

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CRISLAINE LOQUETI SANTOS

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS COMPETÊNCIAS
COLABORATIVAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM
SAÚDE BUCAL: COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E
ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE**

SÃO PAULO

2020

CRISLAINE LOQUETI SANTOS

**CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE AS COMPETÊNCIAS
COLABORATIVAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM
SAÚDE BUCAL: COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL E
ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

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

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2020

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

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Crislaine Loqueti

Concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente / Crislaine Loqueti Santos. São Paulo, 2020.

114 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

1. Equipe de assistência ao paciente. 2. Relações interprofissionais. 3. Competência profissional. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermagem.

I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Crislaine Loqueti Santos

Título: Concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Elaine e Eliezer, que incentivaram a seguir minha profissão e me apoiaram em todos os momentos da vida com muito amor e carinho. A vocês dedico todas as minhas vitórias.

À minha irmã, Nathasha, pela companhia, por me aconselhar e me inspirar diariamente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meu caminho e me fortalecer, por tudo o que já superei e alcancei na vida.

Aos meus amados pais, Elaine e Eliezer, pela dedicação em proporcionar as melhores oportunidades para meu crescimento pessoal e profissional, pelo carinho e amor incondicional, e todo o apoio durante minha trajetória acadêmica.

A minha irmã, Nathasha, por ser a luz da minha vida, agradeço por cada instante que compartilhamos. O meu amor por você é incondicional, independente da distância.

A querida professora Marina Peduzzi, pelo carinho, confiança, dedicação e paciência, por compartilhar seu conhecimento em todos os momentos de orientação e por ser minha inspiração desde o primeiro estágio curricular da graduação. Minha eterna admiração e gratidão.

Ao meu noivo, Murilo, pelo amor, compreensão, apoio e incentivo para alcançar meus sonhos.

À querida, Aline Maciel, pelo incentivo desde o processo seletivo para a Pós-Graduação, pela amizade, apoio e colaboração durante o desenvolvimento do estudo.

À minha amiga, Juliana Veloso, pela amizade, compreensão e pela presença nos momentos mais importantes da minha vida.

Aos meus amigos e familiares, que sempre estiveram torcendo por mim.

Aos membros da banca do exame de qualificação e defesa, pelas contribuições.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional, pelos momentos de debates e reflexões.

À minha diretoria e colegas de trabalho, pelo reconhecimento da importância desse momento para o meu desenvolvimento profissional.

Aos profissionais que estiveram envolvidos no desenvolvimento do estudo maior, especialmente a Nara e Géssica, responsáveis pela realização das entrevistas nas três unidades de saúde estudadas.

Aos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal dos municípios de Curitiba/PR e Guarulhos/SP, pela disponibilidade em contribuir para o estudo.

A todos os docentes e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial a equipe da biblioteca Wanda de Aguiar Horta, pela atenção e disponibilidade.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para o sucesso deste estudo.

Muito obrigada!

A felicidade não se resume na ausência de problemas, mas sim na sua capacidade de lidar com eles.

Albert Einstein

Santos CL. Concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: Estudo sobre as competências colaborativas e sua contribuição para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa no cenário dos serviços de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Analisar as concepções dos profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal sobre as duas competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, e as ações descritas como colaborativas. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa descritivo exploratório do tipo estudo de caso. Utilizou banco de dados secundários no qual constam as 34 entrevistas realizadas com profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal de três unidades de saúde localizadas em dois municípios, sendo um na região Sul e outro na região Sudeste. A análise do material coletado, foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo temática, por meio do software de análise qualitativa Web Qualitative Data Analysis. **Resultados:** As concepções dos profissionais das equipes sobre a competência comunicação interprofissional constituíram três categorias: comunicação com foco no atendimento das necessidades de saúde do usuário; reconhecimento da reunião de equipe como espaço que potencializa a comunicação e a colaboração interprofissional; e instabilidade das equipes como barreira para comunicação e colaboração na equipe. As concepções sobre a competência colaborativa atenção centrada no usuário convergiram nas categorias: grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço de participação dos usuários; Conselho Gestor Local como espaço de participação social; vínculo entre profissional e usuário como facilitador do cuidado; e tensão no entendimento do compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre profissional e usuário ou transferido dos usuários para os profissionais. Quanto as ações consideradas colaborativas, somente os grupos de prevenção e promoção à saúde foram apontados como ações realizadas em colaboração entre profissionais de diferentes áreas da mesma equipe ou de diferentes equipes da unidade de saúde. **Conclusões:** Os resultados do estudo mostram que os profissionais das equipes têm concepções sobre a prática colaborativa interprofissional e as competências centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no usuário, em construção, com tensões e com limitações, visto o destaque restrito às atividades em grupo. São necessários estudos futuros para aprofundar o conhecimento e a construção das duas competências colaborativas, tanto na formação dos profissionais de saúde como na constituição e consolidação do trabalho em equipes na Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de assistência ao paciente. Relações interprofissionais. Competência Profissional. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

Santos CL. Practitioners' conceptions about the collaborative competences in the family health teams with oral health: interprofessional communication and patient-centered care [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Study on collaborative competences and their contribution to teamwork and collaborative interprofessional practice in Primary Health Care services of the Unified Health System. **Objectives:** To analyze the concepts present in professionals from Family Health Strategy teams with Oral Health regarding the two central collaborative competencies: interprofessional communication and patient-centered care, as well as the actions described as collaborative. **Method:** Case study using a qualitative descriptive exploratory approach. It uses a secondary database containing 34 interviews with professionals from the Family Health Strategy with Oral Health teams from three health units located in two municipalities, one in the South and another in the Southeast regions. The analysis of the collected material was carried out based on the technique of thematic content analysis, also using the qualitative analysis software Web Qualitative Data Analysis. **Results:** The team members' conceptions of interprofessional communication competence resulted in three categories: communication focused on how to meet users' health needs; acknowledging team meetings as spaces that enhance inter-professional communication and collaboration; and team's instability as barrier to communication and collaboration in teams. Conceptions about the collaborative competence of user-centered attention converged in the categories: prevention and health promotion groups as a space for users to participate; Local Management Council as a space for social participation; the link between practitioners and users as a facilitator of care; and tension in the understanding of the sharing of care responsibilities between practitioners and users or transferred from users to practitioners. As for the actions considered as collaborative, the prevention and health promotion groups were the sole actions identified as carried out in collaboration between professionals from different areas of the same team or from different teams in the health unit. **Conclusions:** The results of the study show that the professionals of the teams have conceptions about the interprofessional collaborative practice and the central competences: interprofessional communication and user-centered care, as a work in progress with tensions and limitations, given the emphasis restricted to group activities. Future studies are needed to deepen the knowledge and implementation of the above-mentioned two collaborative competencies, both in the training of health professionals and in the constitution and consolidation of teamwork in the Family Health Strategy with Oral Health.

KEY-WORDS: Patient Care Team. Interprofessional Relations. Professional Competence. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Domínios das competências colaborativas, segundo o CIHC (2010).....	22
Figura 2 – Descrição da pesquisa maior a qual o presente estudo está vinculado. .	31
Figura 3 – Mapa de localização do município de Curitiba/PR.....	37
Figura 4 - Mapa de localização das unidades básicas de saúde, distribuídas por distrito sanitário do município de Curitiba/PR.....	41
Figura 5 - Mapa de localização do município de Guarulhos/SP.....	46
Figura 6 – Mapa da divisão territorial de Guarulhos/SP em regiões de saúde, e municípios que compõem a região do Alto Tietê.....	46
Figura 7 - Mapa de localização das unidades básicas de saúde, por distrito sanitário do município de Guarulhos/SP.....	50
Figura 8 - Resultados da análise das entrevistas por unidade de saúde, no software WebQDA.....	56
Figura 9 - Categorias das concepções sobre comunicação interprofissional.....	66
Figura 10 - Categorias das concepções sobre atenção centrada no usuário.....	72
Figura 11 - Categoria das concepções sobre ações descritas como colaborativas .	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das entrevistas realizadas, segundo unidade de saúde (A, B, C).....	34
Tabela 2 - Internações hospitalares no município de Curitiba/PR, por diagnóstico por capítulo do CID-10.	39
Tabela 3 - Estatísticas vitais e de saúde, município de Curitiba/PR.	40
Tabela 4 - Total de equipes cadastradas nos serviços de APS, no município de Curitiba/PR.....	42
Tabela 5 - Caracterização demográfica das regiões de saúde do município de Guarulhos/SP.....	47
Tabela 6 - Internações no município de Guarulhos/SP, por diagnóstico por capítulo do CID-10	48
Tabela 7 - Estatísticas vitais e de saúde, município de Guarulhos/SP	49
Tabela 8 - Total de equipes cadastradas nos serviços de APS, no município de Guarulhos/SP.....	51
Tabela 9 - Caracterização dos profissionais das equipes de ESF com SB entrevistados.....	55

LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CECO	Centro de Convivência
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PR	Paraná
RT	Residência Terapêutica
SB	Saúde Bucal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo tive a oportunidade, por meio das disciplinas e estágios curriculares, de vivenciar o cotidiano das unidades básicas de saúde e a atuação da equipe de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal, possibilitando o primeiro contato com os serviços que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao ingressar no mercado de trabalho iniciei na área da saúde suplementar no gerenciamento de pacientes crônicos, responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Após minha primeira experiência, direcionei minha atuação para o âmbito da APS, atuando como Enfermeira de Educação Permanente no interior do estado de São Paulo. Em 2017 assumi a Coordenação da Atenção Primária das unidades básicas de saúde, de um município na região do Alto Tietê/SP, proporcionando vivenciar as diferentes organizações dos processos de trabalho entre as equipes de saúde da família, variando conforme o perfil do gestor local, a vulnerabilidade da população adscrita no território de abrangência das unidades, a estabilidade da equipe e as relações profissionais.

Considerando minha experiência na gestão da APS, direcionei meus estudos para as equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, para a organização do trabalho em equipe e o desenvolvimento das ações de saúde a partir do conhecimento das necessidades dos usuários, famílias e comunidades, portanto justifica-se meu interesse em estudar o processo de trabalho dos profissionais que atuam na ESF com SB.

Integrante do grupo de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na perspectiva Colaborativa Interprofissional”, coordenado pelas professoras Dra. Marina Peduzzi e Dra. Valéria Leonello, que desenvolveu a pesquisa intitulada “Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional” com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O presente estudo está vinculado à pesquisa maior referida, e constitui um recorte para aprofundamento na investigação das competências colaborativas. A pesquisa maior foi realizada em parceria com o estudo da professora Dra Raquel R. Gaidzinsk chamado “Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS.....	28
2.1. OBJETIVO GERAL	28
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3. METODOLOGIA	30
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2. CAMPO DE ESTUDO	32
3.3. SUJEITOS DE PESQUISA	32
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	33
3.5. COLETA DE DADOS	33
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.7. CENÁRIO DO ESTUDO	37
3.7.1. Caracterização do município de Curitiba/PR	37
3.7.1.1. Morbidade	38
3.7.1.2. Mortalidade	39
3.7.1.3. Equipamentos de saúde.....	40
3.7.1.4. Serviços de Atenção Básica.....	42
3.7.1.5. Vínculo dos profissionais de saúde	43
3.7.1.6. Plano Municipal de Saúde.....	43
3.7.1.7. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso A	43
3.7.1.8. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso B	44
3.7.2. Caracterização do município de Guarulhos/SP.....	45
3.7.2.1. Morbidade	47
3.7.2.2. Mortalidade	48
3.7.2.3. Equipamentos de saúde.....	49
3.7.2.4. Serviços de Atenção Básica.....	49
3.7.2.5. Vínculo dos profissionais de saúde	51
3.7.2.6. Plano Municipal de Saúde.....	51
3.7.2.7. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso C	52
4. RESULTADOS.....	54
4.1. PRIMEIRA PARTE: CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	54

4.2. SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DAS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF COM SB POR UNIDADE DE SAÚDE..	55
4.2.1. Unidade de estudo - UBS A.....	57
4.2.1.1. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional.....	57
4.2.1.2. Competência colaborativa - Atenção centrada no usuário.....	58
4.2.1.3. Ações colaborativas	60
4.2.2. Unidade de estudo - UBS B.....	60
4.2.2.2. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional	60
4.2.2.3. Competência colaborativa - Atenção centrada no usuário.....	61
4.2.2.4. Ações colaborativas	62
4.2.3. Unidade de estudo - UBS C.....	63
4.2.3.2. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional	63
4.2.3.3. Competência colaborativa - Atenção centrada no paciente.....	64
4.2.3.4. Ações colaborativas	65
4.3. TERCEIRA PARTE: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF COM SB DAS TRÊS UNIDADES DE SAÚDE ACERCA DAS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS E AÇÕES COLABORATIVAS	66
4.3.1. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre a comunicação interprofissional.....	66
4.3.2. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre atenção centrada no usuário	72
4.3.3. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre as ações colaborativas	79
5. DISCUSSÃO.....	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7. REFERÊNCIAS	99
ANEXOS.....	108

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

O estudo tem como tema central as competências colaborativas e sua contribuição para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa no cenário dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da crescente complexidade das necessidades de saúde da população (OMS, 2010) e das mudanças demográficas e epidemiológicas, no cenário nacional, caracterizadas pelo aumento da expectativa de vida com envelhecimento da população, e das condições e doenças crônicas (Peduzzi et al., 2020), o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa são considerados alternativas aos sistemas de saúde fragmentados e a crescente complexidade das necessidades de saúde da população (OMS, 2010). As práticas colaborativas requerem profissionais capazes de trabalhar de forma integrada em equipes interprofissionais, que assegurem o cuidado contínuo e seguro ao paciente (Bainbridge et al., 2010; Frenk et al., 2010; Reeves et al., 2016; Reeves et al., 2017; Silva et al., 2015; Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

A colaboração ocorre quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância das outras áreas na complementariedade dos atos em saúde (OMS, 2010). D'Amour et al. (2008) destacam que a colaboração baseia-se na premissa de que os profissionais desejam trabalhar juntos para obter melhores resultados na atenção ao paciente, mantendo seus interesses individuais e a expectativa de autonomia. A autora corrobora que as novas formas de organização do cuidado em saúde, englobam cuidados integrados, estabelecimentos de redes de saúde e necessitam do desenvolvimento de novas práticas clínicas, sendo fundamental serem baseadas na colaboração.

Revisão de literatura analisa a colaboração interprofissional como um termo guarda-chuva para outros dois termos: prática colaborativa interprofissional e trabalho em equipe. A prática colaborativa ocorre quando a colaboração interprofissional é implementada na prática dos serviços. Quanto ao trabalho em equipe denota um nível mais profundo de trabalho interprofissional de forma interdependente. Desse modo, considera-se a prática interprofissional colaborativa e o trabalho em equipe como

temáticas relevantes para a organização dos serviços de APS (Morgan, Pullon, McKinlay, 2015).

O trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa vem sendo discutidos no cenário mundial, objetivando garantir segurança na assistência e qualidade dos serviços ofertados ao paciente, com menor custo do sistema de saúde, além de promover maior satisfação no trabalho dos profissionais envolvidos (Brandt et al., 2014; Peduzzi, Agreli, 2018; Reeves et al., 2010).

Para Reeves et al. (2010) e Reeves, Xyrichis, Zwarenstein (2018) o trabalho em equipe apresenta cinco elementos comuns: identidade compartilhada, clareza dos papéis, interdependência dos membros, integração das ações e responsabilidade compartilhada. Os autores consideram o trabalho em equipe como uma das formas de trabalho interprofissional, que contemplam também a colaboração, coordenação e trabalho em rede.

O trabalho em equipe caracteriza-se pela intensa interdependência das ações, integração entre os membros, clareza dos papéis, compartilhamento da identidade e responsabilidade entre os membros da equipe. A colaboração é reconhecida como a forma mais flexível de trabalho interprofissional, requer responsabilidade compartilhada, interdependência entre os membros e clareza dos papéis, diferindo do trabalho em equipe quanto a identidade compartilhada e a integração entre os membros que se apresentam em níveis menores. As necessidades da equipe geralmente são mais previsíveis, menos urgentes e complexas. A coordenação apresenta semelhanças com a colaboração no sentido da identidade e responsabilidade compartilhada e clareza dos papéis, porém a integração e interdependência dos membros são menos presentes. As necessidades da equipe são ainda mais previsíveis, menos urgentes e menos complexas se comparadas a colaboração. No trabalho em rede é reconhecida maior flexibilidade, onde a identidade compartilhada, clareza dos papéis, interdependência, integração e responsabilidade compartilhada são consideradas menos essenciais que na coordenação. Quanto as necessidades da equipe são previsíveis, menos complexas e urgentes. A rede pode ser virtual onde os membros podem não interagir pessoalmente (Reeves et al., 2010; Reeves, Xyrichis, Zwarenstein, 2018; Peduzzi, Agreli, 2018; Peduzzi et al., 2020).

No âmbito do trabalho em equipe e prática interprofissional, autores apontam a necessidade do reconhecimento da complementariedade e interdependência das

ações dos profissionais de saúde, assim como das atribuições específicas de cada um, tendo em vista a colaboração e integração das ações dos profissionais na direção do fortalecimento do cuidado integral à saúde dos usuários, famílias e comunidades. (Orchard, 2010; Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

Segundo a OMS (2010) a prática interprofissional colaborativa ocorre quando profissionais de saúde, de diferentes áreas, prestam serviços tendo como base a integralidade do cuidado, englobando os usuários, famílias e comunidades para a atenção à saúde de qualidade em todos os níveis da rede de serviços, além disso pode desempenhar um importante papel na redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo, e produzir melhores resultados na atenção as necessidades de saúde dos usuários.

Para Frenk et al. (2010), a promoção da educação e prática interprofissional, é fundamental para o reconhecimento das ações dos diferentes profissionais, que permitem avançar na quebra das barreiras profissionais, no estabelecimento de relações mais horizontais e na construção de competências para o trabalho interprofissional.

Barr (1998, 2005) desenvolveu a tipologia de competências presentes nos processos de interação interprofissional, sendo elas: competências comuns, complementares e colaborativas. As competências comuns, envolvem saberes e ações compartilhadas entre os profissionais do campo da saúde que podem contribuir para reduzir as tensões interprofissionais, favorecendo a colaboração. As competências complementares são desenvolvidas quando os profissionais identificam as atividades específicas de sua área e que são capazes de realizar com a valorização das qualificações de cada profissão. As competências colaborativas se referem a que cada profissional, utilize seu saber e prática específicos, trabalhando junto e colaborando com outras profissões, pacientes, familiares, cuidadores e grupos comunitários, na elaboração do plano de cuidado compartilhado

No sentido de construir modalidades de práticas colaborativas, com base na interprofissionalidade, destaca-se a experiência do Sistema de Saúde do Canadá que mostra avanço na construção de um modelo de competências interprofissionais que possam auxiliar na vivência de uma aprendizagem aplicada em situações reais.

O *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), propõe seis domínios de competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) que julgam essenciais para a prática colaborativa interprofissional: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, família e comunidade; clarificação dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa; e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010).

Os domínios do CIHC (Figura 01), são descritos abaixo:

- Comunicação interprofissional: profissionais de diferentes áreas comunicam-se de forma colaborativa, desenvolvendo relações de confiança entre profissionais e pacientes/família e comunidade, diante do estabelecimento de planos de cuidados compartilhados possibilitando a compreensão comum das decisões do cuidado.

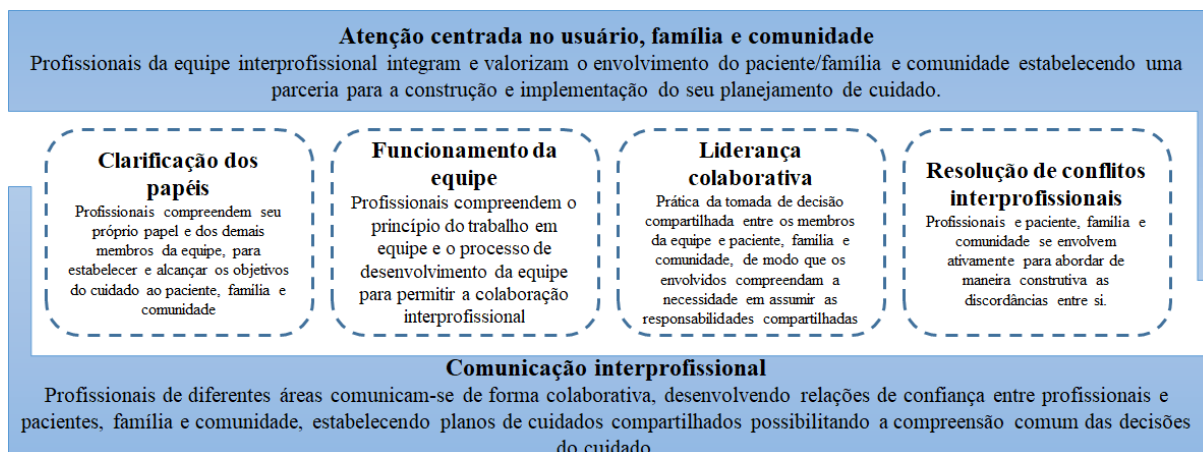
- Cuidado centrado no paciente, família e comunidade: os profissionais da equipe interprofissional integram e valorizam o envolvimento do paciente/família e comunidade estabelecendo uma parceria para a construção e implementação do seu planejamento de cuidado.

- Clarificação dos papéis profissionais: os profissionais compreendem seu próprio papel e dos demais membros da equipe, para estabelecer e alcançar os objetivos do cuidado ao paciente/família e comunidade.

- Funcionamento da equipe: os profissionais compreendem o princípio do trabalho em equipe e o processo de desenvolvimento da equipe para permitir a colaboração interprofissional.

