internet]. 2007 Jan 6 [cited 2019 Sep 7];21(sup1):23–37. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820701594728>
4. Organização Pan-americana de Saúde. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. 2017.
5. WONCA Europe. Statement of the WONCA Europe Conference 2018, Kraków. Kraków; 2018.
6. Vyt A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2008 May [cited 2019 Sep 7];24(S1):S106–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18393329>
7. Peduzzi M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013;47(4):977–83.
8. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Comunic, Saúde, Educ*.

2007;11(22):239–55.

9. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jul;52(7):1217–30.
10. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork for Health and Social Care [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 22]. Available from: http://tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/11/ebooksclub.org__Interprofessional_Teamwork_in_Health_and_Social_Care__Promoting_Partnership_for_Health_.pdf
11. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2006 Jun 18 [cited 2019 Sep 7];63(3):263–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651394>
12. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: Making a difference in patient outcome [Internet]. Vol. 140, *Swiss Medical Weekly*. EMH Swiss Medical Publishers Ltd.; 2010 [cited 2021 Jan 24]. Available from: www.smw.ch
13. Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *Br J Healthc Manag* [Internet]. 2000 Aug [cited 2019 Sep 7];6(8):364–71. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjhc.2000.6.8.19300>
14. Lutfiyya MN, Chang LF, McGrath C, Dana C, Lipsky MS. The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. *PLoS One*. 2018 Jun 1;14(6).
15. McPherson CM, McGibbon EA. Rural interprofessional primary health care team development and sustainability: establishing a research agenda. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2010 Oct 22 [cited 2019 Sep 7];11(04):301–14. Available from:

http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423610000125

16. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. *BMC Fam Pract*. 2013 Sep;14:132.
17. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2014 Dec 18 [cited 2019 Sep 7];fdu102. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdu102>
18. Ministério da Saúde (Brasil). e-Gestor AB - Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. [cited 2022 Nov 5]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
19. Índice Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE | Cidades | São Paulo | São Bernardo do Campo | Panorama [Internet]. [cited 2019 Sep 28]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>
20. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2011 May 21 [cited 2019 Oct 5];377(9779):1778–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017. 2017 [cited 2019 Oct 5]; Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101628.pdf>
22. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. [cited 2019 Oct 5]; Available from: <http://btux.com.br/professorbruno/wp-content/uploads/sites/10/2018/07/10.-A->

reforma-sanitária-e-a-criação-do-sistema-único-de-saúde.pdf

23. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2018 Mar 26 [cited 2019 Oct 5];27(1):e00100018. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100100&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
24. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA N° 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006 [Internet]. 2006 [cited 2019 Oct 6]. Available from:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html
25. Ministério da Saúde. Saúde da Família [Internet]. [cited 2019 Oct 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cebas/contatos/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>
26. Pinto LF, Giovanella L, Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jun 22];23(6):1903–14. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt
27. Ministerio da Saúde (Brasil). Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro DE 2017. 2017.
28. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 7];14(5):e1002306. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28557989>
29. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in

- Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* [Internet]. 2014 Jul 3 [cited 2019 Jul 21];349:g4014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24994807>
30. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2008 Jan [cited 2019 Sep 7];45(1):140–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17383655>
 31. Komatsu RS, Padilha R de Q. Vista do Interdisciplinaridade na educação médica: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) [Internet]. [cited 2022 Oct 22]. Available from: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6349/4934>
 32. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde *. *BY CC* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 22];22:1525–59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1525.pdf>
 33. Schraeder C, Shelton P, Sager M. The effects of a collaborative model of primary care on the mortality and hospital use of community-dwelling older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 26];56(2):M106–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11213273/>
 34. Cassard SD, Weisman CS, Gordon DL, Wong R. The Impact of Unit-Based Self-Management by Nurses on Patient Outcomes.
 35. Proudfoot J, Jayasinghe UW, Holton C, Grimm J, Bubner T, Amoroso C, et al. Team climate for innovation: what difference does it make in general practice? *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2019 Sep 7];19(3):164–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17337517>
 36. D’Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep;8:188.

37. Barros NF de, Spadacio C, Costa MV da, Barros NF de, Spadacio C, Costa MV da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Jun 22];42(spe1):163–73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500163&lng=pt&tlng=pt
38. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The Nonspread of Innovations: the Mediating Role of Professionals. *Acad Manag J* [Internet]. 2005 Feb 1;48(1):117–34. Available from: <https://doi.org/10.5465/amj.2005.15993150>
39. van Dongen JJJ, Lenzen SA, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 28 [cited 2019 Jul 28];17(1):58. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0456-5>
40. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract*. 2016 Jul;17:99.
41. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003 Feb;289(8):1035–40.
42. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000 Sep;7(8):45–50.
43. Girardi SN, Stralen AC de S van, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, et al. Scope of practice in Primary Care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 22];17(suppl 1):S171–84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=en&tlng=en

44. Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois C-A, et al. Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nurs Res Pract.* 2014;2014:170514.
45. Van Vleet A, Paradise J. Tapping Nurse Practitioners to Meet Rising Demand for Primary Care Percent of Population Residing in Primary Care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), 2014 [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 22]. Available from: <http://files.kff.org/attachment/issue-brief-tapping-nurse-practitioners-to-meet-rising-demand-for-primary-care>
46. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane database Syst Rev.* 2018 Jul;7:CD001271.
47. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med.* 2018 May;16(3):250–6.
48. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada--thinking outside the box. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2010 Dec;23 Spec No:239–59.
49. Smith K, Lavoie-Tremblay M, Richer M-C, Lanctot S. Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *Health Care Manag (Frederick).* 2010;29(3):271–8.
50. Chaves LA, Jorge A de O, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MA da C, Santos A de F, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica.* 2018 Feb 19;34(2).
51. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate [Internet].* 2018 Sep

- [cited 2019 Jul 28];42(spe1):244–60. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt&tlng=pt
52. Nascimento AG do, Cordeiro JC, Nascimento AG do, Cordeiro JC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do processo de trabalho. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2019 Feb 4 [cited 2019 Oct 7];17(2). Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200502&lng=pt&tlng=pt
53. Scherer MD dos A, Pires DEP de, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 Nov [cited 2019 Sep 8];18(11):3203–12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=pt&tlng=pt
54. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Sep 8];20(8):2511–21. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=pt&tlng=pt
55. Cardoso A dos S, Nascimento MC do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 Jun [cited 2019 Sep 9];15(suppl 1):1509–20. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=pt&tlng=pt
56. (Brasil) M da SS de A à SNT da PN de H. Clínica Ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular [Internet]. [cited 2019 Dec 8]. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>

57. Campos G, Domitti A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. Vol. 23, Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2007.
58. Gonçalves et al. Desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Porto Alegre; 2017.
59. Mendes EV. Orientações e instrumentos para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde. 2016;
60. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychol [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 18];3(1). Available from: [/pmc/articles/PMC4573926/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189233/)
61. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research [Internet]. Vol. 11, Implementation Science. BioMed Central Ltd.; 2016 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189233/>
62. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. J Public Heal Manag Pract [Internet]. 2008 Mar [cited 2022 Oct 12];14(2):117–23. Available from: https://journals.lww.com/jphmp/Fulltext/2008/03000/A_Glossary_for_Dissemination_and_Implementation.7.aspx
63. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 18];4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19664226/>
64. Keith RE, Crosson JC, O'Malley AS, Crompton D, Taylor EF. Using the

- Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci* [Internet]. 2017 Dec 10 [cited 2021 Jan 18];12(1):15. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0550-7>
65. Waltz TJ, Powell BJ, Fernández ME, Abadie B, Damschroder LJ. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: Diversity in recommendations and future directions. *Implement Sci*. 2019 Apr 29;14(1).
 66. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jun 22 [cited 2019 Sep 7];(6). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
 67. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. [cited 2019 Sep 8]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
 68. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS, Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Oct 6];42(spe1):208–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt
 69. EMPLASA. Região Metropolitana de São Paulo [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 6]. Available from: <https://emplasa.sp.gov.br/RMSP>
 70. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Oferta e Produção de Serviços de Saúde na região metropolitana de São Paulo indicadores e análises [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 6]. Available from: http://hygeia3.fsp.usp.br/observasaude/?page_id=767
 71. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.

2014.

72. PNUD e IPEA. Perfil - São Bernardo do Campo, SP | Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. [cited 2019 Sep 28]. Available from: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-bernardo-do-campo_sp
73. São Bernardo do Campo. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo. Documento Norteador. 2014.
74. Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 22];21(suppl 1):1301–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501301&lng=pt&tlng=pt
75. IPVS - Governo do Estado de São Paulo [Internet]. [cited 2022 Jul 13]. Available from: <http://ipvs.seade.gov.br/view/index.php?selLoc=0&selTpLoc=2&prodCod=2>
76. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educ em Rev*. 2004;(24):213–25.
77. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis [Internet]. Vol. 24, *European Journal of General Practice*. Taylor and Francis Ltd; 2018 [cited 2020 Dec 20]. p. 9–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29199486/>
78. Constructs – The Consolidated Framework for Implementation Research [Internet]. [cited 2021 Jan 28]. Available from: <https://cfirguide.org/constructs/>
79. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Jun 22];17(3):621–6. Available