- Liderança Colaborativa: prática da tomada de decisão compartilhada entre os membros da equipe e paciente/família e comunidade, de modo que os envolvidos compreendam a necessidade em assumir as responsabilidades compartilhadas pelos processos escolhidos para alcançar os resultados.

- Resolução de conflitos: profissionais e paciente/família e comunidade se envolvem ativamente para abordar de maneira construtiva as discordâncias entre si.

Figura 1 – Domínios das competências colaborativas, segundo o CIHC (2010).

Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

A discussão do referencial do modelo de competências, originou-se a partir dos anos 80 no cenário da crise estrutural do capitalismo que se manifesta pelo esgotamento do padrão de gestão do trabalho taylorista/fordista. O modelo pós-fordista caracterizado pela forte incorporação de tecnologias, desregulamentações dos mercados e flexibilização da força de trabalho, constitui resposta ao esgotamento do padrão de acumulação anterior e a crise estrutural do capital. Essas mudanças provocam a reestruturação do processo produtivo, a constituição de formas de produção mais flexíveis, assim como novos modelos de gerenciamento do trabalho (Deluiz, 2001; Zarifian, 2003). O taylorismo e o pós fordismo apresentam sentido e significado social semelhantes, pois ambos visam o aumento de produtividade, da lucratividade e da acumulação do capital no segmento privado, como também a racionalização dos gastos nos serviços públicos (Souza, Mendes, 2016).

Sociólogo francês Philippe Zarifian define competência como a tomada de iniciativa e o assumir de responsabilidade do indivíduo sobre problemas e eventos que ele enfrenta em situações profissionais. O autor afirma que o assumir está relacionado como algo pessoal do indivíduo diante de uma situação de trabalho, se responsabilizando por ela. Quanto a tomada de iniciativa, Zarifian considera que ao tomar iniciativa o indivíduo mobiliza conhecimentos preexistentes que permitem a escolha da melhor proposta de solução para a questão enfrentada, e em relação ao assumir a responsabilidade, o autor aponta que o indivíduo responde pelos efeitos e consequências de suas ações (Zarifian, 2001, 2003).

Deluiz (2001) aponta que o desenvolvimento de competências não se restringe à concepção individual, uma vez que são construídas ao longo da vida profissional, sendo necessário o compartilhamento de experiências e práticas coletivas, a autora ainda afirma que as competências não se limitam somente como descrição de tarefas.

A identificação, definição, construção e análise de competências profissionais devem partir da investigação dos processos de trabalho, sendo pautadas nos sujeitos que vivenciam as situações de trabalho, ou seja, os próprios trabalhadores, sendo possível identificar os saberes formais e informais, assim como suas formas culturais e patrimônio de recursos acumulados por eles através das atividades de trabalho (Deluiz, 2001).

A abordagem de modelos de competências oferece recursos para estabelecer padrões consistentes para a prática no ambiente de trabalho que ainda podem favorecer a operacionalização da prática interprofissional colaborativa (Hepp et al. 2015; Reeves, Fox, Hodges, 2009). Diante disso, o estudo das competências colaborativas no cenário da APS torna-se fundamental para a qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de Estratégia de Saúde de Família (ESF) com Saúde Bucal (SB) (Carter, Bosworth, Green, 2012; OMS, 2010; Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

Para Starfield (2002), a APS deve ser orientada por quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato do usuário, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O primeiro contato se refere a acessibilidade e utilização dos serviços. A longitudinalidade corresponde à relação ao longo do tempo entre equipe de saúde, usuários e familiares, estabelecendo vínculos interpessoais. A integralidade engloba o reconhecimento das necessidades de saúde do usuário no âmbito orgânico, psíquico e social. A coordenação requer a continuidade do cuidado ofertado através da articulação entre os diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

A autora considera para a qualificação das ações dos serviços de APS, outros três atributos, denominados de derivados: orientação familiar, que considera a família como sujeito da atenção; orientação comunitária, que reconhece as necessidades de saúde da comunidade; e a competência cultural, a qual corresponde ao reconhecimento das diferentes necessidades da comunidade, respeitando as singularidades culturais e preferências individuais (Starfield, 2002).

A APS representa o primeiro contato dos usuários no sistema de saúde, sendo caracterizada como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que contemplam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2017a).

Em 1994, com a finalidade de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF) (Andrade, Barreto, Bezerra, 2006). No ano de 2006, o PSF deixou de ser programa e tornou-se uma estratégia sendo considerada como prioritária para a reorganização da APS, dessa forma sendo denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (Pinto, Giovanella, 2018).

A ESF apresenta critérios bem definidos de atuação, através de uma equipe multiprofissional, composta minimamente por agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar e/ou técnico de enfermagem, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade. Podem ser acrescentados a essa composição o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família (Brasil, 2017a).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) define as atribuições comuns dos profissionais das equipes de APS: processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; identificação dos riscos e vulnerabilidades; cadastramento dos usuários e famílias; oferta de cuidado integral a população adscrita na unidade de saúde, no domicílio e/ou espaços comunitários; acolhimento humanizado a demanda espontânea, com classificação de risco; realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; ações de vigilância epidemiológica; ações de segurança ao paciente; participação nas reuniões de equipe; articulação e participação nas ações de educação permanente; realização de ações de educação em saúde à população adscrita; promoção da mobilização e participação da comunidade nas atividades da unidade básica de saúde viabilizando o controle social; gerenciamento de insumos; e identificação de parceiros e recursos na comunidade tendo em vista potencializar as ações intersetoriais. A PNAB também descreve as atribuições específicas dos profissionais que integram as equipes de APS (Brasil, 2017a).

Cada equipe de ESF deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas adscritas em seu território de atuação, considerando a possibilidade de ampliar ou diminuir o total de pessoas por equipe, conforme avaliação do grau de riscos e vulnerabilidades do território pelo gestor municipal, assegurando a qualidade do cuidado. Os profissionais da equipe de saúde bucal vinculados a equipe de saúde da família devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscrito que a equipe de saúde da família a qual integra (Brasil, 2017a).

A ESF é descrita na PNAB como estratégia de expansão e consolidação da APS, impactando no contexto de saúde de pessoas e seus territórios, além de propiciar melhor relação de custo efetividade (Brasil, 2017a). Em 2020, a cobertura de equipes de saúde da família alcançou 65,13% do total da população brasileira, totalizando 44.619 mil equipes de ESF implantadas no território nacional, no mesmo período a cobertura de equipes de saúde bucal totalizaram 43,24% correspondendo a 29.362 mil equipes (Brasil, 2020).

No Brasil, estudos revelam a efetividade da ESF associada à melhoria do acesso e qualidade resultando na maior satisfação do usuário, se comparado as unidades de saúde no modelo tradicional ou do setor privado (Macinko, Costa, 2012; Macinko, Harris, 2015). Segundo Macinko e Harris (2015), o acesso e o primeiro contato na ESF são facilitados devido à proximidade das equipes de saúde das residências dos usuários.

Casotti et al. (2014) em estudo das características da oferta dos serviços de saúde bucal utilizados pelos usuários entrevistados no primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), identificaram o alto percentual de procura pelos usuários por consulta com o cirurgião-dentista o que caracteriza a demanda pelo cuidado em saúde bucal na APS.

Autores definem a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizado pelas equipes de saúde da família com saúde bucal mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e assistência pautada na integralidade do cuidado, com foco na unidade familiar e o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico do território abrangente (Andrade, Barreto, Bezerra, 2006).

A ESF, tem como premissa a articulação e colaboração de diferentes profissionais, sendo fundamental que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes e conhecimentos diversos se articulem com interação efetiva na garantia do cuidado ao usuário, família e comunidade. Na PNAB, o trabalho em equipe é considerado um pressuposto para o desenvolvimento do processo de trabalho na APS esta que tem como objetivo ofertar à população uma assistência integral, contínua e organizada (Brasil, 2017a).

Desta forma, esta pesquisa justifica-se visto o potencial de contribuição do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa para melhorar os resultados e a qualidade na atenção à saúde de usuários, famílias e comunidades, e a necessidade de conhecer e desenvolver as competências colaborativas, em especial as duas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente para o fortalecimento do trabalho interprofissional. Este contribui no enfrentamento dos desafios, que continuam a ser observados no cenário nacional do processo de trabalho nos serviços de APS, para o desenvolvimento e a oferta de cuidados integrais baseados na ESF com SB, para garantir o acesso universal e melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Assim, coloca-se como pergunta de pesquisa: quais as concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no usuário, família e comunidade no cotidiano de trabalho das equipes de ESF com SB, tendo em vista a atenção integral à saúde?

O estudo se propôs a identificar e analisar as competências colaborativas centrais, mobilizadas pelos profissionais das equipes de ESF com SB para o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional centrada no usuário, família e comunidade.

2. Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as concepções e as ações colaborativas dos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal sobre as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, família e comunidade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analisar a concepção dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal sobre as duas competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, família e comunidade;
- 2) Analisar as ações descritas como colaborativas pelos profissionais que integram a equipe de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal.

3. Metodologia

3. METODOLOGIA

Considerando o objeto do estudo, concepções dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, família e comunidade, tendo em vista o fortalecimento do trabalho em equipe e prática interprofissional na APS no contexto do SUS, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa descritivo exploratório do tipo estudo de caso. Busca-se conhecer e compreender de forma aprofundada as concepções dos profissionais das equipes de ESF com SB quanto as competências colaborativas centrais.

Minayo (2008, p. 22) aponta a metodologia qualitativa como “capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas [...] reconhecidas como construções humanas subjetivas”.

O estudo está vinculado à pesquisa maior “Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional” (Peduzzi et al., 2017) e utiliza dados secundários da referida investigação contando com autorização da coordenadora para utilização do banco de dados qualitativo (Anexo 1).

A pesquisa maior a qual este estudo está vinculado (Peduzzi et al., 2017), foi realizada em três fases com o objetivo de abarcar as três modalidades de competências necessárias para o trabalho em equipe e prática interprofissional: complementares/específicas, comuns e colaborativas (Barr 1998, 2005).

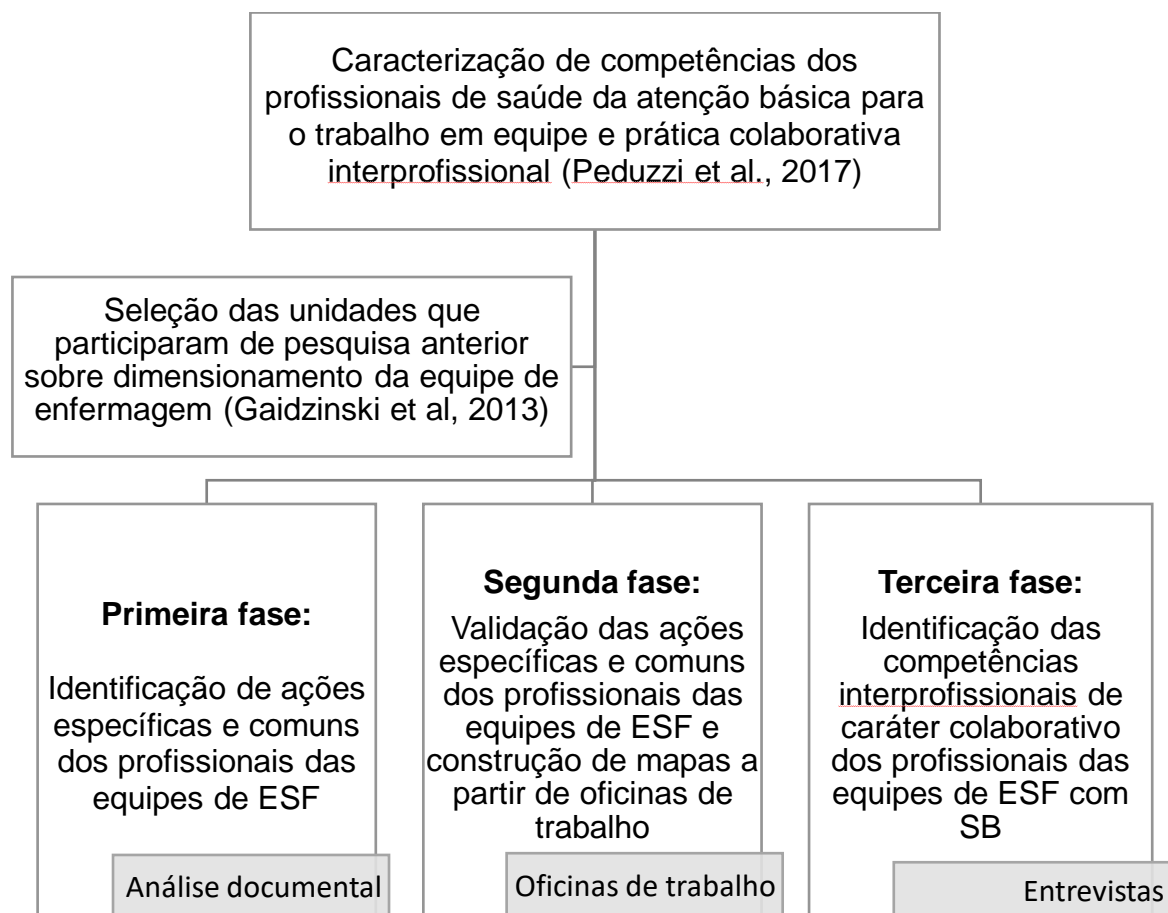
Na primeira fase foi realizada a análise de documentos da política da APS, de regulamentação das práticas profissionais das sete categorias estudadas e de regulação da formação desses profissionais. Foram consultados sites do Ministério da Saúde, de nove Secretarias Municipais de Saúde estudadas por Gaidzinski (2013), unidades de saúde com duas ou mais equipes da ESF, sites dos Conselhos Federais das profissões estudadas e do Ministério da Educação. Ao término da análise documental resultaram mapas de ações específicas para cada uma das categorias profissionais estudadas.

Na segunda fase do estudo foram validadas as ações específicas e as ações comuns de cada categoria profissional, a partir dos mapas construídos na primeira

fase, e também construídos mapas de ações de cada categoria a partir da voz dos profissionais da ESF nas oficinas. Essa fase permitiu a construção de um mapa de ações representativo para cada grupo profissional: agentes comunitários de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro e médico. Participaram das referidas oficinas, profissionais de cinco unidades de saúde que aceitaram o convite e corresponderam aos critérios de seleção: ter duas ou mais equipes da ESF e avaliação ótima no PMAQ-AB, essas unidades participaram da pesquisa realizada por Gaidzinski et al. (2013).

O recorte do presente estudo se refere a terceira fase da pesquisa maior (Peduzzi et al., 2017), visto que utiliza o banco de dados qualitativos no qual constam as entrevistas realizadas com profissionais das equipes de ESF com SB de três unidades de saúde, que participaram das oficinas na segunda fase, localizadas em dois municípios.

Figura 2 – Descrição da pesquisa maior a qual o presente estudo está vinculado.



Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo de caso como método para investigação do fenômeno contemporâneo em seus contextos de vida real, indicado quando não são evidentes os limites entre os fenômenos e o contexto de estudo (Yin, 2003). Ainda segundo Yin (2003) “representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”.

Estudo de caso triplo, com três unidades de saúde de análise. Para seleção dos casos foi necessário conhecimento anterior de resultados (Peduzzi et al., 2017) que permitiu a replicação teórica.

3.2. CAMPO DE ESTUDO

A seleção das unidades estudadas, em pesquisa anterior de Gaidzinski et al (2013) utilizou os critérios de inclusão: Unidade Básica de Saúde (UBS) com classificação de desempenho ótimo na avaliação do PMAQ-AB ciclo um, localizada em município com no mínimo três UBS com equipes de ESF com SB completas (agentes comunitários de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico) e UBS com duas ou mais equipes de ESF.

Foram estudadas equipes de ESF com SB de três unidades de saúde (A, B, C) que participaram da segunda fase do estudo mais amplo (Peduzzi et al., 2017). Quanto a localização das unidades, duas se encontravam no município de Curitiba na Região Sul e uma no município de Guarulhos na Região Sudeste. As características dos dois municípios e das três UBS serão descritas adiante.

3.3. SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais das equipes de ESF com SB que atuam nos serviços estudados: agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos. Utilizou-se como critérios para seleção dos entrevistados: profissionais com no mínimo um ano de atuação na unidade, com tempos variados de atuação na APS

com o objetivo de contemplar profissionais com diferentes experiências na ESF, e profissionais participativos nas atividades e relações de trabalho das unidades estudadas.

Com base nos critérios de inclusão, foi solicitado aos gerentes das unidades a indicação de profissionais das equipes de ESF com SB para as entrevistas.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 45956515.4.0000.5392, parecer número 1.180.576) (Anexo 2) seguindo os preceitos éticos previstos na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi desenvolvida no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2017. Para realização das entrevistas, os sujeitos do estudo, foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e participaram mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo 3), uma delas permanecendo com o participante e outra com o pesquisador, com garantia de sigilo e anonimato em relação aos dados obtidos.

3.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com base em entrevista semiestruturada que se caracteriza como uma conversa a dois realizada por iniciativa do entrevistador que no caso é o pesquisador “destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (Minayo, 2008 p. 261). Neste estudo a coleta de dados, foi efetuada por dois membros da pesquisa maior (Peduzzi et al., 2017) a qual está vinculado.

O foco das entrevistas, geralmente está na experiência individual do participante, que é relevante para compreender a realidade de pessoas em situação semelhante. Possibilita uma representação da concepção existente sobre um tema, em um processo de interação social com o entrevistador (Flick, 2009).

Nas entrevistas foram abordadas a concepção de competência colaborativa a qual pressupõe a interação e interdependência das ações entre os usuários, famílias,

comunidades e profissional de saúde, além disso foi observado ao longo das entrevistas referências as situações que compreendem os seis domínios das competências colaborativas, segundo o modelo canadense: comunicação interprofissional; atenção centrada no usuário, família e comunidade; clareza dos papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010). Destaca-se que no presente estudo foram analisadas as competências centrais do modelo canadense.

A aplicação das entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro guia (Anexo 4), foram realizadas com profissionais das equipes de ESF com SB, com base no critério de incluir um ou dois profissionais de cada categoria, indicados pelo gerente da unidade de saúde.

No período de 31 de agosto a 09 de dezembro de 2016, nas três unidades de saúde (A, B, C), foram realizadas 34 entrevistas (Tabela 1), com duração total de 25 horas e 15 minutos, e a média de duração de cada entrevista de 44 minutos (máximo 96 minutos e mínimo 19 minutos).

Tabela 1 - Distribuição das entrevistas realizadas, segundo unidade de saúde (A, B, C).

Unidade de saúde	Entrevistas	Período
A	12	29/11 a 09/12/2016
B	12	21/11 a 25/11/2016
C	10	31/08 a 13/09/2016

Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

Nas três unidades (A, B, C), foram entrevistados os seguintes profissionais: seis agentes comunitários de saúde, seis auxiliares/técnicos de enfermagem, cinco auxiliares/técnicos de saúde bucal, cinco cirurgiões-dentistas, seis enfermeiros e seis médicos.

Cabe destacar, que a pesquisadora do presente estudo se apropriou das entrevistas realizadas por meio das transcrições e áudios das gravações de cada entrevista. O caderno de campo foi utilizado como material empírico complementar,

com base nos registros da observação direta, possibilitando o contato da pesquisadora com a descrição detalhada do cenário de cada serviço de saúde.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material coletado através das entrevistas, foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo que segundo Bardin (2016) se caracteriza como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (Bardin, 2016, p.44).

Ainda segundo a autora a análise de conteúdo temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2016, p.135). Dessa forma, a análise se organiza em três etapas: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase da pré análise consiste na leitura flutuante, constituição do corpus e formulação das hipóteses e objetivos da pesquisa. A leitura flutuante corresponde ao contato direto e exaustivo com o material coletado para proporcionar ao pesquisador impregnar-se pelo conteúdo. No presente estudo, os áudios das gravações das entrevistas foram utilizados na etapa da leitura flutuante, sendo efetuada a escuta reiterada do depoimento a partir dos áudios. A constituição do corpus se refere a organização do conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos. A formulação das hipóteses e objetivos, consiste em formular e reformular hipóteses, para fundamentar a análise dos documentos (Bardin, 2016; Minayo, 2008).

Na fase de tratamento dos dados, realizou-se a leitura vertical de cada entrevista efetuando sucessivas leituras dos relatos, tendo como foco a singularidade de cada entrevista. Posteriormente, a análise horizontal do conjunto das entrevistas de cada unidade estudada (A, B, C), sendo que para o processo de leitura vertical e horizontal das entrevistas utilizou-se como base as categorias analíticas formuladas de acordo com os objetivos do estudo, ou seja, as concepções dos profissionais sobre as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional, atenção

centrada no usuário, família e comunidade e ações descritas como colaborativas. A partir disso, foi possível identificar os núcleos de sentidos, trechos dos relatos que se referiam ao objeto de estudo e objetivos, passando pela etapa de categorização e posterior consolidação das categorias empíricas. Por fim, realizou-se a análise transversal com o objetivo de compreender as semelhanças, as contradições e os antagonismos no conjunto das entrevistas das três unidades estudadas, a luz do referencial teórico (Schraiber, 1995; Peduzzi, 2007).

A leitura e análise das entrevistas também considerou o contexto em que se produziram, sendo que a compreensão ocorre analisando os conteúdos presentes nos relatos e o contexto da dinâmica de relações sociais de produção e reprodução (Minayo, 2008). Dessa forma, no presente estudo, considerou-se como contexto imediato de produção dos discursos dos profissionais entrevistados, a política de saúde e o modelo de atenção vigente nas unidades estudadas em ambos os municípios, assim as políticas de saúde da APS do SUS com base nas equipes de ESF com SB compõem o cenário da pesquisa (Peduzzi, 2007). Na análise do contexto de cada equipe e do conjunto das entrevistas, também foi considerado o registro das informações do caderno de campo efetuado durante o período de coleta de dados da pesquisa maior (Peduzzi et al., 2017).

A análise de conteúdo contemplou as três etapas de leitura e análise do material: leitura flutuante, codificação e construção das categorias, o que permitiu a impregnação por parte da pesquisadora dadas as sucessivas leituras das entrevistas: primeiro a leitura individual de cada entrevista, seguida da leitura por unidade de saúde e por fim, a leitura do conjunto de entrevistas das três unidades pesquisadas. O processo de análise e construção dos códigos e categorias foi compartilhado com a orientadora em sessões de discussão e validação.

Na análise dos dados também utilizou-se o software de análise qualitativa Web Qualitative Data Analysis (WebQDA) que proporciona a análise qualitativa de dados em um ambiente colaborativo, podendo ser analisado individualmente ou em colaboração, de forma síncrona ou assíncrona (Costa et al., 2016). O WebQDA está organizado em três áreas: fontes, codificação e questionamento. O espaço de fontes é destinado para a inserção dos dados, em formato de texto, imagem, vídeo ou áudio. A codificação consiste na área para criação de dimensões, indicadores ou categorias, sendo interpretativas ou descritivas. A terceira área, questionamento, dispõe do

conjunto de ferramentas para questionar os dados para responder suas questões de pesquisa (Souza, Costa, Moreira, 2011).

No estudo apresentado, a escolha para a utilização do software objetivou propiciar a organização dos dados da pesquisa extensos, que incluíram as 34 entrevistas semiestruturadas. Dentre as vantagens da utilização do software, destacam-se a possibilidade de lidar com grandes volumes de dados e proporcionar o rigor técnico e metodológico na análise das entrevistas, além da possibilidade do trabalho colaborativo entre o pesquisador e orientador, como também validar e assegurar a construção das categorias realizadas pela pesquisadora, proporcionando a exploração de todo o material das entrevistas sem perdas.

Na apresentação dos resultados, os entrevistados foram identificados pela categoria profissional (auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico) e pela letra de identificação da UBS (A, B, C) objetivando contextualizar os relatos dos profissionais.

3.7. CENÁRIO DO ESTUDO

3.7.1. Caracterização do município de Curitiba/PR

O município de Curitiba é a capital do estado do Paraná e está localizado no primeiro planalto paraense (Figura 3). Considerado o município mais populoso do Paraná e da Região Sul do Brasil, com cerca de 1.751.907 milhões de habitantes, distribuídos em 435,036 km² e densidade demográfica de 4.027,04 hab./km² (IBGE, 2016).

Figura 3 – Mapa de localização do município de Curitiba/PR



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2014/2017 (Curitiba, 2014).

O município possui 20 km de extensão de leste a oeste e 35 km de norte a sul, dessa forma encontra-se dividido em 10 administrações regionais que representam o governo municipal, com o objetivo de coordenar as ações voltadas ao planejamento local, considerando as particularidades físico-territoriais (Figura 3).

A estrutura etária da população de Curitiba é composta por 19,98% menores de 15 anos, 72,48 % entre 15 e 64 anos e 7,54% maiores de 65 anos. A taxa de envelhecimento, que corresponde a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total é de 7,54% (PNUD, IPEA, FJP, 2016).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,823, correspondendo a faixa de IDHM muito alto para o município de Curitiba que ocupa a 10ª posição entre os municípios brasileiros. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,855, seguida de Renda, com índice de 0,850, e de Educação, com índice de 0,768 (PNUD, IPEA, FJP, 2016).

A renda per capita média é de R\$ 1.581,04, apresentando crescimento de 79,99% nas últimas duas décadas (PNUD, IPEA, FJP, 2016). Em relação as condições de trabalho e rendimentos de Curitiba, cabe destacar: o salário médio mensal de quatro salários mínimos, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 53,3% e aos domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa com 26,9% da população nessas condições (IBGE, 2016).

3.7.1.1. Morbidade

No ano de 2016 constam nos registros hospitalares 149.266 internações, os dados de morbidade indicam as categorias de diagnóstico e proporcionam uma fonte de informação para detectar mudanças nas condições de saúde da população (Brasil, 2016a).

Quanto as cinco principais causas de internações de residentes em Curitiba, segundo o capítulo da CID – 10 (Tabela 2), se destaca em primeiro lugar as internações relacionadas à Gravidez, parto e puerpério (14,29%). No segundo lugar estão as Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,96%), seguidas pelas internações por Neoplasias (11,10%), as Doenças do aparelho digestivo (9,57%) e as Doenças do aparelho respiratório (8,32%) (Brasil, 2016a).

Tabela 2 - Internações hospitalares no município de Curitiba/PR, por diagnóstico por capítulo do CID-10.

Diagnóstico CID 10	2016	
	N	%
XV. Gravidez parto e puerpério	21.331	14,29%
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	19.350	12,96%
II. Neoplasias	16.563	11,10%
XI. Doenças do aparelho digestivo	14.279	9,57%
X. Doenças do aparelho respiratório	12.425	8,32%
IX. Doenças do aparelho circulatório	11.197	7,50%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9.499	6,36%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.423	3,63%
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.756	3,19%
XII. Doença da pele e do tecido subcutâneo	4.754	3,18%
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4.651	3,12%
XXI. Contatos com serviços de saúde	4.339	2,91%
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3.972	2,66%
VI. Doenças do sistema nervoso	3.799	2,55%
VII. Doenças do olho e anexos	3.371	2,26%
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias	2.974	1,99%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clin e laborat	2.548	1,71%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.243	1,50%
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	1.097	0,73%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	695	0,47%
Total	149.266	100%

Fonte: Morbidade hospitalar por local de internação (Brasil, 2016a).

3.7.1.2. Mortalidade

No ano de 2016, observa-se a ocorrência de 11.130 óbitos no município de Curitiba, as maiores causas de óbitos foram por doenças cardiovasculares que totalizaram 3.132 óbitos representando 28,1%, seguido de 21,8% por neoplasias (2.427), 11,9% causas externas (1.325) e 10,5% por doenças do aparelho respiratório (1.167). Em relação as faixas etárias, observam-se que todas as causas apresentaram mortalidade mais concentrada nas faixas etárias mais avançadas acima dos 60 anos, com exceção das causas externas (Brasil, 2016b).

Na população menor de um ano ocorreram 201 óbitos, sendo 114 relacionados as afecções originadas no período perinatal e 66 óbitos por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Brasil, 2016b).

Tabela 3 - Estatísticas vitais e de saúde, município de Curitiba/PR.

Indicadores	Curitiba
Taxa bruta de natalidade (por mil habitantes)	11,04
Taxa de Fecundidade Geral (filhos/mulher)	1,58
Taxa de Mortalidade Geral (por mil habitantes)	5,74
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	6,51
Taxa de Mortalidade em menores de 5 anos (por mil nascidos vivos)	8,06
Taxa de Mortalidade Materna (por cem mil nascidos vivos)	9,37

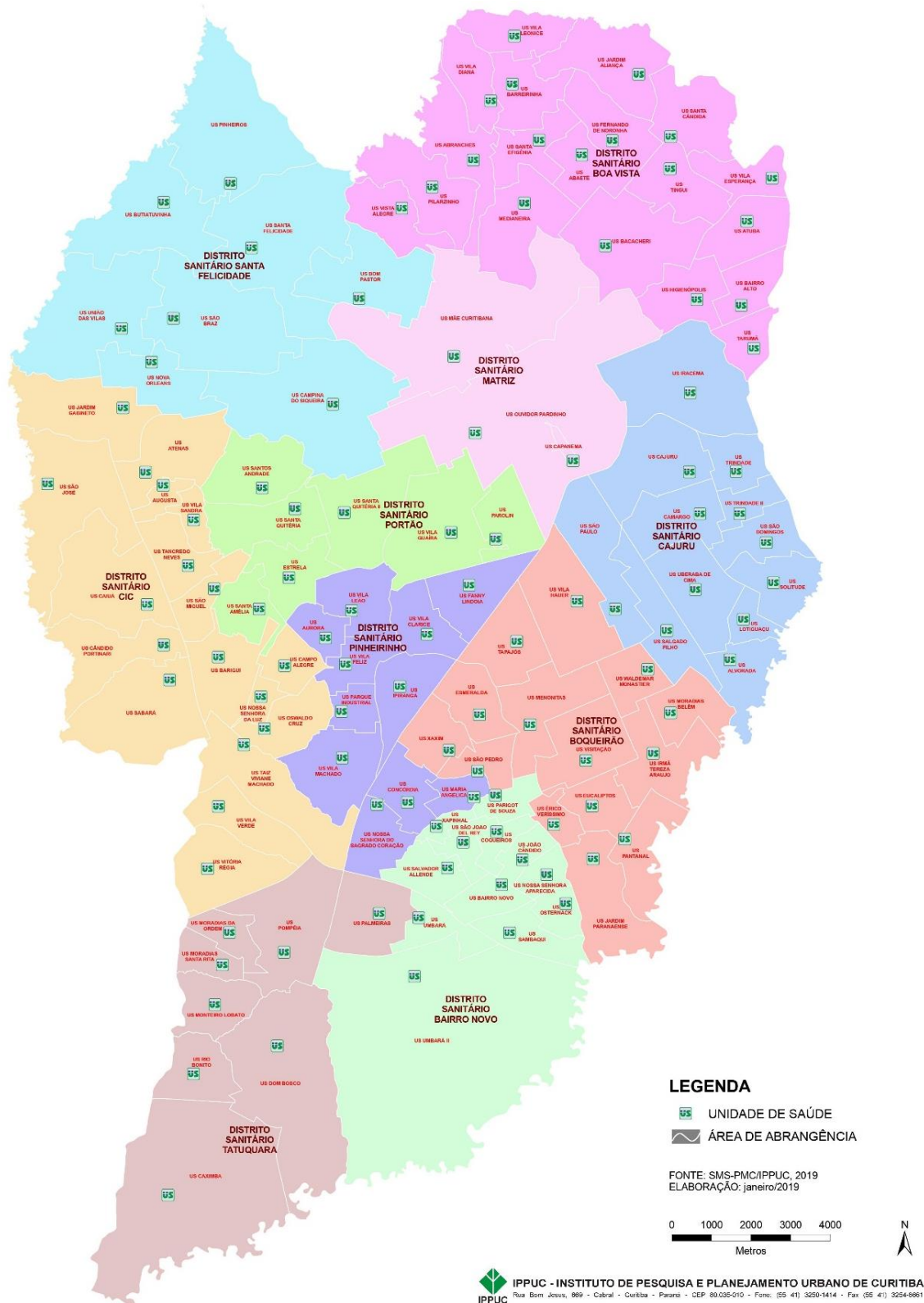
Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2016).

3.7.1.3. Equipamentos de saúde

A rede de serviços de saúde da APS é composta por 110 UBS, sendo 44 unidades na modalidade tradicional, 66 unidades com equipe de ESF onde duas unidades estão vinculadas aos centros de especialidades (Figura 4).

O município dispõe de uma rede composta por 152 equipamentos próprios, sendo eles: 9 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 Centros de Especialidades Médicas (CEM), 5 Residências Terapêuticas (RT), 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 2 Hospitais, 2 Centros de Convivência (CECO), 1 Laboratório de análises clínicas, 1 Central de Vacinas, 1 Unidade de Vigilância de Zoonoses e 1 Biblioteca (Curitiba, 2016a).

Figura 4 - Mapa de localização das unidades básicas de saúde, distribuídas por distrito sanitário do município de Curitiba/PR



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2018/2021 (Curitiba, 2018).

3.7.1.4. Serviços de Atenção Básica

De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba, 2016a), a cobertura municipal da atenção básica foi de 58,2%, já a cobertura de equipes básicas de saúde bucal atingiu 46,8%. Em 2016, o município contava com 225 equipes de saúde da família e 158 equipes de saúde bucal inseridas nas UBS (Tabela 4). Quanto a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) o município possuía 29 equipes cadastradas, sendo compostas por: farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física, fonoaudiólogo e médicos ginecologista, pediatra, psiquiatra, infectologista e geriatra (Curitiba, 2016b).

Tendo em vista as melhorias de acesso à rede, foi ampliado o número de UBS e das equipes de ESF, objetivando aumentar a cobertura desse modelo, que permite a qualificação do cuidado realizado a partir do estreitamento da relação equipe-usuário.

Ainda segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba, 2016a), a gestão municipal buscou aumentar o número de ações ofertadas nas unidades de saúde, estender o horário de funcionamento dos serviços e ampliar o número de equipes de NASF e de Atenção Domiciliar, para dar suporte às equipes de ESF.

Tabela 4 - Total de equipes cadastradas nos serviços de APS, no município de Curitiba/PR.

Total de equipes cadastradas no CNES SMS/Curitiba - Dezembro/2016	
Total de unidades básicas de saúde com ESF	66
Equipe de ESF sem Saúde Bucal	67
Equipe de ESF com Saúde Bucal	158
Total de equipes ESF	225
Equipe NASF	29
Total de unidades básicas de saúde sem ESF	44
Equipe de agentes comunitários de saúde (EACS)	39
Equipe de atenção básica com SB	46

Fonte: Relatório de gestão do município de Curitiba/PR (Curitiba, 2016a).

3.7.1.5. Vínculo dos profissionais de saúde

De acordo com os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) em dezembro de 2016 as UBS do município de Curitiba/PR apresentavam o total de 4.395 profissionais com vínculo empregatício, sendo 4.391 estatutários e 4 empregos públicos (Brasil, 2016c).

No contexto geral dos serviços de saúde de Curitiba, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com 9.615 profissionais com vínculos diferenciados, sendo eles: 6.810 trabalhadores estavam vinculados a Prefeitura Municipal de Curitiba, 1.851 a Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAES) e 954 ACS intermediados pelo Instituto de Pro Cidadania (IPCC) (Curitiba, 2016a).

3.7.1.6. Plano Municipal de Saúde

As diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, foram estabelecidas em três eixos de ações estratégicas, sendo eles: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão em Saúde (Curitiba, 2014).

O eixo Atenção à Saúde considerava entre seus objetivos os pontos críticos e as propostas para organizar a atenção à saúde, no objetivo 1 - organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a APS como principal porta de entrada e ordenadora do sistema, dentre as estratégias; como objetivo 2 - implantar as Redes de Atenção à Saúde segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde e reordenar as relações da SMS com os serviços assistenciais contratados, segundo a lógica das redes, das linhas de cuidado e da conexão com os territórios considerando as necessidades da população e em seu objetivo 3 - construir a carta de saúde do SUS-Curitiba, divulgando informações sobre os princípios de funcionamento do sistema, ofertas dos serviços de saúde e direitos de saúde dos usuários (Curitiba, 2014).

3.7.1.7. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso A

A UBS A, localizada no município de Curitiba, foi inaugurada em 2008 e funciona com o modelo de ESF, tendo sua gestão sob responsabilidade da Prefeitura

Municipal, apresenta horário de funcionamento das 07h às 19h, de segunda a sexta feira.

A população da área de abrangência é de 11.398 habitantes, totalizando 3.496 famílias, com destaque para as crianças menores de dois anos que representam 2,25% da população adscrita e 9,27% idosos acima de 60 anos. Em relação as três comorbidades mais frequentes são: Infecções de Vias Aéreas Superiores, Lombalgia e Saúde Mental.

A unidade possui 36 profissionais (dois auxiliares administrativos, oito agentes comunitários de saúde, 11 auxiliares/técnicos de enfermagem, sete auxiliares/técnicos de saúde bucal, três cirurgiões dentistas, dois enfermeiros e três médicos generalistas) distribuídos em três equipes de ESF com SB, estando duas equipes completas e uma equipe incompleta no período da coleta de dados. Possui equipe NASF com nove profissionais.

Em relação ao atendimento mensal, a UBS A considera a agenda composta por 80% demanda espontânea e 20% oferta programada, sendo a média de 2.200 consultas, distribuídas em 872 consultas de enfermagem e 1.328 consultas médicas, quanto às visitas domiciliares (VD) a média de 2.219 visitas por mês, compreendendo 2.132 VD de ACS, 38 VD de auxiliares/técnicos de enfermagem, 30 VD de enfermeiros e 19 VD de médicos. A equipe de SB realizou 1.395 procedimentos odontológicos.

Quanto aos pontos positivos da área de abrangência a gerente destacou o fácil acesso a unidade; a população bem receptiva; e as parcerias entre os equipamentos como escolas, creches, associações e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

3.7.1.8. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso B

A UBS B, também localizada no município de Curitiba, foi inaugurada em 1997 e funciona com o modelo de ESF desde 2001, tendo sua gestão sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, apresenta horário de funcionamento das 07h às 19h, de segunda a sexta feira.

A população da área de abrangência é de 9.847 habitantes, totalizando 3.714 famílias, com destaque para as crianças de zero a nove anos que representam 11,6% da população adscrita e 9,69% idosos acima de 60 anos. Em relação as três

comorbidades mais frequentes são: Acidente Vascular Encefálico, Diabetes Mellitus e uso de álcool/substância psicoativas.

A unidade possui 30 profissionais (dois auxiliares administrativos, seis agentes comunitários de saúde, sete auxiliares/técnicos de enfermagem, sete auxiliares/técnicos de saúde bucal, três cirurgiões dentistas, dois enfermeiros e três médicos generalistas), distribuídos em três equipes de ESF com SB, estando três equipes incompletas.

Em relação ao atendimento mensal, a UBS B considera a agenda composta por 70% oferta programada e 30% demanda espontânea. No período da coleta de dados apresentou a média de 1.656 consultas mensal, distribuídas em 935 consultas de enfermagem e 721 consultas médicas, quanto às visitas domiciliares (VD) a média é de 612 visitas por mês, compreendendo 540 VD de ACS, 19 VD de auxiliares/técnicos de enfermagem, 31 VD de enfermeiros e 22 VD de médicos. A equipe de SB realizou 1.645 procedimentos odontológicos.

Quanto aos pontos positivos da área de abrangência a gerente destacou que possui fácil acesso a população e o conselho local atuante.

3.7.2. Caracterização do município de Guarulhos/SP

O município de Guarulhos está localizado a nordeste da cidade de São Paulo, sendo um dos 39 municípios que integra a Região Metropolitana de São Paulo, distante 17 km da capital paulista (Figura 5). Considerado a segunda cidade do estado de São Paulo com a maior população com cerca de 1.221.979 milhões de habitantes, distribuídos em 318,675 km², com densidade demográfica de 3.834,51 hab./km² (IBGE, 2016).

Guarulhos integra a rede regional de atenção à saúde Alto Tietê Redes Regional de Atenção à Saúde – RRAS 2 (Figura 5), composta por 11 municípios: Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano, totalizando 2.679.700 habitantes, representando a segunda região do Departamento Regional de Saúde 1 - DRS 1 (Guarulhos, 2014).

Figura 5 - Mapa de localização do município de Guarulhos/SP

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guarulhos 2014/2017 (Guarulhos, 2014).

Com a descentralização da gestão, Guarulhos foi subdividido em quatro regiões intramunicipais de saúde e 18 distritos de saúde (Figura 6), definidos a partir da análise do perfil epidemiológico das diferenças territoriais presentes no município (Guarulhos, 2018).

Figura 6 – Mapa da divisão territorial de Guarulhos/SP em regiões de saúde, e municípios que compõem a região do Alto Tietê

FONTE: DTARS/DAIS/SMS

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Guarulhos 2018/2021 (Guarulhos, 2018)

O município de Guarulhos é dividido em quatro regiões de saúde: Região I - Centro; Região II - Cantareira, Região III - São João/Bonsucesso e Região IV - Pimentas/Cumbica (Tabela 5). As regiões de saúde são espaços geográficos delimitados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução

das ações e serviços de saúde. Cada região apresenta suas peculiaridades, tais como área geográfica, população residente e densidade demográfica.

Tabela 5 - Caracterização demográfica das regiões de saúde do município de Guarulhos/SP

Regiões de saúde	Área geográfica	População	Densidade demográfica (hab/km)
Centro	36,09	285.063	7.898,84
Cantareira	73,62	358.969	4.876,23
São João/Bonsucesso	143,7	269.337	1.874,28
Pimentas/Cumbica	65,61	308.610	4.703,99

Fonte: Documento norteador para atenção básica do município de Guarulhos/SP (Guarulhos, 2017a).

A estrutura etária da população de Guarulhos é composta por 23,43% menores de 15 anos, 70,37% entre 15 e 64 anos e 5,20% maiores de 65 anos. A taxa de envelhecimento, que corresponde a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total é de 5,20% (PNUD, IPEA, FJP, 2016).

O IDHM é de 0,763, correspondendo a faixa de IDHM alto para o município de Guarulhos que ocupa a 320ª posição entre os municípios brasileiros. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,831, seguida de Renda, com índice de 0,746; e de Educação, com índice de 0,717 (PNUD, IPEA, FJP, 2016).

A renda per capita média é de R\$ 829,91, apresentando crescimento de 30,63% nas últimas duas décadas (PNUD, IPEA, FJP, 2016). Segundo o IBGE em 2017, quanto aos dados de condições de trabalho e rendimentos de Guarulhos, cabe destacar: o salário médio mensal de três salários mínimos, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 26,6% e os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36,1% da população nessas condições (IBGE, 2016).

3.7.2.1. Morbidade

No ano de 2016 constam nos registros hospitalares 51.548 internações, os dados de morbidade indicam as categorias de diagnóstico e proporcionam uma fonte

de informação para detectar mudanças nas condições de saúde da população (Brasil, 2016a).