from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt

80. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010 [cited 2022 Aug 28]; Available from: www.cihc.ca
81. Ly O, Sibbald SL, Verma JY, Rocker GM. Exploring role clarity in interorganizational spread and scale-up initiatives: The “INSPIRED” COPD collaborative. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Sep 3 [cited 2022 Oct 11];18(1):1–7. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3474-2>
82. Arruda L de S, Moreira COF. 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* [Internet]. 2017 Jun 12 [cited 2022 Jul 25];22(64):199–210. Available from: <http://www.scielo.br/j/icse/a/ksjHYN9wYWnnWLS3QKd34mD/?lang=pt>
83. Sifaki-Pistolla D, Melidoniotis E, Dey N, Chatzea VE. How trust affects performance of interprofessional health-care teams. *J Interprof Care* [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2022 Oct 9];34(2):218–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31390238/>
84. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud*. 2018 Feb 1;79:70–83.
85. Araujo EMD, Serapioni M, Araujo Junior JLA, Santos Neto PM. A Colaboração Interprofissional no contexto da Saúde da Família no Brasil e em Portugal: Um estudo de casos comparados. *Brazilian J Heal Rev*. 2020;3(3):6632–52.
86. Oandasan IF, Gotlib Conn L, Lingard L, Karim A, Jakubovicz D, Whitehead

- C, et al. The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: Implications for health care reform. *Prim Heal Care Res Dev*. 2009;10(2):151–62.
87. Stancato K, Zilli P trentin. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura | *Rev. adm. saúde*;12(47): 87-99, abr.-jun. 2010. tab | *CidSaude* [Internet]. *Rev. adm. saúde*. 2010 [cited 2022 Jul 11]. p. 87–9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-64003>
88. Navarro AS de S, Guimarães RL de S, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME rev min enferm* [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 10];61–8. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>
89. Marcondes C, Silva PM, Gehlen GC, Gobatto M. Processo de trabalho dos técnicos de enfermagem. *Rev Enferm UFPE line* [Internet]. 2019 Jul 9 [cited 2022 Sep 10];13(0). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241220>
90. Savio RO, Barreto MFC, Pedro DRC, Costa RG, Rossaneis MA, Silva LG de C, et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 Nov 5 [cited 2022 Jul 10];34:1695. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002021000100479&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
91. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2018;22(2):1535–47.
92. McCaffrey R, Hayes RM, Cassell A, Miller-Reyes S, Donaldson A, Ferrell C. The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012 Feb [cited 2022 Aug 28];68(2):293–301. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21679224/>

93. Torre V Della, Nacul FE, Rosseel P, Baid H, Bhowmick K, Szawarski P, et al. Human factors and ergonomics to improve performance in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 28];53(3):265–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006054/>
94. Museux AC, Dumont S, Careau E, Milot É. Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2016 Jul 2 [cited 2022 Aug 28];55(6):427–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116417/>
95. Nosek M, Gifford EJ, Kober B, Gifford E. Nonviolent Communication Training Increases Empathy in Baccalaureate Nursing Students: A Mixed Method Study. *Nurs Heal Prof Fac Res Publ* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2022 Aug 28];4(10). Available from: https://repository.usfca.edu/nursing_fac/90
96. Da Silva ATC, De Souza Lopes C, Susser E, Menezes PR. Work-related depression in primary care teams in Brazil. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Aug 27];106(11):1990–7. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303342>
97. San Román-Niaves M, Coó C, Llorens S, Salanova M. The Mediating Role of Compassion between Social Job Resources, and Healthy Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study with Gender Perspective. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jun 19 [cited 2022 Aug 28];19(12):7500. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742749/>
98. Yusoff MSB, Hadie SNH, Abdul Rahim AF. Adopting programmatic feedback to enhance the learning of complex skills. *Med Educ* [Internet]. 2014 Feb [cited 2022 Aug 27];48(2):108–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24528391/>
99. Olupeliyawa A, Balasooriya C, Hughes C, O’Sullivan A. Educational impact of an assessment of medical students’ collaboration in health care teams. *Med Educ* [Internet]. 2014 Feb [cited 2022 Aug 21];48(2):146–56. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24528397/>

100. Stracke E, Kumar V. Realising graduate attributes in the research degree: the role of peer support groups. <https://doi.org/10.1080/135625172014901955> [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 27];19(6):616–29. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13562517.2014.901955>
101. Hjalmarson HV, Ahgren B, Kjölrsrud MS. Developing interprofessional collaboration: A longitudinal case of secondary prevention for patients with osteoporosis. <https://doi.org/10.3109/135618202012724123> [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 7];27(2):161–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2012.724123>
102. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2020 Mar 16 [cited 2022 Jul 8];18(suppl 1). Available from: <http://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>
103. De Brún A, McAuliffe E. Identifying the context, mechanisms and outcomes underlying collective leadership in teams: building a realist programme theory. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 Mar 30 [cited 2022 Aug 21];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228574/>
104. Dewar B, Cook F. Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 27];34(9):1258–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24461906/>
105. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q* [Internet]. 1979 Jun 1 [cited 2022 Aug 27];24(2):285. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=60c75f8b-4a55-43f8-9c84-1e4ba12e7325>

Anexo A - Roteiro de entrevista para os participantes (exceto gerentes)

Parte 1. Dados da entrevista e caracterização do profissional

Data da entrevista:

Horário de início:

UBS:

Equipe ESF:

Nome do profissional:

Idade:

Raça/ cor:

Sexo:

Orientação sexual:

Tempo de formado:

Categoria profissional:

Relação com a residência, se houver (preceptor, residente ou sem vínculo):

1. Há quanto tempo na instituição (prefeitura)?
2. (Se pertinente) Há quanto tempo na instituição como X (profissional)?
3. Há quanto tempo é integrante desta Unidade Básica de Saúde?
4. Há quanto tempo está inserido na equipe atual?
5. Se for da residência, desde quando?

Parte 2. Questões gerais sobre colaboração interprofissional/ trabalho em equipe

1. *CFIR: características de indivíduos → conhecimento e crenças sobre a intervenção*

- Quem compõe sua equipe?
 - Como o trabalho em equipe se aplica na ESF, pela sua experiência? Era diferente antes da pandemia?
 - Você acha que há situações em que trabalhar em equipe na ESF junto a profissionais de outras categorias seja mais importante do que em outras? Tente dar exemplos.
2. Nas situações em que você considera que o trabalho em equipe seria mais importante:
 - a) Me conte situações em que você acha que teve bastante colaboração entre os profissionais da sua equipe de categorias diferentes.
E antes da pandemia?
 - b) Me conte situações em que você acha que houve barreiras que dificultaram as pessoas a colaborar entre si para um trabalho em equipe efetivo.
E antes de pandemia?
 3. Na sua formação (ou experiência de trabalho prévia, se for ACS), você chegou a ter experiência com trabalho em equipe com profissionais de outras categorias?
 - Se sim, como foi para você? Se não, como é isso para você?

Parte 3. Questões de colaboração interprofissional diretamente relacionadas ao CFIR

4. *CFIR: características da intervenção → complexidade 2*
 - O que você acha que é necessário para haver trabalho em equipe? É preciso abordagens em quais âmbitos para você?
5. *CFIR: cenário interno → tensão para mudança 1*
 - Como você acha que é o trabalho em equipe dentro de sua equipe? E antes da pandemia?
 - Na sua opinião, trabalhar em equipe traz quais vantagens e desvantagens para os usuários? Tente dar exemplos pra mim.
 - E para os profissionais da sua equipe?

6. *CFIR: cenário interno → clima de aprendizagem**

- Na sua opinião, como é a relação de quem coordena a sua equipe com os demais? Explique.
- Você e seus colegas se sentem valorizados em suas falas/no processo de trabalho **pelos colegas de equipe/ líderes da equipe**? Como era antes da pandemia? Dê exemplos.

7. *CFIR: cenário interno → clima de aprendizagem*

- Vocês conseguem tempo e espaço para refletirem juntos e avaliarem os processos de trabalho em equipe? De que forma?
8. Na sua opinião, faltou perguntar sobre algum tema relacionado ao trabalho em equipe na ESF?

9. Tem mais alguma coisa que você queira dizer que eu não perguntei?

Horário de término:

Anexo B - Roteiro de entrevista para os participantes gerentes

Parte 1. Dados da entrevista e caracterização do profissional

Data da entrevista

Horário de início:

UBS:

Nome do profissional:

Idade:

Raça/ cor:

Sexo:

Orientação sexual:

Formação profissional:

UBS com residência ou não:

Tempo de formado:

1. Há quanto tempo na instituição (prefeitura)?
2. Há quanto tempo está com a função de gerente?
3. Se já trabalhou em outro tipo de cargo, qual?
4. Há quanto tempo é integrante desta Unidade Básica de Saúde?

Parte 2. Questões gerais sobre colaboração interprofissional/ trabalho em equipe

1. CFIR: características de indivíduos → conhecimento e crenças sobre a intervenção

- O que é trabalho em equipe para você?
- Na sua opinião, o que interfere no trabalho em equipe: quais são as barreiras que dificultam o trabalho em equipe?
- E quais fatores facilitam o trabalho em equipe?

- Quais profissionais compõem as equipes na sua UBS?
- Como o trabalho em equipe se aplica na ESF, pela sua experiência? Era diferente antes da pandemia?
- Você acha que há situações em que trabalhar em equipe na ESF seja mais importante que em outras? Você poderia me dar um exemplo?

2. Nas situações em que você considera que o trabalho em equipe seria mais importante:

- a) Me conte situações em que você acha que teve bastante colaboração entre você e os profissionais das equipes da UBS.