Quanto as cinco principais causas de internações de residentes em Guarulhos segundo o capítulo da CID – 10 (Tabela 6), se destaca em primeiro lugar as internações relacionadas à Gravidez, parto e puerpério (28,12%). No segundo lugar estão as Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (11,13%), seguidas pelas internações por Doenças do aparelho digestivo (10,64%), as Doenças do aparelho respiratório (9,79%) e as Doenças do aparelho circulatório (8,95%) (Brasil, 2016a).

Tabela 6 - Internações no município de Guarulhos/SP, por diagnóstico por capítulo do CID-10

Diagnóstico CID 10	2016	
	N	%
XV. Gravidez parto e puerpério	14.493	28,12%
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	5.738	11,13%
XI. Doenças do aparelho digestivo	5.484	10,64%
X. Doenças do aparelho respiratório	5.044	9,79%
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.615	8,95%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.833	5,50%
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2.014	3,91%
II. Neoplasias	1.640	3,18%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.549	3,00%
XII. Doença da pele e do tecido subcutâneo	1.426	2,77%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais ex clin e laborat	1.308	2,54%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.228	2,38%
VI. Doenças do sistema nervoso	903	1,75%
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	899	1,74%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	607	1,18%
VII. Doenças do olho e anexos	642	1,25%
XXI. Contatos com serviços de saúde	356	0,69%
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	319	0,62%
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias	318	0,62%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	132	0,26%
Total	51.548	100%

Fonte: Morbidade hospitalar por local de internação (Brasil, 2016a).

3.7.2.2. Mortalidade

No ano de 2016, observa-se a ocorrência de 7.738 óbitos no município de Guarulhos, as maiores causas de óbitos foram por doenças cardiovasculares que

totalizaram 2.585 representando 33,4%, seguido de 18,1% por neoplasias (1.400), 14,9% por doenças do aparelho respiratório (1.167) e 9,5% por causas externas (733). Em relação as faixas etárias observam-se que todas as causas apresentam mortalidade mais concentradas nas faixas etárias mais avançadas acima dos 60 anos, com exceção das causas externas (Brasil, 2016b).

Na população menor de um ano ocorreram 260 óbitos, sendo 134 relacionados as afecções originadas no período perinatal e 73 óbitos por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Brasil, 2016b).

Tabela 7 - Estatísticas vitais e de saúde, município de Guarulhos/SP

Indicadores	Guarulhos
Taxa de Natalidade (por mil habitantes)	15,83
Taxa de Fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	55,5
Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	13,25
Taxa de Mortalidade na Infância (por mil nascidos vivos)	15,06
Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e mais (por cem mil habitantes nessa faixa etária)	3.454,45
Nascidos vivos de mães com menos de 18 anos (em %)	5,15
Mães que fizeram sete e mais consultas de pré natal (em %)	69,43

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

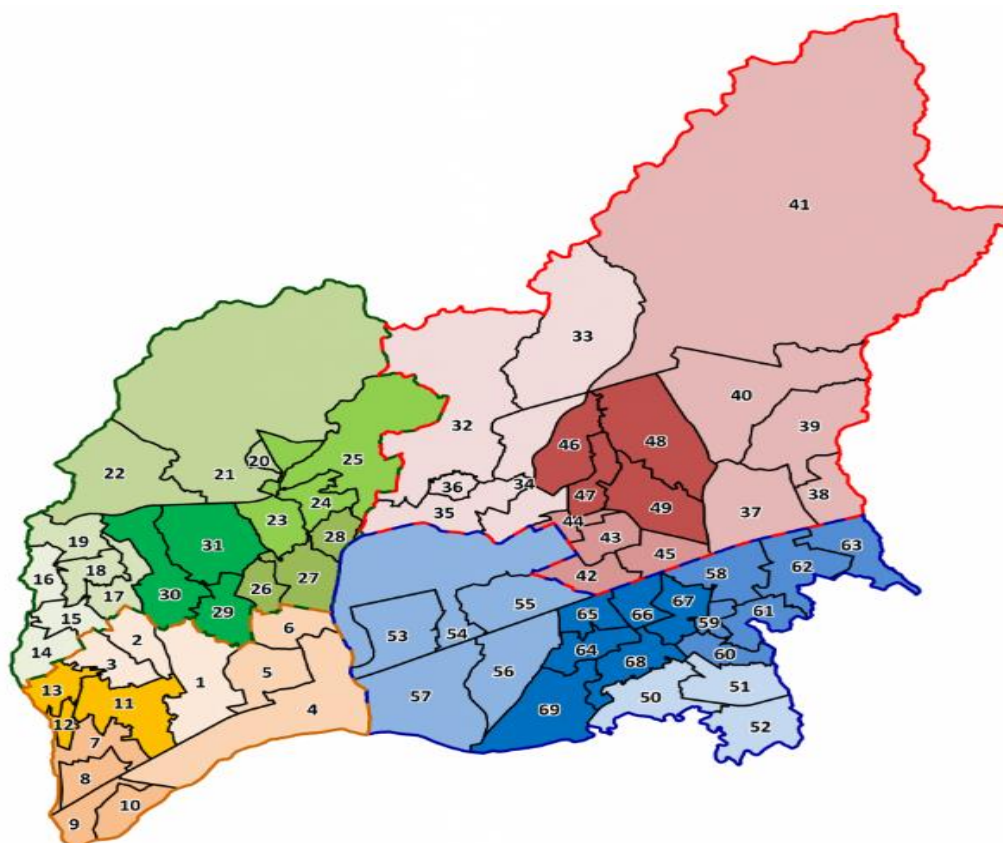
3.7.2.3. Equipamentos de saúde

O município de Guarulhos dispõe de uma rede composta por 151 estabelecimentos de saúde, sendo: 69 UBS; 7 CAPS; 5 CEM; 3 UPA; 5 Hospitais Gerais; 3 Hospitais Especializados e 5 Unidades de Pronto Socorro (Guarulhos, 2017b).

3.7.2.4. Serviços de Atenção Básica

A rede de Atenção Básica é composta por 69 UBS, sendo 47 unidades de ESF, integradas por equipes de saúde com agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico generalista, divididas em 18 distritos de saúde (Figura 7). Em relação a cobertura municipal de Atenção Básica em dezembro de 2016 era de 45% e cobertura de SB foi de 26,92% (Brasil, 2016d).

Figura 7 - Mapa de localização das unidades básicas de saúde, por distrito sanitário do município de Guarulhos/SP



Região Centro	Região Cantareira	Região São João/Cantareira	Região Pimentas/Cumbica
Distrito Centro 1. UBS Paraventi 2. UBS Flor da Montanha 3. UBS São Ricardo	Distrito Vila Galvão 14. UBS Vila Galvão 15. UBS Rosa de França 16. UBS Palmira	Distrito São João 32. UBS Bananal 33. UBS Fortaleza 34. UBS Seródio	Distrito Pimentas 50. UBS Pimentas 51. UBS Marcos Freire 52. UBS Jacy
Distrito Cecap 4. UBS Cecap 5. UBS Vila Fátima 6. UBS Vila Barros	Distrito Continental 17. UBS Paulista 18. UBS Continental 19. UBS Cambará	35. UBS Haroldo Veloso 36. UBS Santos Dumont	Distrito Cumbica 53. UBS Cummins 54. UBS Cumbica 55. UBS Soimco
Distrito Ponte Grande 7. UBS Cavadas 8. UBS Itapegica 9. UBS Munhoz 10. UBS Ponte Grande	Distrito Cabuçu 20. UBS Novo Recreio 21. UBS Recreio São Jorge 22. UBS Cabuçu	Distrito Bonsucesso 37. UBS Nova Bonsucesso 38. UBS Álamo 39. UBS Vila Carmela 40. UBS Bambi 41. UBS Água Azul	56. UBS Uirapuru 57. UBS Nova Cumbica
Distrito Tranquilidade 11. UBS Tranquilidade 12. UBS São Rafael 13. UBS Jardim Vila Galvão	Distrito Paraíso 23. UBS Acácio 24. UBS Belvedere 25. UBS Primavera	Distrito Presidente Dutra 42. UBS Presidente Dutra 43. UBS Marinópolis 44. UBS Allan Kardec 45. UBS Inocoop	Distrito Água Chata 58. UBS Dinamarca 59. UBS Nova Cidade 60. UBS Parque Jandaia 61. UBS Normândia 62. UBS Piratininga 63. UBS Aracília
	Distrito Taboão 26. UBS Cidade Martins 27. UBS Taboão 28. UBS Santa Lídia	Distrito Lavras 46. UBS Soberana 47. UBS Lavras 48. UBS Ponte Alta 49. UBS Santa Paula	Distrito Jurema 64. UBS Cumbica I 65. UBS Cumbica II 66. UBS Parque Alvorada 67. UBS Jurema 68. UBS Dona Luiza 69. UBS Santo Afonso

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (Guarulhos, 2020).

No município de Guarulhos, em dezembro de 2016, período que compreende a data da realização da coleta de dados do estudo, estavam cadastradas 166 equipes (Tabela 8).

Tabela 8 - Total de equipes cadastradas nos serviços de APS, no município de Guarulhos/SP

Total de equipes cadastradas no CNES Guarulhos - Dezembro/2016	
Tipo de equipe	Total
Equipe de ESF	55
Equipe de ESF com Saúde Bucal	61
Equipe de agentes comunitários de saúde (EACS)	40
Equipe NASF	9
Equipe de atenção saúde do sistema penitenciário	1
Total de equipes cadastradas	166

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2016e)

3.7.2.5. Vínculo dos profissionais de saúde

De acordo com os dados do CNES em dezembro de 2016 as unidades básicas de saúde do município de Guarulhos apresentavam o total de 2.913 profissionais com vínculo empregatício, sendo um cargo comissionado, cinco contratados por prazo determinado, cinco estatutários e 2.901 empregos públicos (Brasil, 2016c).

3.7.2.6. Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde 2014-2017, apresentou como objetivo aperfeiçoar o SUS de Guarulhos para ampliar à população o acesso integral as ações e serviços de qualidade, visando a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida (Guarulhos, 2014).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, a Secretaria da Saúde de Guarulhos tem como diretriz a conversão do modelo de atenção para ESF como estratégia prioritária para sua organização e ordenação do sistema de saúde. Para tanto, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde eficientes e efetivas, que considerem a integralidade na atenção à saúde e ao mesmo tempo respeitem a lógica

de economia de escala na produção de serviços especializados, deve ser perseguida na consolidação do sistema de saúde do município de Guarulhos (Guarulhos, 2014).

3.7.2.7. Unidade Básica de Saúde – Estudo de Caso C

A UBS C, localizada no município de Guarulhos, foi inaugurada em 1985 e funciona com o modelo de ESF com SB desde 2004, tendo sua gestão sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, apresenta horário de funcionamento das 07h às 17h, de segunda a sexta feira.

A população da área de abrangência é de 16.600 habitantes, totalizando 4.840 famílias, com destaque para as crianças de zero a nove anos representam 14,32% da população adscrita e 10,37% idosos acima de 60 anos. Em relação as três comorbidades mais frequentes são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Saúde Mental.

A unidade possui 51 profissionais (27 agentes comunitários de saúde, 10 auxiliares/técnicos de enfermagem, dois auxiliares/técnicos de saúde bucal, dois cirurgiões dentistas, cinco enfermeiros e cinco médicos generalistas), distribuídos em cinco equipes de ESF com SB, estando duas equipes completas e três equipes incompletas na época da coleta de dados.

Em relação ao atendimento mensal, a UBS C apresentou a média de 1.858 consultas, distribuídas em 208 consultas de enfermagem e 1.650 consultas médicas, quanto às visitas domiciliares (VD) a média de 6.152 visitas por mês, compreendendo 6.005 VD de ACS, 57 VD de auxiliares/técnicos de enfermagem, 38 VD de enfermeiros, 52 VD de médicos.

Quanto aos pontos positivos da área de abrangência a gerente destacou a participação da população quanto as orientações ofertadas para o cuidado; bom relacionamento entre os profissionais; e a equipe multiprofissional colaborativa.

4. Resultados

4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em três partes: Na primeira, será descrita caracterização dos profissionais das equipes de ESF com SB estudadas; na segunda os resultados da análise vertical e horizontal das entrevistas dos profissionais das equipes de cada uma das três unidades de saúde estudadas; e na terceira, constam os resultados da análise transversal do conjunto das entrevistas das três unidades, acerca da concepção dos profissionais sobre as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, e das ações descritas pelos participantes como colaborativas.

4.1. PRIMEIRA PARTE: CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram do estudo 34 profissionais, sendo seis agentes comunitários de saúde, seis auxiliares/técnicos de enfermagem, cinco auxiliares/técnicos de saúde bucal, cinco cirurgiões-dentistas, seis enfermeiros e seis médicos. Dentre os profissionais, 28 são do sexo feminino e seis do sexo masculino, com faixa etária média de 46 anos, variando entre 26 e 57 anos.

Em relação ao nível de escolaridade, dos seis profissionais de nível fundamental, quatro apresentaram ensino médio completo. Entre os 11 profissionais de nível técnico, dois apresentaram ensino superior incompleto, quatro com ensino superior completo e um pós-graduação *latu sensu*.

Os profissionais de nível superior estavam formados nos respectivos cursos de graduação na área da saúde em média há 19 anos, com variação entre 3 e 30 anos. Verificou-se ampla variedade das áreas de especialização dos profissionais, com formação de ensino superior: contudo cabe destacar que dentre os 17 profissionais de nível superior, 16 apresentaram curso de pós-graduação *latu sensu* relacionado a Saúde da Família, e um deles também apresentou pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva.

O tempo de trabalho na instituição, Prefeitura Municipal, variou de seis meses a 28 anos, com média de 14 anos. Na unidade de saúde o tempo de trabalho foi de seis meses a 17 anos, com média de 6,5 anos (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização dos profissionais das equipes de ESF com SB entrevistados

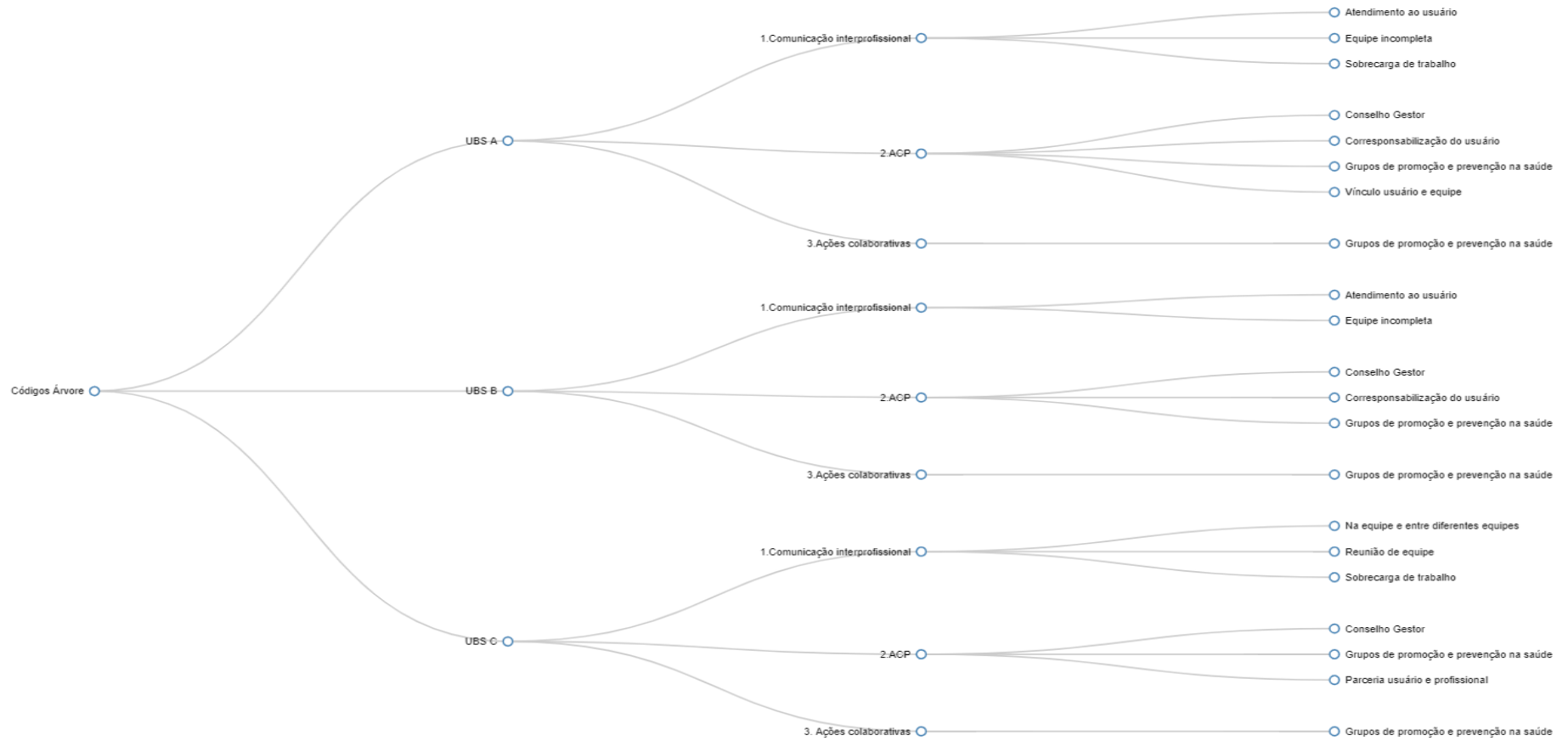
UBS	Idade	Sexo	Categoria profissional	Escolaridade	Tempo de trabalho na instituição (anos)	Tempo de trabalho na unidade (anos)
B	51	F	Agente comunitário de saúde	Ensino técnico	15	15
B	49	F	Agente comunitário de saúde	Ensino médio	17	17
A	37	F	Agente comunitário de saúde	Ensino médio	6,5	6,5
A	43	M	Agente comunitário de saúde	Ensino médio	13	9
C	53	F	Agente comunitário de saúde	Ensino fundamental	0,6	0,6
C	46	F	Agente comunitário de saúde	Ensino médio	8	8
B	50	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino técnico	22	17
B	43	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino técnico	10	3,5
A	38	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino superior	11	2
A	26	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino superior incompleto	5	5
C	46	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino superior	6	2
C	51	F	Auxiliar/técnico de enfermagem	Ensino técnico	6	6
B	49	F	Auxiliar/técnico de saúde bucal	Ensino técnico	24	16
B	56	M	Auxiliar/técnico de saúde bucal	Ensino superior	26	8
A	49	F	Auxiliar/técnico de saúde bucal	Ensino superior	22	9
A	48	F	Auxiliar/técnico de saúde bucal	Pós graduação latu sensu	27	6
C	45	F	Auxiliar/técnico de saúde bucal	Ensino superior incompleto	11	5
B	55	F	Cirurgião-dentista	Pós graduação stricto sensu	28	4
B	53	F	Cirurgião-dentista	Pós graduação latu sensu	26	11
A	42	F	Cirurgião-dentista	Pós graduação latu sensu	16,5	7
A	53	F	Cirurgião-dentista	Pós graduação latu sensu	28	5
C	49	F	Cirurgião-dentista	Pós graduação latu sensu	17	10
B	51	F	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	9	4
B	47	F	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	6	3,5
A	51	F	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	24	4
A	39	F	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	17	2
C	33	M	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	2,5	2,5
C	32	F	Enfermeiro	Pós graduação latu sensu	7	7
B	50	M	Médico	Pós graduação latu sensu	9	3
B	48	M	Médico	Ensino superior	15	1
A	52	M	Médico	Pós graduação latu sensu	12	5
B	30	F	Médico	Pós graduação latu sensu	5	5
C	34	F	Médico	Pós graduação latu sensu	2	2
C	57	F	Médico	Pós graduação latu sensu	16	10

Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

4.2. SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DAS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF COM SB POR UNIDADE DE SAÚDE

Considerando as análises, vertical e horizontal, das entrevistas de cada UBS estudada (A, B e C), serão apresentadas as sínteses dos resultados de cada unidade estudada (Figura 8) e a seguir os resultados da análise transversal das três UBS.

Figura 8 - Resultados da análise das entrevistas por unidade de saúde, no software WebQDA.



Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

4.2.1. Unidade de estudo - UBS A

4.2.1.1. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional

4.2.1.1.1. Atendimento ao usuário

Os entrevistados da UBS A referiram que a comunicação interprofissional ocorre diariamente entre os membros da mesma equipe e entre profissionais de diferentes equipes da unidade de saúde, principalmente para o encaminhamento e resolução de casos durante o atendimento ao usuário, ou seja, orientada pelas necessidades dos usuários.

Eu estava no grupo renovando receita dos pacientes. A auxiliar de enfermagem me procurou com um caso, e falou “Doutora, estou com um lactente da sua área de um mês que está com febre”. Eu perguntei: “O que mais você viu em relação a febre? Está com algum sintoma? “, “Não, só está com febre”, “Qual é a temperatura”, “Está com 38,7°C”, “Medicou? “, “Não”, “Qual peso? “, “Quatro quilos”. Eu falei: “Então você vai dar quadro gotas, meia hora depois reavalia” E continuei o grupo. Quando deu meia hora, ela falou “Doutora, abaixou, só que agora a mãe falou que está com vômito em jato”, eu fui avaliar a criança, perguntei para a mãe as outras queixas [...] Identifiquei a necessidade de encaminhar a criança para outro serviço e orientei a auxiliar de enfermagem. [...] Então isso é uma forma de comunicação, que entendo que é uma comunicação da equipe para a resolução de um atendimento que chegou enquanto eu estava em outro fluxo. (Médica – UBS A)

4.2.1.1.2. Sobrecarga de trabalho

Os profissionais da SB referiram sobrecarga de trabalho e também que esta influência negativamente a disponibilidade do profissional para se comunicar e interagir com os demais membros da equipe, assim como a qualidade da assistência ofertada ao usuário.