E antes da pandemia?

- c) Me conte situações em que você acha que houve barreiras que dificultaram a colaboração entre os profissionais da UBS e você, ou vice-versa.

E antes da pandemia?

3. Na sua formação, você chegou a ter experiência com trabalho em equipe?

- Se sim, como foi para você? Se não, como é isso para você?

Parte 3. Questões relacionadas diretamente ao CFIR

4.CFIR: características da intervenção → complexidade 2

- O que você acha que é necessário para haver trabalho em equipe? É preciso abordagens em quais âmbitos para você?

5.CFIR: cenário interno → tensão para mudança 1

- Como você acha que é o trabalho em equipe dentro das equipes da sua UBS?
E antes da pandemia?
- Na sua opinião, trabalhar em equipe traz quais vantagens e desvantagens para os usuários? Você poderia me dar exemplos?

- E para os profissionais das equipes?

*6. CFIR: cenário interno → clima de aprendizagem**

- Na sua opinião, como é a relação dos coordenadores das equipes com os demais das equipes? Explique.
- E sua relação enquanto coordenador com o restante da UBS?
- Você percebe que você e os profissionais das equipes se sentem valorizados/reconhecidos no processo de trabalho **pelos colegas de equipe/ líderes da equipe**? Como era antes da pandemia? Dê exemplos.

*7.CFIR: cenário interno → clima de aprendizagem**

- Vocês conseguem tempo e espaço para refletirem juntos e avaliarem os processos de trabalho em equipe na UBS? De que forma?

8.Na sua opinião, faltou perguntar sobre algum tema relacionado ao trabalho em equipe na ESF?

9.Tem mais alguma coisa que você queira dizer que eu não perguntei?

Horário de término:

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa - Barreiras e Fatores facilitadores para a Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador principal - Natália de Paula Kanno

Departamento/Instituto - Medicina Preventiva (Saúde Coletiva) da FMUSP

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulado “Barreiras e Fatores facilitadores para a Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família” que será desenvolvido por mim, Natália de Paula Kanno, sob orientação da Profa. Dra. Andréa Tenório Correia da Silva, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

As equipes de saúde da família possuem como fundamento o trabalho interprofissional. Apesar disso, raros são os estudos que investigaram fatores que afetam as práticas das equipes de saúde da família no que se refere ao trabalho em equipe e à colaboração interprofissional, sendo que a grande maioria se realizou nos países de alta renda.

Essa pesquisa tem por objetivo estudar aspectos que influenciam a colaboração interprofissional no cenário da Estratégia Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo.

O tempo previsto para a duração dessa entrevista é de aproximadamente 60 min gravada única e exclusivamente para fins de análise de conteúdo. O acesso à transcrição e ao material áudio-gravado está restrito ao pesquisador responsável dessa pesquisa, mas a transcrição da sua entrevista será disponibilizada ao senhor para possibilitar sua revisão.

Os registros deste grupo serão analisados de forma confidencial e sigilosa, e seguindo os preceitos da ética em pesquisa conforme resolução CNS 466/2012 e em nenhum momento haverá a identificação da pessoa entrevistada em relação ao conteúdo analisado e descrito. A você, será assegurado o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando os resultados forem conhecidos.

Os riscos para os participantes consistem na possibilidade de sentir desconforto ao responder a determinadas perguntas. Caso o desconforto ocorra, solicitamos que você avise ao entrevistador, sendo garantido o seu direito de retirar-se da pesquisa.

Os benefícios são de contribuir para o entendimento dos fatores que influenciam a colaboração interprofissional no trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde.

Sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em sua atuação profissional.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, o qual uma via será entregue ao(a) Senhor(a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Natália de Paula Kanno, que pode ser encontrada no endereço Rua João Pessoa, 100, 2º andar, telefone 95200-4221, e-mail nat.kanno@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrem contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo “Barreiras e Fatores facilitadores para a Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família” .

Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável (Natália de Paula Kanno) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo um via rubricada pelo pesquisador.

----- Data ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Nome do participante

-----Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo D – Constructos do *Consolidated Framework for Implementation Research*

Quadro Conceitual Consolidado para Pesquisa de Implementação		
CFIR Website		
Constructo	Breve descrição	
I. DIMENSÃO: CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO		
A	Origem da intervenção	Percepção dos principais interessados se a intervenção é desenvolvida internamente ou externamente.
B	Força e qualidade da evidência	Percepção dos principais interessados de que a qualidade e a validade da evidência sustentam a crença de que a intervenção terá os resultados desejados.
C	Vantagem relativa	Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção versus uma solução alternativa.
D	Adaptabilidade	Em que medida a intervenção pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais.
E	Testabilidade	A habilidade de testar a intervenção em pequena escala na organização e ser capaz de reverter (desfazer a implementação) se necessário.
F	Complexidade	Dificuldade percebida da implementação, refletida pela duração, escopo, radicalidade, perturbação, centralidade, complexidade e número de passos necessários para implementar.
G	Qualidade do projeto e da apresentação	Excelência percebida em como a intervenção é composta, apresentada e estruturada.
H	Custo	Custos da intervenção e custos associados à implementação da intervenção, incluindo de investimento, fornecimento e custos de oportunidade.

II. DIMENSÃO: CENÁRIO EXTERNO		
A	Necessidades dos pacientes e recursos	Em que medida as necessidades dos pacientes, assim como as barreiras e facilitadores para suprir essas necessidades são conhecidos com precisão e priorizados pela organização.
B	Cosmopolitanismo	Em que medida uma organização é ligada em rede a outras organizações externas.
C	Pressão de pares	Pressão mimética ou competitiva para implementar uma intervenção; tipicamente porque a maioria das organizações ou outra organização-chave similar ou concorrente já implementou ou há uma luta por uma vantagem competitiva.
D	Políticas e incentivos externos	Um constructo amplo que inclui estratégias externas para disseminar intervenções, incluindo políticas e regulações (governamentais ou de outras entidades centrais), determinações externas, recomendações e diretrizes, pagamento por desempenho, colaborativas e relatório público ou de referência.
III. DIMENSÃO: CENÁRIO INTERNO		
A	Características estruturais	A arquitetura social, idade, maturidade e tamanho de uma organização.
B	Redes de relações e Comunicação	Natureza e qualidade das redes de relações sociais e, natureza e qualidade da comunicação formal e informal numa organização.
C	Cultura	Normas, valores e premissas básicas de uma determinada organização.
D	Clima de implementação	A capacidade de absorção para mudança, receptividade compartilhada para uma intervenção entre os indivíduos envolvidos e, em que medida a utilização de tal intervenção será recompensada, apoiada e esperada na organização.
1	Tensão para mudanças	Em que medida os principais interessados compreendem a situação atual como intolerável ou requer mudança.

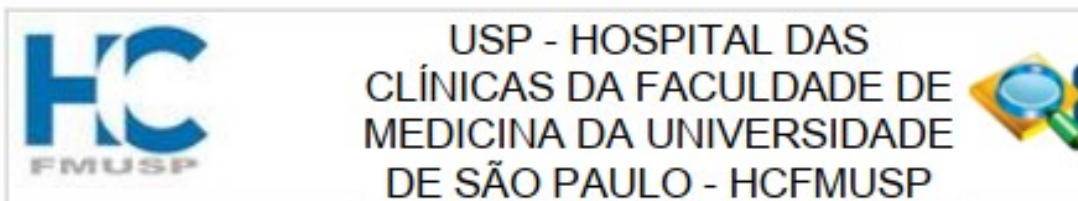
2	Compatibilidade	O grau de ajuste tangível entre os valores e significados ligados a intervenção pelos indivíduos envolvidos; como estes se alinham às normas, valores, riscos e necessidades percebidas pelos indivíduos; como a intervenção se encaixa nos fluxos e sistemas de trabalho existentes.
3	Prioridade relativa	Percepção partilhada entre os indivíduos sobre a importância da implementação numa organização.
4	Incentivos e recompensas organizacionais	Incentivos extrínsecos, como prêmios de compartilhamento de metas, revisão de desempenho, promoções, aumentos salariais e outros incentivos menos tangíveis, tais como aumento da importância ou respeito.
5	Metas e Retroalimentação	Em que medida as metas são comunicadas claramente, tratadas e retroalimentadas à equipe e o alinhamento dessa retroalimentação com as metas.
6	Clima de aprendizagem	Um clima no qual: a) os líderes expressam a sua falibilidade e necessidade de assistência e contribuição dos membros da equipe; b) os membros da equipe sentem que são essenciais, valorizados e parceiros reconhecidos no processo de mudança; c) os indivíduos se sentem psicologicamente seguros para tentar novos métodos; e d) há tempo e espaço suficiente para a reflexão e avaliação.
E	Prontidão para implementação	Indicadores tangíveis e imediatos do compromisso da organização na sua decisão de implementar a intervenção.
1	Compromisso da liderança	Compromisso, envolvimento, e responsabilização dos líderes e gestores com a implementação.
2	Recursos disponíveis	O nível dos recursos alocados para a implementação e operações em andamento, incluindo dinheiro, treinamento, educação, espaço físico e tempo.
3	Acesso à informação e ao conhecimento	Facilidade de acesso à informação assimilável e ao conhecimento sobre a intervenção e como incorporá-los às tarefas do trabalho.