[...] aqui no caso a gente atende como porta aberta, mas temos que atender os agendados também. Então isso é inviável para qualquer [...] não há quem suporte essa pressão, a gente acaba perdendo a qualidade no serviço, se distanciando do paciente, do objetivo, e da equipe também, até porque você não tem tempo para ficar conversando. (Cirurgião-dentista – UBS A)

4.2.1.1.3. Equipe incompleta

A equipe incompleta também foi referida pela SB como fator que interfere na qualidade da comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de ESF com SB.

Nós estamos sem uma dentista, então eu e a outra dentista acabamos ficando muito sobrecarregadas [...] na ausência de uma profissional, nós da equipe de saúde bucal conseguimos de uma certa forma tentar manter a comunicação, mas não ficou com a mesma qualidade (Cirurgião-dentista – UBS A).

4.2.1.2. Competência colaborativa - Atenção centrada no usuário

4.2.1.2.1. Grupos de prevenção e promoção à saúde

A participação do usuário no cuidado junto a equipe de saúde foi descrita pelos entrevistados nos grupos e nas atividades de educação em saúde, por meio dessas atividades o usuário tem acesso a informação sobre sua doença e conhecimento das possibilidades de tratamento e cuidado.

[...] foi feita oficina de gestante, foi feito o outubro rosa. A gente vê que eles gostam desses eventos. E vem um monte de gente, gostam de participar. E a gente vê que isso é uma boa resposta, é uma coisa palpável, visível para eles (Enfermeira – UBS A).

A realização dos grupos na unidade promovia o fortalecimento de vínculo entre o usuário e a equipe de referência.

Da nossa área tem uma boa participação. Quando tinha os grupos na unidade, eles eram os que mais vinham. Era para vir, por exemplo, 40, vinham 35, 30 então não tinha tanta falta [...] eu acho que eles ficavam mais apegados, eles conheciam as equipes, sabiam em quem eles podiam procurar se acontecer alguma coisa, sabiam quem era a médica deles (Médica - UBS A).

4.2.1.2.2. Vínculo entre usuário e equipe

O vínculo entre profissional e usuário foi mencionado como um fortalecedor para “ a adesão ao tratamento” conforme relato abaixo.

O vínculo para a adesão ao tratamento, adesão a parte de cuidar, porque um hipertenso, um diabético, se ele souber que ele não pode comer isso, que não pode fazer aquilo, ele sabe, mas se ele tiver alguém que confie, e essa

pessoa começa a conversar com ele, fazer visita, e aí outro dia “vamos lá saber o que você tomou de remédio, se é que toma, o que você come de verdade” [...] ele te vê como um amigo e isso funciona muito bem [...] se a gente não tiver vínculo não tem nada, então funciona, o paciente confia em você a partir do momento que você conquista ele de uma maneira sincera, verdadeira (Enfermeira – UBS A).

4.2.1.2.3. Corresponsabilização do autocuidado entre profissional e usuário

Dentre os relatos dos entrevistados da UBS A, duas profissionais consideraram que a prática clínica requer compartilhar a responsabilidade do cuidado entre o profissional e o usuário, visto que isso pode estimular a inclusão do usuário na discussão das suas necessidades de saúde.

[...] tinha um programa que a gente intitulava autocuidado apoiado, então conversávamos com os pacientes, era explicado sobre a doença, o que tinha que fazer, ele assumia uma certa responsabilidade, não fica só centrado no médico, só no enfermeiro com o detector de todo o conhecimento, não é: “O que o médico falar, eu faço”, às vezes até a questão de aderir a tratamento, medicamento, então a partir do momento que ele entendia a doença dele, ele adería ao tratamento, mudava o estilo de vida, começava uma atividade física (Médica – UBS A).

Alguns profissionais da equipe apontaram que o usuário apresenta dificuldade em ocupar o seu lugar de protagonista no autocuidado, concentrando a responsabilidade do controle da doença na equipe que o acompanha.

As pessoas praticamente não têm autocuidado mais, então elas esperam que você resolva todas as queixas, todas as demandas dela e não é assim que funciona. Então a equipe de saúde tem a responsabilidade de fazer a parte da equipe de saúde, a família da pessoa continua com a responsabilidade dos seus cuidados pessoais e a família do seu cuidado com os seus parentes, mas não é isso que está acontecendo (Médico – UBS A).

4.2.1.2.4. Participação social no Conselho Gestor

A participação dos usuários no Conselho Gestor foi referida por duas profissionais. No relato abaixo a enfermeira afirma que a minoria dos usuários é participativa, aponta a necessidade de motiva-los de maneira que compreendam o significado da participação social.

Pouca a participação dos usuários no conselho. É que conselho você tem que sempre estar motivando e o usuário entendendo o resultado disso. Tem que

ser uma coisa mais palpável para o usuário, senão ele [...] se afasta.
(Enfermeira – UBS A)

4.2.1.3. Ações colaborativas

4.2.1.3.1. Grupos de prevenção e promoção à saúde

Na UBS A, a análise dos relatos permitiu identificar que na concepção da maioria dos entrevistados os grupos de prevenção e promoção à saúde e as atividades coletivas nas escolas, foram relacionadas a ação colaborativa na equipe de ESF com SB.

Participavam dos grupos a equipe da área: médico, enfermeiro, auxiliar, agente de saúde, e a gente convidava o NASF, então vinha o educador físico, ensinava o paciente como se cuidar; a fisioterapeuta ensinava como alongar, fazer caminhada, técnica de respiração; a nutricionista falava sobre nutrição (Médica – UBS A).

Nas atividades coletivas a gente tem um interesse de todo mundo, aconteceu um programa de hipertensão onde a nutricionista deu um apoio, fez dinâmicas em relação à alimentação saudável; o enfermeiro fez uma fala no começo sobre alimentação, atividade física, sobre os meios de controle de prevenção; o médico falou sobre as medicações, então todo mundo trabalhou no mesmo grupo (Auxiliar/técnica de enfermagem – UBS A).

4.2.2. Unidade de estudo - UBS B

4.2.2.2. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional

4.2.2.2.1. Atendimento ao usuário

Os entrevistados referiram a comunicação entre os profissionais das diferentes áreas da equipe de ESF com SB, relacionada a sua articulação orientada ao atendimento do usuário e a identificação das necessidades de saúde para sua resolução.

Com a enfermeira, às vezes com o auxiliar de enfermagem, e elas também, quando elas veem um caso que elas querem encaminhar paciente, por exemplo “Olha, veio de manhã na avaliação, mas não é caso para o médico, uma criança está com uma feridinha na boca, será que vocês não podiam dar uma olhada?”, uma pessoa de idade, às vezes: “Está se queixando que tem uma coisa embaixo da dentadura”, aí elas passam para a gente também,

então eu acho que é muito bom o relacionamento aqui entre a odonto e a enfermagem (Cirurgião-dentista - UBS B).

4.2.2.2. Equipe incompleta

Na UBS B, os entrevistados apontaram que a equipe incompleta impacta na qualidade da comunicação entre os profissionais. Conforme relato abaixo, a reunião de equipe não é realizada rotineiramente no cotidiano do trabalho da equipe de ESF com SB.

Mas como nós não temos efetivos suficientes, às vezes não dá para a equipe de odontologia sair, porém se um paciente nosso precisar, eu os comunico e eles vão. Essa é a comunicação, porque não tem como nós fazermos a reunião de equipe (Médico - UBS B).

4.2.2.3. Competência colaborativa - Atenção centrada no usuário

4.2.2.3.1. Participação social no Conselho Gestor

A participação dos usuários, famílias e comunidades na UBS B foi reconhecida por cinco entrevistados nas reuniões do Conselho Gestor Local.

Acho que pelo menos eles têm liberdade, tem a questão do conselho, muitas coisas eles trazem através do conselho local de saúde, então as questões de cunho administrativo da unidade, relacionado a própria oferta de serviços. (Auxiliar/técnico de saúde bucal – UBS B).

No entanto, alguns profissionais da unidade referiram que a minoria dos usuários participava das reuniões.

Todos não, é uma minoria. São sempre os mesmos que participam dos conselhos, das coisas da unidade. A maioria você vê que não há muito interesse da parte deles (Auxiliar/técnico de enfermagem – UBS B).

4.2.2.3.2. Grupos de prevenção e promoção à saúde

Na UBS B, os profissionais da equipe referiram os grupos e ações educativas como espaços de participação do usuário, mas foram afetados pela instabilidade na composição da equipe, o que acarretou a redução da oferta dessas atividades.

Eu acho que o grupo é uma questão importante que temos dificuldade em fazer, porque há uma demanda muito grande com poucos funcionários (Médico - UBS B).

Um entrevistado fez referência a aderência dos usuários aos grupos ofertados pela unidade, relacionando-a a maneira como a equipe organiza e promove os espaços coletivos que influenciam diretamente o sucesso da participação constante dos usuários.

Mas acho que alguns grupos funcionam muito bem, nós fizemos um de diabéticos que foi um monte de gente, só que como não tem a cultura, você não consegue manter por muito tempo, por conta disso. Eu acho que a aderência depende de como você promove, você tem que dar incentivo, promover, cativar o paciente, não são todos, a grande maioria é mulher, porque é mais o pessoal que fica em casa. É cultural, e quase todos os homens trabalham, muitas mulheres ficam em casa. Então o acesso do homem na unidade básica é mais difícil. Ele vai na consulta, pega um atestado, mas participar da consulta e depois participar de um grupo, ele tem essa dificuldade. Mas eu acho que grupo depende muito do líder, de quem implanta, se tiver uma estrutura mínima e depender muito de como você promove isso. Já tivemos grupos funcionando muito bem, mas como não há uma cultura, então acaba não possibilitando isso. Acho que grupo é tempo, aos poucos você vai agregando, é um trabalho de anos para você construir um grupo que fique. Quando você não tem essa experiência, inicia e não continua, acaba não criando vínculo (Médico – UBS B).

4.2.2.3.3. Corresponsabilização do autocuidado entre profissional e usuário

Considerando o conjunto de entrevistados, apenas um profissional, referiu a importância de incluir o usuário na discussão do cuidado, tendo em vista a necessidade de corresponsabilizá-lo no cuidado e autocuidado.

Sempre há um espaço para que esse paciente possa trazer todas as demandas que ele tem, e ele é convidado a vir outras vezes justamente para que ele possa assumir o papel que é dele (Médico – UBS B).

4.2.2.4. Ações colaborativas

4.2.2.4.1. Grupos de prevenção e promoção à saúde

Os profissionais da equipe de ESF com SB referiram os grupos de prevenção e promoção à saúde ao discorrerem sobre as ações colaborativas entre diferentes profissionais da equipe e com outras equipes.

Quando tem um grupo de gestante, por exemplo, às vezes nós fazemos um grupo grande que vem gente de todas as equipes. É determinada uma data, fazemos bilhetes que a agente comunitária entrega, ou às vezes fazemos por equipe, depende do número de gestantes que tem nesse período. Participa o pessoal da odontologia, enfermagem, psicólogo, é bem participativo (Auxiliar/técnico de saúde bucal – UBS B).

4.2.3. Unidade de estudo - UBS C

4.2.3.2. Competência colaborativa - Comunicação interprofissional

4.2.3.2.1. Na equipe e entre diferentes equipes da UBS

A comunicação interprofissional na concepção de dois entrevistados não se limita aquela que ocorre apenas entre os membros da mesma equipe, mas está presente entre diferentes equipes da unidade de saúde.

Com relação a nossa equipe, existe bastante acordo com outras equipes sim. Inclusive a área 35 está sem auxiliar. Nós já conversamos com a enfermeira que se ela precisar de alguma coleta de sangue de um paciente acamado, que ela pode contar com a gente, que podemos ajudar. Acontece sim essa interação com outras equipes (Auxiliar/técnico de enfermagem – UBS C).

O reconhecimento da necessidade de articulação de saberes, entre profissionais de equipes diferentes, para o atendimento a casos complexos ocorre conforme o relato abaixo.

Durante o meu atendimento ao caso de uma criança por exemplo com déficit na alimentação, clínico e neurológico e no momento do atendimento eu julguei necessário estar levando para o médico de uma outra equipe por conta de ele ter uma visão já de imediato, já tem uma outra visão mais aprofundada e até baseado em uma conduta dele, daquele médico que é da minha equipe, e que não foi tão resolutiva. A gente busca uma segunda opinião então nesse ponto também sempre tivemos abertura (Enfermeiro – UBS C).

4.2.3.2.2. Reunião de equipe

Na UBS C, a comunicação entre os profissionais do núcleo de SF e SB, para discussão e troca de informações sobre os casos dos usuários acompanhados, foi reconhecida durante a reunião de equipe, citada pelos entrevistados como espaço potente para otimizar a comunicação interprofissional possibilitando os profissionais interagirem na busca de cuidados de forma ampliada.

[...] nas reuniões da equipe a gente tem uma oportunidade de estar trocando as informações a respeito da saúde da família porque aí você tem contato com o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, então aquela família, você pode ter respostas a mais, não só da consulta com o dentista, mas ter um parecer melhor da saúde em geral daquele paciente, que tratamento ele está fazendo com o médico, estar passando por algum enfermeiro, e de todas as pessoas da família, no caso, como prontuário é da família, então são várias pessoas naquele mesmo prontuário. A gente tem essa interação na reunião da equipe, é assim que existe a possibilidade de você estar conhecendo melhor aquela família (Cirurgião-dentista – UBS C).

As reuniões de equipe constituem espaços que potencializam a comunicação interprofissional e a colaboração entre os profissionais de diferentes áreas, na UBS C.

4.2.3.2.3. Sobrecarga de trabalho

Os profissionais entrevistados que representam a SB da UBS C reconheceram a demanda de agendamento elevada, como barreira para participar das reuniões de equipe em conjunto com a equipe de SF.

A gente tem que fechar um horário na agenda para conseguir estar participando da reunião. Nem sempre a gente consegue participar de todas: não consegue porque a demanda é muito grande, então a gente tenta umas duas vezes por mês estar participando (Cirurgião-dentista – UBS C).

4.2.3.3. Competência colaborativa - Atenção centrada no paciente

4.2.3.3.1. Grupos de prevenção e promoção à saúde

Em relação a participação do usuário nas atividades realizadas pela equipe, os entrevistados em sua maioria, referiram perceber a inserção do usuário através da oferta dos grupos e ações educativas.

Eu acho que a família, de um modo geral, entra nesse trabalho quando os profissionais da equipe fazem um grupo ou até mesmo uma visita domiciliar na casa do paciente, então esse paciente está tendo a oportunidade de estar junto com vários tipos de profissionais, então ele tem a oportunidade de estar esclarecendo dúvida, tendo orientação (Cirurgião-dentista – UBS C).

Através de grupos que é participação também. Tem os grupos de diabéticos; artesanato; tabagismo e temos agora as aulas de dança que também é realizado (Enfermeiro – UBS C).

O usuário tem participação, porque a gerente promove muitos eventos com eles, de artesanato. Aqui tem um grupo, também, de dentista, o enfermeiro sempre faz grupos (Auxiliar/técnico de saúde bucal – UBS C).

4.2.3.3.2. Participação social no Conselho Gestor

O espaço da reunião do Conselho Gestor Local foi referido por três entrevistados da UBS C, como momento em que a comunidade desenvolve atividades em conjunto com as equipes.

[...] participação através de conselho de gestão, onde tem os membros do conselho de gestores e tem a abertura da participação popular. Infelizmente a adesão é muito baixa [...] é através da participação popular que são informadas as sugestões e solicitações de mudança (Enfermeiro – UBS C).

4.2.3.3.3. Parceria entre usuário e profissional

Uma enfermeira descreveu a participação do usuário e família como coparticipante e protagonista do cuidado, junto a equipe de saúde.

O próprio usuário, a própria família trabalha conosco em equipe, o cuidador, aquela filha que cuida da mãe, então faz parte do nosso atendimento. Eu acredito que o usuário, além de ser o centro, agora ele participa, ele é coparticipante, simplesmente não espera, ele também tem que agir (Enfermeira – UBS C).

4.2.3.4. Ações colaborativas

4.2.3.4.1. Grupos de prevenção e promoção à saúde

Na UBS C, as ações colaborativas foram relacionadas ao grupo de gestante, no contexto de organização do grupo que conta com participação de todas as equipes de ESF com SB da unidade.

No grupo da gestante, a gente também tem a participação, então também vamos falar da saúde bucal lá, interagir com os outros profissionais, no caso, com a enfermeira que está dando a palestra, com o médico, e com os próprios pacientes, eles vão ter orientação tanto da parte da saúde bucal quanto orientação da enfermeira, do médico, tem essa interação. Tem o grupo aqui, só da saúde bucal, mas tem o grupo que participa com outros grupos na unidade também (Cirurgião-dentista – UBS C).

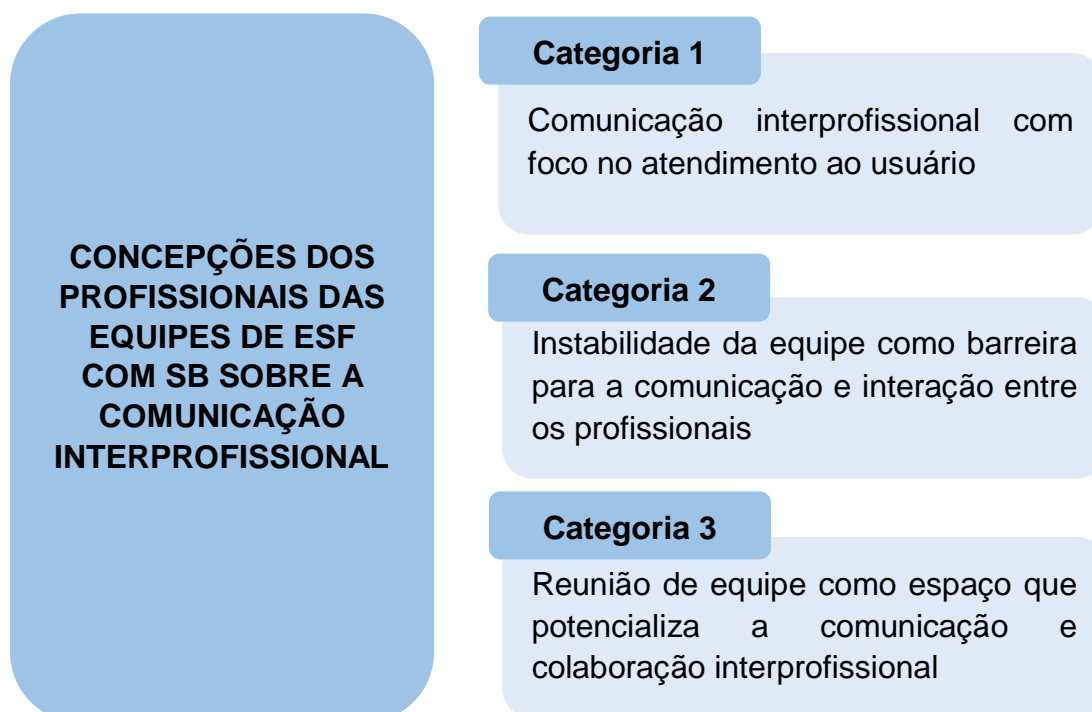
4.3. TERCEIRA PARTE: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF COM SB DAS TRÊS UNIDADES DE SAÚDE ACERCA DAS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS E AÇÕES COLABORATIVAS

As concepções referentes as competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente, e as ações colaborativas, resultaram da análise transversal de todas as entrevistas das três unidades estudadas (A, B e C), e da síntese dos resultados produzidos na análise de cada unidade, considerando as convergências e as divergências identificadas.

4.3.1. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre a comunicação interprofissional

A partir da análise transversal do conjunto de entrevistas, quanto a concepção dos profissionais sobre a comunicação interprofissional, identificaram-se três categorias que fazem referência a diferentes elementos do cotidiano das práticas dos serviços de APS.

Figura 9 - Categorias das concepções sobre comunicação interprofissional



Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

1. Comunicação interprofissional com foco no atendimento ao usuário

Essa categoria foi identificada nas três UBS (A, B e C). A maioria dos entrevistados da UBS A referiram que a comunicação e interação nas equipes de ESF com SB, ocorre a partir da identificação das necessidades dos usuários, e de encaminhamentos para sua resolução entre os profissionais da unidade.

[...] se eu estou atendendo uma criança e no caso se ela tem a linguinha presa que a gente fala que é o freio de língua, a gente chama, a dentista cansou de vir fazer cirurgia aqui, na minha sala, ela sai de lá, se desloca e vem até aqui e faz, ou então ela marca para lá, se eu tenho uma situação, estou atendendo uma situação que envolve odonto, as vezes a boca, as vezes preciso de um respaldo, eu vou com o paciente para lá e bato na porta, falo que é um paciente, assim e assim, a gente não recebe um não, pode ser que não resolva o problema do paciente naquele momento em que precisa de um outro processo, de agendamento e as vezes o caso é bem mais sério do que a gente está avaliando ali, então precisa ser agendado e precisa ser tratado, mas, normalmente o pessoal é colaborativo com a gente, faz parte da equipe sim (Enfermeira – UBS A).

Eu acho que a gente interage bem, nas saídas para as áreas, não tem como você não interagir, porque você tem que passar para o seu colega. Às vezes é uma coisa que você pode resolver, igual a dentista mesmo. Às vezes são coisas relacionadas com a boca, daí nós resolvemos, mas tem coisas que não. O que eu vejo é que você tem uma visão mais ampla, não é porque só trabalho com dentista que só vou fazer isso. Não, se vou fazer uma visita e vejo alguém com problema... Tipo criança com piolho, você já vai ter que passar uma orientação. Chega aqui e já fala para a enfermeira, ela tem que dar medicação, então vejo que interagimos super bem nesse sentido. Não tem como ser diferente, porque vou voltar para a área e tenho que dar uma resposta para aquela família, não tem como a gente não se comunicar (Auxiliar/técnico de saúde bucal – UBS A).