IV. DIMENSÃO: CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS		
A	Conhecimento e crenças sobre a intervenção	Atitudes individuais em relação à intervenção e valores atribuídos à intervenção, assim como a familiaridade com factos, verdades e princípios relacionados à intervenção.
B	Auto eficácia	Crença individual na sua própria capacidade para executar as ações necessárias para alcançar as metas da implementação.
C	Estágio individual de mudança	Caracterização da fase em que um indivíduo está, à medida que ele ou ela avança para um uso habilidoso, entusiasmado e sustentável da intervenção.
D	Identificação individual com a organização	Um constructo amplo relacionado à como os indivíduos percebem a organização, seu relacionamento e grau de compromisso com essa organização.
E	Outros atributos pessoais	Um constructo amplo que inclui outros traços pessoais, como tolerância à ambiguidade, habilidade intelectual, motivação, valores, competência, capacidade e estilo de aprendizagem.
V. DIMENSÃO: PROCESSO		
A	Planificação	Em que medida um projeto ou método de conduta e tarefas para implementar a intervenção são desenvolvidos antecipadamente e a qualidade desses projetos ou métodos.
B	Engajamento	Atração e envolvimento das pessoas certas na implementação e no uso da intervenção por meio de uma estratégia combinada de marketing social, educação, profissionais modelos de conduta, treinamento e outras atividades similares.
1	Líderes de Opinião	Indivíduos numa organização que têm influência formal ou informal sobre as atitudes e as convicções dos seus colegas, a respeito da implementação da intervenção.
2	Líderes Formalmente Designados Internamente para a	Indivíduos dentro da organização que foram formalmente designados responsáveis para implementar uma intervenção, como

	Implementação	coordenadores, gestores de projeto, líderes de equipe ou outra posição similar.
3	Apoiadores	Indivíduos que se dedicam a apoiar, difundir e reforçar a implementação, superando a indiferença ou resistência que a intervenção possa enfrentar numa organização.
4	Agentes Externos de Mudança	Indivíduos que são afiliados a uma entidade externa, que formalmente influencia ou facilita decisões de intervenções numa direção desejável.
C	Execução	Executar ou concluir a implementação de acordo com o plano.
D	Reflexão e avaliação	Retroalimentação quantitativa e qualitativa sobre o decurso e a qualidade da implementação, acompanhada de atualizações regulares individuais e para a equipe sobre o progresso e a experiência.

Construtos do CFIR (78)

Anexo D – Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Barreiras e facilitadores para a colaboração interprofissional na E Família

Pesquisador: Andréa Tenório Correia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39759420.0.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.406.541

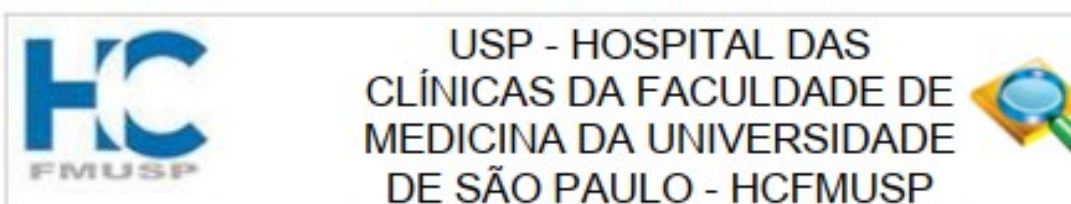
Apresentação do Projeto:

"A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributos essenciais o acesso, a integralidade e a coordenação do cuidado. Desse modo, a colaboração interprofissional é fundamental das práticas de cuidado na APS e está inter-relacionado à qualidade, a eficiência e à segurança do usuário."

Hipótese: "Existem fatores relacionados ao contexto de trabalho na APS e às condições de trabalho dos profissionais, que podem influenciar a colaboração interprofissional na Atenção Primária à Saúde. A pesquisa será baseada nos métodos qualitativos: observação direta e entrevistas semiestructuradas. Assim, a pesquisa se utilizará da triangulação de métodos. Para atingir o objetivo de identificar os elementos que servem como barreiras ou fatores facilitadores para a colaboração interprofissional em equipes de APS, utilizaremos para elaboração do roteiro de entrevistas o "Modelo de Colaboração"

em serviços de saúde, criado por D'Amour."

Metodologia de Análise de Dados: Análise "do material trazido do campo se baseará nas técnicas sugeridas por Minayo (79): Impregnação ou saturação: ordenamento e organização do material obtido no estudo de campo, investindo em sua compreensão



Continuação do Parecer: 4.406.541

leitura das falas e do material das observações deve ser prioridade em leitura atenta e c

Critério de Inclusão: Profissionais de saúde que estejam atuando na Atenção Primária e equipes de saúde da família e gerentes de unidades básicas de saúde

Critério de Exclusão: Profissionais de saúde que estejam atuando em serviços de saúde relacionados à Atenção Primária

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: "Compreender aspectos que influenciam a colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família no município de São Bernardo do Campo, estado de São Paulo."