Ainda na UBS A, de acordo com a complexidade dos casos, uma auxiliar/técnica de enfermagem afirmou que é necessário a articulação e a comunicação entre diferentes membros da equipe.

Eu acho que, na verdade, quando é mais complexo envolve mais áreas, mais profissionais, quando é uma coisa mais simples a gente acaba não conversando com todo mundo porque normalmente é alguma coisa que a gente como técnico consegue resolver ou é alguma coisa que só conversando com a enfermeira você já consegue mediar, então quando é uma situação mais complexa eu acho que envolve mais profissionais, então a gente tem que articular, tem que conversar com mais gente, mas quando são coisas mais simples, normalmente ou um conversando com o outro ou

trocando alguma informação a gente consegue resolver isso (Auxiliar/técnica de enfermagem – UBS A).

Na UBS B, também se identificou a discussão pontual de casos entre os profissionais da equipe de ESF com SB, considerada como comunicação frequente e breve que contribui no atendimento das necessidades dos usuários. A comunicação direta entre profissionais de diferentes categorias, ocorre a partir do atendimento ao usuário e após a avaliação das necessidades de saúde, sendo que ao reconhecerem que não possuem competências para lidar com a situação, os profissionais mobilizam outros integrantes da equipe para garantir a resolutividade.

Quando uma coisa lá no paciente que estão atendendo, se é hipertenso, uma pediculose, qualquer coisa que não seja da competência deles (SB), imediatamente, antes de liberar o paciente eles já vêm aqui e conversam comigo ou com outro enfermeiro sobre o que fazer. Se é uma situação médica e nós temos que resolver na hora, já vou até o médico da equipe, ele entra junto na sala e já discutimos o caso (Enfermeiro – UBS B).

Já na UBS C, uma enfermeira destacou a necessidade da comunicação para o alinhamento das informações entre todos os membros da equipe, considerando a assistência ofertada ao usuário.

Tem que ter comunicação, porque não adianta nada querermos mudar, começar a atender gestante de determinada forma sem que todos fiquem sabendo, o próprio grupo de gestantes, temos que passar as datas, a atividade física também até agora nós viemos fazendo e passando. Quando a equipe toda sabe, ela fica sabendo tudo que você tem para usar, todos os recursos. Por exemplo, um colesterol alto em um exame, o que você pode fazer? Além de orientar a dieta nós podemos pensar em o que nós temos na nossa área, como a parte de educação física e atividade física, reunião com o nutricionista. E é legal que todos conheçam os recursos que nós temos para começar a orientar a população direitinho, porque senão entram na sala do médico, que prescreve a medicação e o paciente vai embora e a nossa função de prevenção não estará acontecendo. Nós estamos aí para isso, principalmente para prevenir (Enfermeira - UBS C).

Fica evidente nos relatos das três UBS (A, B e C), a comunicação entre os diferentes membros das equipes com foco no atendimento ao usuário, sendo direcionada de acordo com a necessidade inicialmente avaliada. A articulação dos saberes dos profissionais de diferentes áreas, ocorre a partir da mobilização das competências específicas de cada categoria profissional, que integra a equipe, com base na competência colaborativa – comunicação interprofissional.

2. Instabilidade da equipe como barreira para a comunicação e interação entre os profissionais

A categoria 2 também foi identificada nos relatos dos entrevistados das três UBS (A, B, C). Na UBS A, uma enfermeira referiu que a rotina diária de atendimento aos pacientes agendados e da demanda espontânea, impactou na frequência da comunicação interprofissional, visto que diminuiu a disponibilidade de tempo para interação entre os membros das equipes.

[...] a dificuldade que vejo deles é porque a gente acaba ficando muito em atendimento [...] Hoje mesmo os agentes queriam falar uma situação comigo, reuniram-se, ficaram lá na salinha, esperaram eu atender e tudo e aí vieram aqui para conversar de uma situação na qual eles estavam com dificuldade. Então, a questão é assim, antigamente, há muitos anos atrás, o enfermeiro não tinha todo esse atendimento diário, de estar atendendo a demanda. E com isso a gente acaba tendo que abrir a agenda o dia inteiro. Você se organiza para o horário para visita, para ir para a escola, fazer as atividades e os eventos que são planejados (Enfermeira – UBS A).

Na UBS C, os profissionais da equipe de SB, pontuaram a constante dificuldade em participar ativamente das reuniões de equipe junto ao núcleo de saúde da família, devido à elevada demanda de atendimento dos pacientes agendados e consequente sobrecarga de trabalho.

A dentista, nesse dia da reunião, tem que marcar menos pacientes para poder ir na reunião, mas, depois, esses pacientes que ela não atendeu, ela vai ter que atender na semana, então, às vezes, ela não pode ficar indo toda vez na reunião. Depois, ela é cobrada pelas metas (Auxiliar/técnico de saúde bucal – UBS C).

Na concepção dos profissionais das equipes da UBS B, a comunicação interprofissional é diretamente impactada pelo quadro de funcionários incompleto que acarreta – as equipes incompletas, o que tem como consequência a impossibilidade de programação da agenda com espaços para reunião de equipe e interação entre os profissionais, dada a constante necessidade de cobertura das atividades internas para manter o atendimento à população na unidade de saúde.

Você precisa de mais tempo para integrar as pessoas, para se comunicar [...] Hoje temos muito valorizado você atender a demanda em termos de quantidade, do que qualidade. Isso faz com que basicamente suas atividades sejam atender a demanda, você precisa de espaço e tempo para se reunir com a equipe e dialogar com as pessoas. Você vai sair para visita, então é

ideal que a equipe inteira fosse e discutisse os casos, que se dividissem [...] Mas todo mundo dentro daquela proposta daquele dia. Isso não acontece, porque como há falta de funcionários, as pessoas que deveriam estar saindo no dia de visita acabam não saindo, porque tem que cobrir outros setores. Se essa pessoa sai, já vem a crítica das outras equipes... “Não, mas você não pode sair porque tem que ficar aqui dando conta do seu trabalho”, então acho que tem essas questões na equipe que atrapalham essa integração (Médico - UBS B).

Na UBS A, para uma profissional, a equipe incompleta dos núcleos de SF e SB, impacta na qualidade da comunicação entre os membros das equipes.

Não vou dizer que damos conta de 100% de tudo que chega, mas a gente tenta fazer o máximo possível. Mas porque nós também estamos. Se for falar da equipe em geral, estamos sem enfermeira, se falar de odonto estamos sem dentista... E isso faz muita falta num trabalho. Quando outro dentista está aí, tem momentos que estou na cadeira e posso me concentrar só nisso. Deixa eu olhar meus casos, meus pacientes... E isso não está acontecendo, foi assim o ano inteiro praticamente. [...] Não é que não aconteça, mas a comunicação não vai acontecer com a mesma qualidade que acontecia anteriormente, mas acontece (Cirurgião-dentista – UBS A).

As UBS A e B apresentam o déficit no quadro de funcionários, o que ficou evidenciado pela presença de equipes incompletas em todas as unidades, como foi descrito na apresentação do campo de estudo. A instabilidade das equipes também fica evidente nos relatos dos profissionais acerca das dificuldades em estabelecer momentos de interação e comunicação com os colegas, devido a equipe incompleta. Além disso, a sobrecarga de trabalho também é apontada nas UBS A e C dada a elevada demanda de atendimento. Os profissionais das equipes de ESF com SB referem se perceberem limitados no atendimento a demanda agendada e espontânea da unidade, bem como as demais atividades externas, visto a reduzida disponibilidade de tempo para se comunicarem com os demais membros da equipe.

3. Reunião de equipe como espaço que potencializa a comunicação e colaboração interprofissional

Embora a reunião de equipe tenha sido referida como espaço de comunicação e colaboração da equipe de ESF com SB apenas pelas equipes da UBS C, este entendimento de lócus de comunicação interprofissional foi interpretado como categoria dada a sua relevância no contexto da prática colaborativa interprofissional na ESF com SB na Atenção Primária à Saúde do SUS.

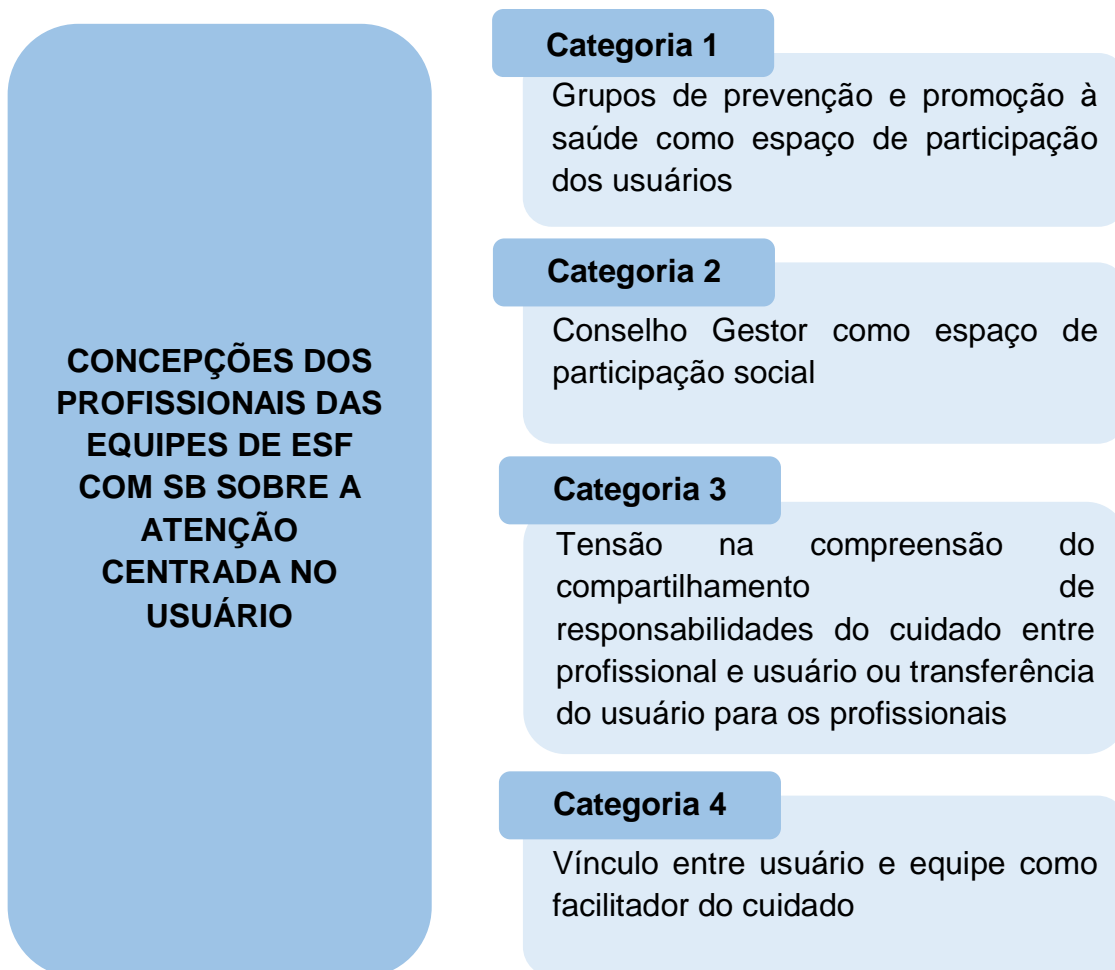
A comunicação entre os núcleos de SF e SB para troca de informações e discussão sobre o acompanhamento dos usuários ocorre na reunião de equipe, que foi referida como espaço potente para otimizar a comunicação interprofissional possibilitando aos profissionais interagirem na busca de cuidados de forma ampliada de acordo com as condições de vida da família.

[...] nas reuniões da equipe a gente tem uma oportunidade de estar trocando as informações a respeito da saúde da família porque aí você tem contato com o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, então aquela família, você pode ter respostas a mais, não só da consulta com o dentista, mas ter um parecer melhor da saúde em geral daquele paciente, que tratamento ele está fazendo com o médico, estar passando por algum enfermeiro, e de todas as pessoas da família, no caso, como prontuário é da família, então são várias pessoas naquele mesmo prontuário. A gente tem essa interação na reunião da equipe, é assim que existe a possibilidade de você estar conhecendo melhor aquela família (Cirurgião-dentista – UBS C).

Os resultados apresentados acima mostram que a comunicação interprofissional se caracteriza por estar orientada pelas e para as necessidades dos usuários e ocorre na equipe e entre diferentes equipes das UBS A, B e C. A análise transversal dos relatos das equipes de ESF com SB das três UBS estudadas, também mostrou que os profissionais percebem barreiras para a comunicação interprofissional efetiva, ou seja, aquela que permite reconhecer e responder as necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidades. Nas UBS A e B as equipes incompletas foram identificadas como barreiras para a comunicação interprofissional. Além disso, nas UBS A e C a sobrecarga de trabalho também é relatada como dificultador para a articulação entre os profissionais.

4.3.2. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre atenção centrada no usuário

Figura 10 - Categorias das concepções sobre atenção centrada no usuário



Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

1. Grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço de participação dos usuários

Os entrevistados das três UBS (A, B e C) referiram a participação do usuário junto a unidade e a equipe de saúde, através dos grupos de prevenção e promoção à saúde, como oportunidade que proporciona o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe, e a convivência dos usuários e demais membros da comunidade. Os profissionais referiram que os grupos favorecem a oferta do cuidado ampliado com diálogo e participação do usuário, além da atenção prescritiva.

Todas essas pessoas até hoje sentem falta disso, chegam e falam: “doutor era tão bom quando tinham aqueles grupos”, porque a pessoa não vinha só falar de doença, não vinha só falar de problemas, ela ia ter um convívio familiar que muitos não tem nas suas famílias, ela vai ter um relacionamento humano que muitos não tem nas suas famílias, ela vai ter uma oportunidade de ver outras pessoas com os mesmos problemas dela e vai se identificar, vai criar amizade, então não adianta só dar remédio e pedir exame, examinar, encaminhar, isso aí é uma parte pequena do que nós podemos fazer, o que eles precisam mesmo é de apoio pessoal, é amor, carinho, amizade, convivência, todas as coisas que uma boa família tem e, infelizmente, a maioria das famílias não tem isso mais(Médico – UBS A).

[...] eles vêm bastante na unidade, quando a gente fazia trabalho de grupo eles participavam bastante também. Gestante que é mais complicadinho, porque às vezes vinha pouco quando a gente fazia oficina de gestante. A gente fazia até presentinho para ver se elas vinham, mas a adesão às vezes é bem baixa [...] eu e as meninas que estão há mais tempo aqui, quando elas veem uma pessoa, já sabem o pai, a mãe, os filhos, quem é, quem não é, filho de quem, mora em tal área, a gente já conhece todo mundo (Cirurgião-dentista – UBS B).

Na UBS C, a maioria dos entrevistados referiram a participação do usuário nos grupos de prevenção e promoção à saúde que são realizados na unidade ou na comunidade, sendo reconhecido como um espaço que oportuniza ampliar a orientação ao usuário e família de acordo com as necessidades de tratamento e cuidados.

Foram convidados 30 hipertensos diabéticos, foram 18; mais da metade, está bom. Então foi feito um trabalho com eles, a doutora olhou exames de pacientes, os que não tinham ela pediu, então ela fez uma mini consulta comunitária, foi muito legal. Atendeu um por um, fez, passou slides, explicou sobre a doença, a gente fez um café da tarde, fizemos um bolo saudável com farinha integral, fizemos uma torta de legumes com farinha de arroz, então foi muito legal. O pessoal aderiu legal e ficamos até à noite, começamos uma hora da tarde e fomos até sete da noite, e o pessoal ficou. É o trabalho que a gente faz com a população, e eles aderem e gostam. Eles têm sede de aprender, a gente sente que eles querem saber por que acontece isso (Auxiliar/técnica de enfermagem – UBS C).

No cenário da UBS B, no relato de um médico foi referido o impacto da reorganização do processo de trabalho das unidades de atenção básica pela gestão municipal, visto que foi mantida a diretriz da atenção estar centrada no usuário, porém no sentido de ampliar a oferta do atendimento as queixas agudas acolhidas na demanda espontânea, secundarizando as ações com foco na prevenção de doenças e agravos.

Pouco trabalho de prevenção e mais atendimento de demanda, eu colocaria assim. Essa última gestão tentou fazer que a unidade se responsabilizasse

mais pelo atendimento da sua comunidade. Ou seja, evitar que o pessoal procure tanto UPA, o hospital. Mas nessa opção você acaba relaxando um pouco mais a prevenção. Isso realmente é bem falho (Médico – UBS B).

Os resultados apresentados na primeira categoria das concepções sobre atenção centrada no usuário, evidenciam que os entrevistados em sua maioria reconhecem as atividades dos grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço para participação dos usuários, sendo esse momento representado nos discursos como oportunidades de: ampliar as orientações referentes ao tratamento e cuidado, fortalecer o vínculo entre usuário e equipe e promover momentos de convivência entre os diferentes usuários da comunidade, permitindo a troca de experiências.

2. Conselho Gestor como espaço de participação social

Em relação as atividades nas quais os usuários participam junto com as equipes, os entrevistados das UBS A, B e C referiram à reunião do Conselho Gestor Local, reconhecido como espaço que possibilita a escuta da população sobre as necessidades de melhorias e pontos positivos que devem ser mantidos na rotina da unidade e do trabalho das equipes de ESF com SB, e na comunidade, porém com pequena participação desta.

São poucos que participam. A gente convida muito quando tem a reunião do conselho, só que, às vezes, eles vêm mais quando tem alguma crítica. A gente sempre fala: “gente, o conselho não é só quando surgiu alguma coisa, vocês têm que ir para ajudar a comunidade, dar a opinião, ajudar, porque a comunidade tem muita força. Vocês só querem ir quando acontece alguma coisa que vocês querem reclamar. Não é assim, o conselho não é para isso, é para a gente se ajudar”. Mas bem poucos, no conselho (ACS – UBS B).

Ela ocorre uma vez por mês, geralmente é sempre para o final do mês. E assim, essa reunião é para escutar eles, o que está ruim na unidade, o que precisa ser melhorado, o que está bom, o que eles acham, o que o bairro está precisando, então eles trazem isso, eles vêm, eles falam, ainda bem, a gente acha bom, porque eles estão trazendo coisas boas e eles estão gostando do atendimento da unidade, então tem os elogios também. Isso é muito importante porque tem a escuta que vê, quem está no conselho gestor (Auxiliar/técnico de enfermagem – UBS C).

Na UBS A, o cenário relatado pelos profissionais também foi de baixa participação dos usuários nas reuniões do Conselho Gestor Local, porém com

destaque para uma entrevistada que abordou a importância do papel do gerente da unidade no incentivo e mobilização da comunidade para a participação social ativa.

Depois que mudou essa gestão, achei que os conselhos locais enfraqueceram bastante. Eu sei que o conselho aqui estava bem enfraquecido mas parece que algumas pessoas tomaram a frente... [...] mas depende do perfil da coordenação. Nós tínhamos uma coordenadora aqui que cobrava muito dos usuários, que eles tinham que ser participativos, e isso era bom, porque eles iam por ela cobrar (Cirurgião dentista – UBS A).

A partir dos relatos dos entrevistados observa-se que a participação dos usuários no Conselho Gestor Local foi reconhecida nas três UBS estudadas, como espaço de participação do usuário na unidade e comunidade, porém os profissionais destacaram a baixa atuação da comunidade nas reuniões mensais do Conselho.

3. Tensão na compreensão do compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre profissional e usuário ou transferência do usuário para os profissionais

A participação do usuário no autocuidado é estimulada por meio da orientação, escuta e valorização do seu papel no cuidado, configurando o que neste estudo denomina-se compartilhamento da responsabilidade do cuidado entre profissional e usuário. No entanto, do conjunto de 34 entrevistas apenas três profissionais descreveram este aspecto.

Não sei te responder em relação a todos os profissionais, eu, gosto muito de dividir com o paciente tudo, até, porque assim, quando eu vou fazer o curativo eu já falo para ele: “vamos usar isso aqui”, deu certo, não deu certo, se eu faço uma orientação e falo: “olha, não sou dona da verdade, mas vamos ver se isso melhora” e deixo ele opinar também, às vezes o paciente fala: “não, mas eu tomo remédio assim”, aí eu escuto, nem sempre, “o senhor tem que fazer do jeito que eu quero”, porque eu julgo que o paciente tem que ter esse direito, mas se eu falar que todos os funcionários fazem a mesma coisa eu estaria mentindo porque eu acho que não, eu acho que muita gente é [...] mais impositivo. Da minha parte não, porque eu gosto, eu gosto de dividir com o paciente a responsabilidade. Porque eu penso assim, que se ele fizer parte, ele vai valorizar isso, então se for impositivo só do meu lado, não tem muito resultado não, porque as pessoas gostam de trabalhar em conjunto (Enfermeira – UBS A).

Para um médico da UBS B, é necessário esclarecer o usuário que a responsabilidade pelo cuidado também é dele, portanto deve ser compartilhada entre profissional e usuário.

Então isso é uma constante na minha conduta. Hipertenso, eu mostro para ele que a responsabilização também é dele, eu tenho uma parte da responsabilidade enquanto técnico, de passar informação da melhor forma possível para ele, de atualizar e mostrar a realidade em que ele se encontra, e o que vai acontecer no futuro se ele não se cuidar, mas eu também coloco o conselho de que ele é o principal interessado nessa questão e tem que assumir isso aí. Muitas vezes você faz toda a conduta de hipertenso. Por exemplo, orienta alimentação, atividade física, abre a unidade para ele vir aqui, mas ele não verifica a pressão arterial, fica um ano, seis meses sem verificar isso. Aí você tenta colocar que é responsabilidade dele também assumir isso (Médico – UBS B).

Na UBS C, apenas uma enfermeira relatou sobre a parceria entre profissional e usuário e a necessidade de ter o usuário no centro do cuidado. O usuário e família são reconhecidos como integrantes do trabalho em equipe e como participantes do planejamento do cuidado, o que é possibilitado pela comunicação e escuta presentes na relação profissional e usuário.

O usuário é o centro de tudo. É para ele que nós trabalhamos. É para os usuários que nós discutimos casos de matriciamento. Com o plano terapêutico singular essa questão mudou um pouco de atendimento, porque nós paramos de mandar e ouvimos, então é importante essa questão. O próprio usuário, a própria família trabalha conosco em equipe, o cuidador, aquela filha que cuida da mãe, então faz parte do nosso atendimento. Eu acredito que usuário, além de ser o centro, agora ele participa, ele é coparticipante, simplesmente não espera, ele também tem que agir. Eu acho que quando nós trabalhamos em equipe facilita bastante quando a família está empoderada e entende a situação. Agora o usuário é visto de outra forma, igual na educação, que não é mais passiva, mas sim aquela educação construtiva (Enfermeira – UBS C).

Nas três UBS A, B e C, observa-se que apenas três entrevistados reconheceram a participação do usuário na unidade a partir do compartilhamento da responsabilidade do cuidado entre profissional e usuário, destacando a ideia de parceria construída a partir da comunicação e escuta na relação.

Além dessa concepção de atenção centrada no usuário como compartilhamento da responsabilidade entre profissional e usuário, destaca-se que nas UBS A e B os profissionais também referiram o inverso, ou seja, o entendimento de transferência de responsabilidade do cuidado do usuário para os profissionais da equipe, como é exposto abaixo.

Dentre os entrevistados da UBS A, cabe mencionar a concepção de que o usuário apresenta dificuldade em ocupar o seu lugar de protagonista no autocuidado, concentrando a responsabilidade do cuidado na equipe que o acompanha.

[...] antigamente as pessoas já não tinham um autocuidado bom, hoje, elas praticamente não têm autocuidado mais, então elas esperam que você resolva todas as queixas, todas as demandas dela e não é assim que funciona. Então a equipe de saúde tem a responsabilidade de fazer a parte da equipe de saúde, a família da pessoa continua com a responsabilidade dos seus cuidados pessoais e a família do seu cuidado com os seus parentes, mas não é isso que está acontecendo (Médico – UBS A).

Na UBS B, uma profissional referiu que o usuário apresenta dificuldade em assumir a responsabilidade pelo o autocuidado e na maioria das vezes procuram atendimento na unidade quando apresentam queixas agudas.

Eu acho que a maioria, o autocuidado deles é bem ruim, eles não têm assim, apesar da gente insistir, é bem difícil trabalhar nessa parte, porque a gente tem batalhado, ainda é bem difícil. Eles sempre deixam para depois, procuram bastante quando têm dor, quando não estão aguentando mais, deixa essa parte assim, deixa que também que a saúde deles é responsabilidade deles, eles acham que você vai dar um remédio e que vão sarar, não é bem assim, mas estamos tentando até o fim (Cirurgião-dentista – UBS B).

No relato abaixo o entrevistado faz referência a cultura ‘paternalista’ de ‘transferência de toda responsabilidade do cuidado aos profissionais da equipe e a unidade’.

A gente tem uma cultura paternalista, politicamente incorreta nesse sentido. Então a culpa é sempre da unidade, do profissional que não fez ou fez incompleto [...] Isso cria uma cultura, em que o paciente transfere muita responsabilidade do autocuidado para a unidade. Ele sempre está tentando devolver, e eu digo que isso é compartilhado. Todo mundo tem sua função, mas você também tem a sua. Às vezes esbarra em questões socioeconômicas, cultural, política, então é uma luta, não é fácil. Acho que ainda estamos muito deficitários nessa parte (Médico – UBS B).

4. Vínculo entre usuário e equipe como facilitador do cuidado

A construção de vínculo entre profissional e usuário foi citado apenas na UBS A. No relato abaixo, uma enfermeira considerou que a relação entre usuário e profissional deve ser pautada na escuta e confiança, sendo o vínculo considerado um facilitador para promover a inclusão do usuário enquanto participante do seu plano de cuidado.

[...] o vínculo é a nossa arma, o nosso maior escudo, a nossa maior fortaleza é o nosso vínculo com o paciente, porque o paciente, quando ele acredita em você ele passa a fazer aquilo que você fala, aquilo que você orienta, as vezes o paciente que passa a olhar você com bons olhos, “eu vou lá, a enfermeira

é minha amiga”, muitos pacientes, “não, vou lá conversar com a enfermeira”, e aí vem e realmente conversa, a gente senta, fala sobre o assunto, então se tornou um vínculo muito grande, a nossa arma de trabalho é o vínculo, com certeza, não tenho dúvida nenhuma (Enfermeira – UBS A).

Por outro lado, um profissional referiu que o modelo de atenção à saúde com ênfase no atendimento aos pacientes na demanda espontânea, compromete a interação e vínculo entre usuário e profissional, anteriormente focado nas atividades coletivas, passando para a abordagem individual de acordo com os parâmetros de atendimento aos usuários com queixa aguda, preconizados pela nova gestão de saúde municipal.

A interação nossa é individual, a interação é muito boa, individualmente e quando falo individualmente, assim com as famílias e como que é a interação através de órgãos? Através de situações? É muito ruim, é muito precária porque antigamente quando a gente tinha os nossos programas aquele era um espaço excelente para a gente interagir e ter uma vinculação muito boa com as nossas famílias, porque as pessoas não vinham só para resolver o problema de saúde, elas vinham para encontrar pessoas que as acolham bem, pessoas que ouviram o que elas tinham a dizer, pessoas que tem problemas iguais a elas, pessoas que tem realidades igual a elas, pessoas que vão chorar com elas, pessoas que vão rir com elas, pessoas que vão abraçar, pessoas que precisam da ajuda delas, então os programas eram grupos de apoio muito bons, tão bom quanto um grupo de apoio de uma ONG, tão bom quanto um grupo de apoio de uma Igreja, de uma escola, de uma associação de moradores, então era um grupo de apoio, grandes grupos de apoio, de todas as formas e isso foi tirado, não por nós, isso foi uma política de gestor mesmo, foi retirado, então aí você fala “como que é o vínculo?”, então agora o vínculo é individual, assim como nós, conversando aqui, os outros familiares vindo conversar aqui, quando nós vamos na casa das pessoas, então a gente não tem mais um local, um horário que vamos fazer esse grupo de apoio funcionar e dar certo, não tem mais, por que não tem mais? Porque eu vou ter que deixar de atender a demanda, aqui do consultório para estar nesse grupo e não me é permitido fazer isso (Médico – UBS A).

No que se refere a atenção centrada no usuário, os profissionais das equipes de ESF com SB das três unidades estudadas (A, B e C) apontaram a participação de usuários no cuidado. Contudo, a atenção centrada no usuário aparece de forma frágil, visto que foi referida por poucos entrevistados e, sobretudo relacionada aos grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço de participação sabendo-se que mesmo na ESF com SB os grupos não constituem atividade diária na agenda da maioria das unidades.

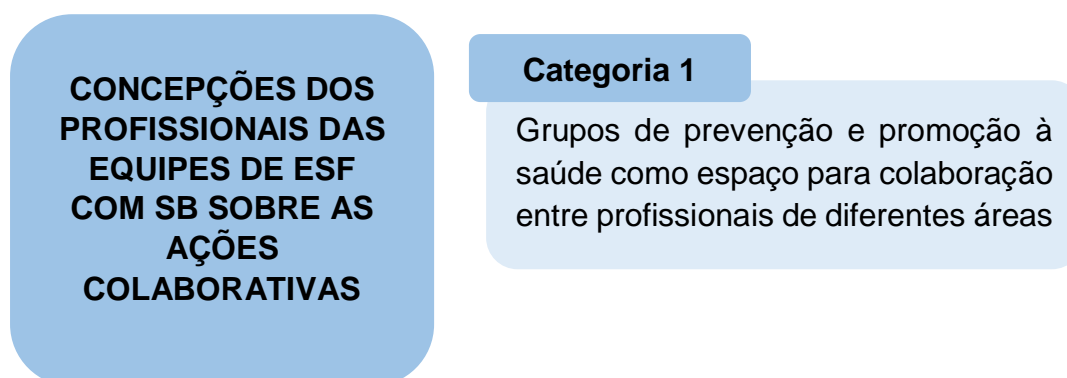
Além disso, cabe destacar que os entrevistados relacionaram autocuidado com atividades prescritivas - prescrições de cuidado – aparece pouco a construção

compartilhada de vínculo e do plano de cuidados na configuração da corresponsabilização pelo autocuidado entre profissionais da equipe e usuários.

4.3.3. Concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre as ações colaborativas

A análise transversal das concepções apreendidas com base na análise das entrevistas das três UBS (A, B e C) sobre ações consideradas colaborativas, mostrou que somente os grupos de prevenção e promoção à saúde foram apontados como ações realizadas em colaboração entre profissionais de diferentes áreas da mesma equipe ou de diferentes equipes da unidade de saúde. A colaboração entre os profissionais da equipe de ESF com SB se refere, segundo o referencial adotado no estudo, a trabalhar junto de forma voluntária tendo em vista produzir ações de saúde de qualidade e as melhores respostas possíveis as necessidades dos usuários. Segue abaixo como esta concepção aparece nas três unidades estudadas.

Figura 11 - Categoria das concepções sobre ações descritas como colaborativas



Fonte: Santos CL. Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

Na concepção dos entrevistados da UBS A, as ações realizadas por diferentes profissionais relacionadas aos grupos prevenção e promoção à saúde, possibilitam o compartilhamento de diversas experiências e não são centradas em um único profissional. Referiram ainda que os grupos favorecem a interação e a troca de

conhecimento entre os usuários e profissionais da equipe, como foi assinalado na análise da competência colaborativa atenção centrada no usuário.

Eu acho que cada um tem um jeito de falar, uma informação diferente para ser passada. A gente não é detector de todo o saber: cada um tem uma capacidade, uma forma de falar, então eu acho que várias pessoas falando e disseminando o saber, quanto mais a gente disseminar, a gente aprende com eles também, porque eles falam coisas para a gente, os pacientes, e a gente fala o nosso, então eu acho que tem uma troca, e não deve ser centrada em um único profissional (Médico – UBS A).

As diferentes temáticas abordadas nos grupos são complementares, tendo como objetivo o atendimento das necessidades do usuário como um todo.

[...] esses grupos não são compartimentos, não são coisas isoladas, são coisas que se completam, é igual a um corpo, a gente tem mão, tem pé, tem olho, mas pertence ao mesmo corpo, não são separados, o bem-estar de um traz o bem-estar de outro, o prejuízo de um prejudica os outros, então, na verdade, sempre a pessoa é vista por inteiro, como um todo, nunca deixou de ser vista (Médico – UBS A).

Já na UBS B, os entrevistados relataram que mudanças da gestão municipal afetaram diretamente o planejamento de ações educativas e de promoção à saúde, tanto na unidade como na sua relação com outros equipamentos do território, entre os profissionais, assim como no contato mais próximo e frequente entre usuário e profissional.

Nessa última gestão essa parte se perdeu um pouco. Até a gestão do último prefeito nós tínhamos os grupos que eram feitos, iam todos os profissionais, tinha até o NASF, fazíamos oficinas de gestantes bimestrais. Cada bimestre nós chamávamos as gestantes, eram feitas palestras, cada reunião era um tema como cuidados com o bebê, cuidados com a gestante e isso até o nascimento, todos os cuidados, amamentações. Em todas as reuniões a amamentação era inserida e iam todos os profissionais, por exemplo, hoje ia o farmacêutico, ele orientava sobre medicação, cuidados, responsabilidades e a enfermeira falava outra parte de amamentação e o assunto que era o foco principal, assim sucessivamente, psicóloga, nutricionista, médica. Tudo direcionado nesse sentido. Mesmo com a rotina que tinham aqui, isso era inserido, mas isso se perdeu (ACS – UBS B).

Na UBS C, os entrevistados referiram os grupos de prevenção e promoção à saúde, como oportunidade de interação entre os diferentes membros das equipes para desenvolvimento e organização das atividades, onde todos colaboram com base nas suas especificidades profissionais.

Não dá para montar um grupo só. Resolvem montar um grupo de gestantes, vou chamar todas as médicas? Não dá. A gente tem que ir na área, e às vezes até outras áreas [...] Eu chamo todos de outra área para participar de um grupo que fazemos, então todos acabam colaborando, cada um com uma função explicando da sua maneira para o paciente. Às vezes você coloca no grupo até um agente... “Olha, vou explicar para você como dar um banho no bebê, vou explicar como...”, todos acabam participando. O auxiliar vem, o grupo tem a nutricionista, ela sabe orientar melhor sobre alimentação. Você monta um grupo de alimentação, quem faz a montagem? É a nutricionista. Ela vem e os funcionários ajudam e colaboram. Eles vão buscar os pacientes, têm que ver se estão fazendo aquilo que ela ordenou no dia [...] Aí está a importância do grupo e de cada um. Monta um grupo de gestante que num dia vem o professor de educação física e orienta: “Você pode fazer essa atividade, essa outra...”, entendeu? E o pessoal que está ali junto vai colaborando (Médica – UBS C).

Ainda na UBS C, duas entrevistadas referiram a importância da participação e articulação de diversos profissionais na organização e desenvolvimento dos grupos de prevenção e promoção à saúde, tendo em vista a necessidade do compartilhamento dos saberes de diferentes categorias profissionais de forma a se complementarem para alcançar a abordagem ao usuário como um todo, no contexto de bem-estar físico, psíquico e social.

O que eu tenho de trabalho que eu costumo unir e que eu estou à frente, é o grupo de gestantes. Quando eu faço a programação eu já penso em chamar todos os profissionais. Quando o enfermeiro se forma, ele aprende sobre alimentação, depressão pós-parto, em relação a postura, o que é nutricionista, fonoaudiólogo. Mas às vezes não é o suficiente, por isso eu acho que os saberes se complementam. Eu posso orientar uma alimentação, mas aí vem a nutricionista e complementa com tudo que ela aprendeu, a formação dela é muito diferenciada da minha, nós aprendemos coisas básicas, mas ela aprende mais direcionado para a sua formação. A mesma coisa com a orientação da fonoaudióloga, que é extremamente importante, pois fala em relação à chupeta, alimentação, fala, evolução da criança. Os fisioterapeutas também, quando vêm falar com a gestante eles falam de postura de uma forma muito interessante e diferente. O educador físico também, fala sobre as atividades que elas podem fazer. As psicólogas também conversam sobre felicidade, depressão pós-parto. É um grupo, uma gestante e não é só o médico ou enfermeiro que vai atender, porque ela vai muito além do pré-natal. Nós temos que pensar é aquele contexto: bem-estar social, físico e mental, portanto nós temos que pensar em um todo e se nós não trabalharmos juntos, nós não conseguiremos, pois eu não imagino poder atender essa gestante em um todo só com as minhas consultas de enfermagem. Eu acho que quando nós trabalhamos em equipe dá muito certo. Em uma ESF, se trabalhar só uma enfermeira e um médico para 4 mil pacientes nós não conseguiremos (Enfermeira - UBS C).

Eu acho que é importante ter várias especialidades nesses grupos, nessas reuniões e atividades da equipe porque elas são várias áreas, então a gente pode estar tendo oportunidade de estar vendo aquele grupo de pessoas, de pacientes que estão ali, não só, por exemplo, eu como dentista, não vou olhar só a parte bucal: vou olhar a saúde em geral daquele paciente, então vai ter um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, então a gente vai ter

a oportunidade de estar vendo a saúde desse paciente como um todo, não só especificamente na parte da saúde bucal, que é importante sim, essa participação, de todos os profissionais juntos. Eu acho bom. Acho positivo, tanto para o profissional quanto para o paciente (Cirurgião-dentista - UBS C).

A concepção dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre as ações colaborativas no cotidiano das três UBS estudadas converge nos momentos compartilhados entre diferentes membros da equipe para organizar e realizar uma ação coletiva educativa no território de abrangência ou grupo de prevenção e promoção à saúde realizado no espaço da unidade. Observa-se o reconhecimento de ações colaborativas na articulação entre membros da mesma equipe e de diferentes equipes da mesma UBS para oferta de grupos de prevenção e promoção à saúde, porém cabe ressaltar que na agenda das unidades essa atividade não acontece com frequência.

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

O estudo analisou as concepções dos profissionais que atuam nas equipes de ESF com SB sobre as duas competências colaborativas centrais: comunicação interprofissional e atenção centrada no usuário, família e comunidade, e sobre as ações reconhecidas como colaborativas no cotidiano de trabalho das equipes nas unidades de saúde.

A discussão está organizada na sequência de apresentação dos resultados. Inicialmente serão discutidos os resultados relacionados a comunicação interprofissional e atenção centrada no usuário, posteriormente as ações colaborativas na concepção dos entrevistados.

Os resultados permitiram identificar três categorias na competência da comunicação interprofissional – Comunicação interprofissional com foco no atendimento ao usuário; Instabilidade das equipes como barreira para comunicação e interação entre profissionais das equipes nas três UBS (A, B e C) estudadas; e Reunião de equipe como espaço que potencializa a comunicação e colaboração interprofissional.

Na competência da atenção centrada no usuário, destacam-se as quatro categorias: Grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço de participação dos usuários; Conselho Gestor como espaço de participação social; Tensão na compreensão do compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre profissional e usuário ou transferência do usuário para os profissionais; e Vínculo entre usuário e equipe como facilitador do cuidado.

O reconhecimento das ações colaborativas resultou em uma categoria - Grupos de prevenção e promoção à saúde como espaço para colaboração entre profissionais de diferentes áreas, também com convergência nas três UBS (A, B e C).

A comunicação interprofissional é evidenciada no estudo no sentido da comunicação frequente, informal e pontual entre os profissionais das equipes de ESF com SB das três unidades estudadas, com enfoque no cuidado ao usuário. As interações entre os profissionais das equipes dos núcleos de SF e SB possibilitam a procura e definição de estratégias de resolução da demanda trazida pelos usuários e reconhecida como necessidade de saúde pelos profissionais.

Para Morgan, Pullon, McKinlay (2015) a oportunidade constante da comunicação informal eficaz, frequente e recíproca é considerada o elemento mais importante e tangível da colaboração interprofissional. Nancarrow et al. (2013) identificou dez princípios para o desenvolvimento do bom trabalho em equipe interdisciplinar, que incluem a comunicação como competência que expressa a capacidade de discutir e resolver as dificuldades dentro da equipe. Os autores consideram que o emprego de estratégias de comunicação entre as equipes possibilita a tomada de decisão colaborativa e o desenvolvimento de ações efetivas em equipe.

Ambos os modelos de competências colaborativas, canadense (CIHC, 2010) e norte americano (IPEC, 2011, 2016) reconhecem a comunicação interprofissional como domínio de competência para a prática colaborativa. O modelo do CIHC (2010) caracteriza a comunicação como escuta, debate, atenção as informações não verbais, transparência nas interações entre profissionais e entre profissionais e usuário, família e comunidade, além de demandar respeito e confiança. Suter et al. (2009) descreve que dentre os objetivos da comunicação está a habilidade de negociação para superar diferentes pontos de vistas, como culturas profissionais ou outras influências, como diferentes personalidades entre os profissionais.

Peduzzi et al. (2020) consideram a comunicação como um componente inerente ao trabalho em equipe e à colaboração interprofissional, visto que os diferentes profissionais necessitam se colocar de acordo quanto ao plano de ação subjacente a executar o cuidado e a atenção à saúde. Os autores ainda descrevem que os profissionais de diferentes áreas envolvidos no cuidado de usuários e famílias unem, de forma complementar, a ação instrumental apoiada em regras técnicas e a ação comunicativa caracterizada pela busca de entendimento entre os envolvidos.

No presente estudo, tomou-se como objeto as competências colaborativas nas equipes de ESF com SB, pois se reconhece a necessidade de ampliar a abordagem das necessidades de saúde dos usuários com a articulação dos núcleos de Saúde da Família e de Saúde Bucal conforme previsto nas políticas de APS (Brasil, 2004, 2017). No cenário dos serviços de APS, Padula, Aguilar-da-Silva (2014) em estudo sobre os profissionais de SB nas equipes de ESF identificaram que a integração entre os membros da equipe SF e SB é essencial para fornecer informações completas e eficazes para o atendimento com qualidade ao usuário e família. Peruzzo et al. (2018) reconhecem que o compartilhamento de informações e a integração entre os

membros da equipe de ESF são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho em equipe. As autoras identificaram que a comunicação, escuta ativa e respeito às particularidades de cada categoria profissional, como aspectos essenciais para a manutenção da harmonia e a implementação da prática colaborativa.

Scherer et al. (2018) reconhecem alguns aspectos que permitem avançar no trabalho da equipe de SB na ESF: a atuação integrada de toda a equipe, a necessidade dos profissionais compartilharem os conhecimentos, o reconhecimento das habilidades e competências de cada membro e promover a construção coletiva de intervenções. Os autores destacam que o diálogo e a escuta são ferramentas importantes para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da ESF contribuindo para o trabalho em equipe mais efetivo.