Objetivo Secundário:

1. Compreender os pontos estruturantes da colaboração interprofissional na equipe de saúde;
2. Identificar barreiras da colaboração; interprofissional;
3. Identificar fatores facilitadores da colaboração interprofissional;
4. Estudar a percepção da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) e dos gerentes da UBS : interprofissional segundo as dimensões do modelo de estruturação de colaboração (compartilhamento de objetivos, internalização, formalização)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Benefícios:

"Os benefícios são de contribuir para o entendimento dos fatores que influenciam a colaboração interprofissional no trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no contexto de Atenção Primária em Saúde. Espera-se que a identificação desses aspectos permitirá elaborar estratégias para aumentar a efetividade da colaboração interprofissionais, do ponto de vista das equipes e da qualidade do cuidado à saúde."

Riscos:

"Os riscos para os participantes consistem na possibilidade de sentir desconforto ao responder às perguntas e/ou ao participar das observações."



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 4.406.541

entrevistas semi-estruturadas). Serão convidados a participar profissionais da saúde equipes de saúde da família e gestores das Unidades Básicas. Para a elaboração do ro foi utilizado o "Modelo de Estruturação de Colaboração" de D'Amour.

"Serão entrevistados profissionais de cinco equipes de saúde da família, ou seja, m auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e cinco gestores de entrevistados poderá ser ampliado conforme o critério de saturação das categorias tem diversidade de sujeitos em relação à idade, sexo, tempo de atuação na ESF e região UBS. A observação direta será realizada antes das entrevistas, nas mesmas Unidade onde serão escolhidas as equipes de saúde da família para as entrevistas. O mate transcrito."

Cronograma: Submissão à apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMUSP 09/06/2020, Solicitação de aprovação para a Comissão Coordenadora de Program 25/05/2020; Redação da dissertação 15/11/2021; Licença-maternidade 13/07/20; entrevistas 28/08/2021; Coleta de material da observação participante 15/02/2021; Análi dados 11/10/2021; Agendamento das entrevistas 07/06/2021; Revisão do rotei 17/05/2021; Realização das entrevistas semi-estruturadas 14/06/2021; Revisão do rol 01/05/2021;

Obtenção dos créditos 26/05/2020; Análise do material da coleta da observação parti Qualificação 25/01/2021; Aplicação de entrevistas-piloto e nova revisão do roeiro 3' dissertação pela orientadora 01/02/2022; Revisão do projeto após as observaçõ 01/02/2021; Análise do material transcrito das entrevistas 12/09/2021; Defesa da diss Revisão da dissertação 16/02/2022 - 16/04/2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram cumpridas as atualizações referentes às pendências documentais. Foram atualizado, projeto atualizado, carta de compromisso ao mestrado e parecer de us Segundo a pesquisadora esse documentos já foram submetidos à Cappelq. Na folha página, consta a assinatura e o carimbo do diretor do Departamento de Medicina F Nelson Gouveia.



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 4.406.541

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) dese conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar o publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos res

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Au
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1557380.pdf	27/10/2020 23:26:22	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_nataliakanno_27_10_2020.pdf	27/10/2020 23:22:31	NATALIA I KANNO
Folha de Rosto	FR_andrea_tenorio.pdf	27/10/2020 23:17:48	NATALIA I KANNO
Outros	Carta_Resposta_Pend_Documentais.pdf	29/06/2020 16:29:49	Andréa Te Correia da
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal_NataliaKanno_.pdf	29/06/2020 16:21:36	Andréa Te Correia da
Outros	carta_comp_mestrado.pdf	29/06/2020 16:20:54	Andréa Te Correia da
Outros	Parecer_Dados_Digitais.pdf	29/06/2020 16:20:29	Andréa Te Correia da
Outros	NataliaKanno_Form_HC.pdf	29/06/2020 09:56:12	Andréa Te Correia da
Outros	ParecerDeptoMedPrev.pdf	29/06/2020 09:55:12	Andréa Te Correia da

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP



Continuação do Parecer: 4.406.541

SAO PAULO, 18 de Novembro de 2020

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão do SUS**

São Bernardo do Campo, 12 de

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Gislene Santiago do Nascimento Oliveira declaro ciência da instituição Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo como coparticipante no projeto de pesquisa intitulado “Barreiras e Fatores F para Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família”, sob a orientação da pesquisadora Natália de Paula Kanno, sendo a instituição proponente

Serão disponibilizados ao pesquisador já citado os serviços de Saúde Básica, após a emissão do parecer ético de aprovado pelo CEP da instituição. Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso com o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, bem como de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.