Estudo de revisão integrativa sobre a reorganização do modelo de atenção à saúde apoiada em equipes de saúde em cinco países (Lara, 2018), considera indispensável integrar os profissionais da SB como parte da equipe multiprofissional. Nos documentos analisados, o autor aponta como recorrente a utilização de equipes multiprofissionais, uma vez que quando interagem de forma a romper as barreiras profissionais possibilitam a oferta de cuidados pertinentes às necessidades de saúde dos usuários (Lara, 2018).

Fox et al. (2019) analisam que o planejamento do cuidado e a tomada de decisão entre os membros da equipe estão diretamente relacionadas a complexidade das necessidades de cuidado do paciente: quanto mais complexas as necessidades do paciente, mais interdependente são as ações da equipe em relação ao cuidado.

Farias et al. (2017) em estudo evidenciaram que os profissionais entrevistados estabeleciam comunicação com outros profissionais quando verificavam a necessidade de apoio da equipe ou da rede de serviços.

O trabalho colaborativo, necessita de comunicação e coordenação das atividades. Estudos identificaram diferenças entre as equipes de ESF da mesma unidade de saúde em relação a comunicação e potencial colaborativo, sendo apontado que as equipes constroem individualmente práticas colaborativas sem direcionamento de uma coordenação. Nesse sentido, evidenciaram-se falhas na dimensão institucional de apoio às práticas colaborativas (Farias et al., 2017; Peduzzi et al., 2020).

A comunicação interprofissional é reconhecida nas três unidades estudadas como uma ferramenta de articulação e interação que promove a colaboração entre os

membros da equipe e entre diferentes equipes da UBS. Este resultado corrobora com análise de Agreli (2017) e Peduzzi, Agreli (2018) que consideram a colaboração caracterizada principalmente pela comunicação efetiva interprofissional e pela construção de parcerias com usuários, famílias e grupos sociais, como também parcerias com outras equipes, serviços e em rede.

Arruda e Moreira (2018) reconhecem a comunicação através das trocas informais entre os profissionais da equipe como elementos facilitadores do trabalho compartilhado, sendo que a disponibilidade dos profissionais em acolher as demandas de outro membro da equipe se aproximam da prática de colaboração interprofissional. Para os autores as trocas informais introduzem e fortalecem as relações interprofissionais, o respeito mútuo, a confiança e a atenção para o apoio de demandas.

Por outro lado, nas três unidades de estudo, a comunicação interprofissional é obstaculizada ou torna-se mais difícil na presença de equipes incompletas, sobretudo se permanecem por longos períodos incompletas.

Hollenbeck, Beersma e Schouten (2012) descrevem a estabilidade temporal como elemento chave do trabalho em equipe, visto que permite o amadurecimento da equipe em termos de um certo tempo de trabalho compartilhado, com níveis mais altos de familiaridade que levam ao envolvimento dos membros em uma coordenação implícita das ações de cuidado. West e Lyubovnikova (2013) destacam que equipes com estabilidade desenvolvem processos de equipe eficazes, uma vez que os membros já possuem familiaridade. Contudo, cabe destacar que a estabilidade das equipes não implica em trabalhar juntos na mesma equipe por muitos anos, pois a excessiva familiaridade também pode dificultar a comunicação efetiva. Estudo recente desenvolvido na APS no Brasil mostrou que equipes que trabalhavam juntas há menos tempo (média de 3 anos/ $p=0,005$) mas mantiveram a composição ao longo dos anos, apresentaram escores de clima mais favoráveis ao trabalho em equipe, em comparação as equipes que trabalhavam juntas há mais tempo (média 4 anos/ $p=0,005$), mas que passaram por alterações em sua composição ao longo dos anos (Agreli, 2017).

Os relatos dos entrevistados evidenciam dificuldades de trabalhar com equipes incompletas e com rotatividade dos profissionais nas unidades, pois estes impactam diretamente no estabelecimento de vínculos entre os profissionais, usuários e entre as equipes. Além disso, essas condições de trabalho interferem no acompanhamento

das necessidades de saúde da comunidade e conseqüentemente na qualidade da assistência ofertada.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) considera a instabilidade das equipes e a elevada rotatividade dos profissionais como desafios para a qualificação da APS, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe. Além disso, considera a sobrecarga das equipes com número excessivo de usuários adscritos no território, como um elemento que compromete a cobertura e as ações de melhoria da qualidade da assistência (Brasil, 2017b).

A permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial dos médicos, é considerada um dos fatores fundamentais para a efetividade da ESF (Campos, Malik, 2008). O estudo identificou a existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos, nas equipes de ESF sendo os fatores que demonstraram maior correlação: capacitação, distância das unidades e disponibilidade de recursos materiais para execução do trabalho. (Campos, Malik, 2008)

Costa et al. (2013) em estudo sobre o perfil dos profissionais de nível superior das equipes de ESF referem a instabilidade profissional no setor público como reflexo das limitações impostas pela legislação do SUS para assegurar a segurança do trabalhador. Outro estudo também destaca que a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo constituem obstáculos que interferem na concretização da intervenção interprofissional e na integração dos profissionais da equipe de ESF (Farias et al., 2017).

Quanto a competência atenção centrada no usuário, nas três unidades estudadas os resultados mostram que os profissionais das equipes de ESF com SB reconhecem a participação do usuário na unidade como elemento chave da atenção centrada no usuário e que a participação ocorre, sobretudo nos grupos de promoção e prevenção à saúde, dada a oportunidade de construção de vínculo entre o usuário e unidade.

Estudo de Fracolli, Gomes, Gryscek (2014) sobre as percepções dos gestores acerca das ações de promoção da saúde mostrou a sua identificação com ações de prevenção de doenças e ações que proporcionam mudanças de comportamento e hábitos de vida, apontando para a fragilidade e ausência de distinção clara entre os dois constructos: promoção da saúde e prevenção de agravos, o que é corroborado

nos resultados do presente estudo, visto que os participantes também não relataram diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

A compreensão dos profissionais envolvidos na organização dos grupos sobre promoção e prevenção à saúde é importante para o reconhecimento dos grupos, como espaços para a escuta dos profissionais, das necessidades dos usuários, seus problemas e vivências; a circulação da informação; as trocas de saberes dos profissionais de saúde e a vivência dos usuários com o objetivo de buscar soluções em conjunto. Cabe ressaltar que as atividades de grupos não se limitam a reunir um conjunto de pessoas no mesmo espaço físico, os grupos devem se constituírem e serem reconhecidos na construção de redes sociais e compartilhamento de experiências (Brasil, 2014).

A literatura aponta que a atenção centrada no usuário é caracterizada por três elementos-chaves analisados por Agreli, Peduzzi, Silva (2016): 1) perspectiva ampliada do cuidado à saúde, 2) participação do paciente no cuidado e 3) qualidade da interação profissional – paciente. As autoras descrevem a participação do usuário como parceiro no cuidado como base da atenção centrada no usuário, considerando a importância do envolvimento entre equipe e paciente através do compartilhamento de informações, objetivos, poder e responsabilidades, como também viabilizar a compreensão do paciente sobre sua condição e abertura para participação na tomada de decisões. As autoras destacam que é necessário incentivar a participação do usuário e família na tomada de decisão sobre o cuidado.

Os resultados do presente estudo mostram o reconhecimento dos profissionais das equipes de que o vínculo entre usuário e profissional consiste em meio de fortalecimento do papel do usuário no cuidado. O estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários corresponde às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a).

O vínculo entre profissional e usuário promove relação de confiança e respeito, que acontece através da identificação das necessidades do usuário (Santos, Miranda 2016). Santos, Romano e Engstrom (2018) consideram a construção do vínculo como um dialético de corresponsabilização e empoderamento do usuário para o autocuidado, com garantia de que os serviços estejam de portas abertas para o atendimento efetivo às necessidades de saúde da população. Ainda para a construção do vínculo é necessário um consenso sobre as necessidades e responsabilidades do cuidado, de modo que a conduta terapêutica não esteja centrada apenas no

profissional de saúde ou apenas no desejo do usuário, mas seja fruto da interação entre ambos, permitindo a busca da melhor prática do cuidado, favorecendo o desenvolvimento de sujeitos autônomos e aprimorando as relações interpessoais.

A perspectiva ampliada do cuidado à saúde considera a necessidade do reconhecimento e resposta às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade de maneira integral. Para participação do paciente no cuidado é necessário o seu empoderamento e apoio para que se envolva no autocuidado e desenvolva autonomia (Agreli, Peduzzi, Silva, 2016). Fox e Reeves (2015) analisam o interesse de profissionais, gestores e pesquisadores em apoiar e implementar práticas interprofissionais para prestação de serviços de saúde efetivamente centrados no usuários, famílias e comunidades, entretanto apontam o risco de ambos: prática colaborativa interprofissional e atenção centrada no usuário, resultarem em mero discurso, mantendo as práticas profissionais centradas nas profissões. Os autores analisam as dificuldades da construção consistente e implementação dos dois conceitos e apontam os riscos de transferência da responsabilidade pelo cuidado para o paciente que deve fazer a “coisa certa” e de extensão do poder médico para outros grupos profissionais que poderiam atuar de maneira centralizada e apartada dos demais tal como ocorre no modelo dominante de atenção à saúde no qual cada área atua em separado.

Os resultados das três unidades de estudo, também evidenciaram o reconhecimento por parte dos profissionais das equipes, da participação dos usuários nas reuniões do Conselho Gestor, como parceria que intensifica o vínculo entre a equipe e unidade de saúde e os usuários e comunidade. Os entrevistados assinalam que os usuários têm o compromisso de compartilhar as demandas identificadas pela comunidade para resolução junto a unidade de referência, porém apontam que a participação dos usuários no Conselho Gestor ainda é incipiente.

A participação social no contexto do SUS é estabelecida e regulada pela Lei nº 8.142/90 que determina a criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas do governo (Brasil, 1990).

Sobre a baixa participação dos usuários nos Conselhos Locais, Gohn (2002, 2006) indaga sobre os entraves para a operacionalização das reuniões do Conselho que se deve em parte à ausência da cultura de participação da sociedade civil ou a falta de exercício prático, como também ao desconhecimento das possibilidades de atuação por parte da maioria da população. Dessa forma, os espaços dos Conselhos

não representam um canal de expressão dos setores organizados da sociedade. Gohn (2002, 2006) destaca algumas dificuldades presentes na criação e implementação dos conselhos gestores sendo elas: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos; o percentual quantitativo em termos de paridade; a capacitação dos conselheiros representantes da sociedade civil; o acesso às informações; a fiscalização e controle sobre os atos dos conselheiros e os mecanismos de aplicabilidade das decisões deliberadas do conselho pelo Executivo.

Em relação a baixa participação dos usuários nas reuniões do Conselho, Fernandes, Spagnuolo, Bassetto (2017) destacam que na maioria das vezes a comunidade tem pouco conhecimento da existência do Conselho, desconhecendo o quanto podem se empoderar através de um conselho ativo.

Coelho (2012) compreende a comunicação como elemento essencial para a participação social, possibilitando a autonomia dos usuários a partir do acesso a informação e conhecimento em saúde, tendo a educação em saúde como principal estratégia de ação. Nesse sentido, Bussana, Heidemann, Wendhausen (2015) e Ferrati et al. (2017) reconhecem a necessidade de utilizar estratégias que estimulem o empoderamento dos usuários e comunidades, para a efetivação da participação social nos conselhos locais, promovendo a democratização das informações, troca de experiências e ampliando as discussões sobre assuntos relevantes que contribuem para a compreensão do papel do usuário e suas atribuições no que se refere a gestão do controle social do SUS. Fox e Reeves (2015) também destacam a necessidade de assegurar aos usuários, famílias e comunidades o acesso as informações e conhecimentos sobre os sistemas de saúde e o processo saúde doença e seu empoderamento para que possam participar efetivamente da implementação da atenção centrada no usuário e prática colaborativa interprofissional.

Segundo Agreli, Peduzzi, Silva (2016) a atenção centrada no paciente evidencia a importância de incentivar a participação do usuário e família nas tomadas de decisões relacionadas ao cuidado, como também a participação social no âmbito coletivo por meio do acompanhamento do planejamento, tomada de decisão, execução das políticas públicas de saúde. A atenção centrada no paciente é considerada como um dos domínios essenciais para a colaboração inteprofissional (CIHC, 2010).

No contexto da prática interprofissional colaborativa centrada no usuário, Peduzzi et al. (2016, p.5) consideram como:

A parceria entre equipe e usuário, onde este participa da tomada de decisão sobre seu plano de cuidado e tem influência no atendimento que lhe é ofertado, sendo uma forma de reconhecimento da autonomia e singularidade dos sujeitos envolvidos no cuidado, e do protagonismo dos usuários na produção de sua saúde.

Quanto as ações reconhecidas como colaborativas, os resultados do presente estudo mostram que estão centralizadas na oferta de grupos de prevenção e promoção à saúde organizados entre os diferentes profissionais vinculados a mesma equipe ou entre diferentes equipes que atuam na mesma unidade de saúde. Dessa maneira, no cenário de estudo a colaboração ocorre entre os profissionais da mesma equipe e entre diferentes equipes da UBS.

Nesse sentido, o resultado acima referido corrobora com as duas modalidades de colaboração na APS do SUS identificadas por (Agreli, 2017) que podem ocorrer em situações que se alternam de acordo com as condições e necessidades dos usuários: colaboração em equipe, na qual os profissionais procuram a resolução do caso entre os próprios membros da equipe ou entre equipes do serviço de saúde, e colaboração em rede e com a comunidade, na qual os profissionais da equipe buscam alternativas na própria equipe, como também em outros serviços, setores e com os usuários, famílias e comunidades. Esta modalidade de colaboração evidencia a estreita relação entre a atenção centrada no paciente e a prática interprofissional colaborativa, sendo que juntas favorecem a inclusão dos usuários como protagonistas e participantes na equipe interprofissional.

Freire Filho et al. (2018) caracterizam a colaboração interprofissional como “aquela em que profissionais atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e colocando os usuários na centralidade do processo”. A ação interprofissional colaborativa para Silva et al. (2015) requer o trabalho em equipe, articulado em torno do cuidado as necessidades de saúde do usuário, envolvendo a participação e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, com foco no reconhecimento da complexidade da situação trazida pelo usuário, no respectivo contexto de vida, ao invés de um ‘pedaço do usuário’ sobre o qual deverá intervir.

No entanto, no presente estudo, as ações colaborativas são enfatizadas pelos participantes apenas nos momentos de organização e prática dos grupos de promoção e prevenção à saúde. Este resultado chama atenção, visto que os profissionais das equipes não relacionaram as ações colaborativas, bem como atenção centrada no usuário as consultas individuais e as visitas domiciliares. A

literatura mostra que os profissionais da ESF realizam consulta compartilhada ou interconsulta e visita domiciliar com a participação de mais de um profissional de diferentes áreas.

Nos grupos de prevenção e promoção à saúde acima referidos as atividades são desenvolvidas entre diferentes profissionais, porém não há o envolvimento direto do usuário nesse processo. Dessa maneira, a interação entre os usuários e profissionais representam um desafio para a colaboração interprofissional.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a) descreve no processo de trabalho das equipes de APS a necessidade do desenvolvimento de ações educativas que interfiram no processo de saúde doença da comunidade, com o objetivo de promover a autonomia tanto individual quanto coletiva, na busca pela qualidade de vida e promoção do autocuidado. No contexto da APS, os grupos de prevenção e promoção à saúde representam uma prática coletiva de problematização e discussão entre profissionais e usuários, proporcionando um processo de aprendizagem crescente para ambos.

Os grupos de prevenção e promoção à saúde têm o papel fundamental de promover para o usuário diferentes formas de aprendizado referente ao processo saúde doença, a partir do esclarecimento sobre condições de vida, adoecimento, dúvidas e orientações para mudanças de hábitos. Como apontado anteriormente, os profissionais entrevistados relataram o espaço do grupo como momento de fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional, como também entre usuário e demais membros da comunidade.

Para Couto et al. (2016) a educação em saúde possibilita a troca de saberes entre os usuários e entre usuários e profissionais de saúde, respeitando a liberdade de expressão, na qual os sujeitos assumem seus papéis significativos. Os autores ressaltam que para o alcance de resultados mais efetivos nos grupos educativos, é necessário que profissionais reconheçam as demandas de saúde apresentadas pelos usuários para o desenvolvimento dos grupos e ações educativas de maneira mais próxima do contexto de vida destes (Couto et al. 2016).

Para Almeida, Moutinho, Leite (2015) os espaços de educação em saúde possibilitam a troca de experiências entre os usuários, sendo que através dessa prática amplia a percepção que eles não estão sozinhos no enfrentamento do adoecimento crônico. O estudo identificou que os grupos promovem mudanças no estilo de vida do usuário, a partir da reflexão quanto a doença e o direcionamento do

plano terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, favorecendo sua autonomia e a capacidade de cuidar de si.

Para Peruzzo et al. (2018) os profissionais envolvidos na organização das ações de promoção e prevenção da saúde devem se articular para promover estratégias que viabilizem a participação e envolvimento de todos os membros da equipe, sendo imprescindível a existência de comunicação e contato contínuo das equipes. Scherer et al. (2018) identificaram a integração entre as equipes de SF e SB através da participação e colaboração dos profissionais das equipes nas ações coletivas escolares coordenadas pela SB, que apesar de acontecerem de modo pouco sistematizado, proporciona a atuação de forma compartilhada.

Consideradas as características das atividades grupais educativas na APS, particularmente na ESF com SB, o presente estudo mostrou que os grupos de prevenção e promoção à saúde constituem espaços de colaboração interprofissional entre os profissionais da equipe, entre diferentes equipes e também com os usuários. Os grupos também configuram espaços de potencial fortalecimento dos vínculos dos participantes e de empoderamento e participação dos usuários e família.

Contudo este resultado do estudo merece aprofundamento em estudos futuros, visto que os grupos de prevenção e promoção à saúde são poucos frequentes se considerado o conjunto de atividades de atenção direta aos usuários, e chama atenção que a competência colaborativa atenção centrada no usuário e o desenvolvimento de ação colaborativa estejam, na concepção dos profissionais das equipes estudadas, restritas as atividades grupais.

6. Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções dos profissionais das equipes de ESF com SB sobre a competência colaborativa – comunicação interprofissional se refere a comunicação com foco no atendimento das necessidades de saúde do usuário e o reconhecimento da reunião de equipe como espaço que potencializa a comunicação e a colaboração interprofissional. Por outro lado, o entendimento dos profissionais mostra também que a instabilidade das equipes constitui uma barreira para isso.

Em relação a competência colaborativa – atenção centrada no usuário, os resultados mostram que a concepção das equipes estudadas converge no reconhecimento dos grupos de prevenção e promoção à saúde como espaços de participação dos usuários, bem como do Conselho Gestor Local como espaço de participação social e o vínculo entre profissional e usuário como facilitador do cuidado.

Por outro lado, no que se refere a corresponsabilização do cuidado entre profissional e usuário, os resultados evidenciaram uma tensão entre dois entendimentos contrastantes. As equipes das três unidades estudadas convergiram no entendimento da atenção centrada no usuário com compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre profissional e usuário. No entanto, em duas unidades (A e B) também apareceu a compreensão da atenção centrada no usuário como transferência da responsabilidade do cuidado do paciente para os profissionais das equipes.

Quanto as concepções sobre as ações colaborativas, os resultados revelaram os momentos de organização e prática dos grupos de prevenção e promoção à saúde como atividade que favorece a articulação e interação de profissionais de diferentes áreas nas três unidades estudadas.

As unidades apresentaram convergências e divergências nas concepções das competências colaborativas centrais e das ações descritas como colaborativas, relacionadas ao contexto no qual as unidades estão localizadas: duas na região Sul e uma unidade na região Sudeste. As três unidades possuíam equipes incompletas e estavam inseridas em cenários distintos quanto a gestão municipal de saúde.

Foram identificadas duas limitações do estudo. Uma se refere a análise de duas unidades de saúde em um município e apenas uma unidade em outro. A outra limitação se deve ao desenvolvimento do estudo com base em dados secundários

coletados por outras duas pesquisadoras de campo, o que acarretou diferenças na condução das entrevistas e possivelmente o comprometimento da homogeneidade do material empírico das três unidades estudadas.

De outra parte, cabe destacar que a extensão do material empírico analisado, constituído por 34 entrevistas de equipes de três UBS distintas e a utilização de duas estratégias de análise de dados: a primeira realizada pela pesquisadora com validação junto a orientadora do estudo, tendo por base a técnica de análise de conteúdo temática, e a segunda, também desenvolvida pela pesquisadora com apoio de software qualitativo, permitiu uma análise em profundidade realizada em diversos níveis: de cada entrevista, do conjunto de entrevistas de cada unidade e por fim análise transversal de todos os relatos.

Os resultados do estudo mostraram que as concepções dos profissionais das equipes sobre a prática colaborativa interprofissional e as competências centrais para o sua constituição e consolidação, comunicação interprofissional e atenção centrada no usuário, estão em processo de construção, mas ainda aparecem nos relatos dos profissionais das equipes de ESF com SB de forma frágil e com limitações. Uma delas se refere a identificação da comunicação interprofissional e das ações colaborativas a execução de grupos de promoção e prevenção à saúde e não a um conjunto mais amplo de atividades realizadas pelas equipes na atenção à saúde de usuários, famílias e comunidades. Outro aspecto que merece exploração em estudos futuros para maior compreensão e mais efetivas intervenções diz respeito as tensões entre as concepções acerca da corresponsabilização do cuidado entre profissionais e usuários, por um lado entendida como compartilhamento com participação ativa do usuário na tomada de decisão sobre seu cuidado e, de outro lado, compreendida como transferência da responsabilidade dos usuários para os profissionais das equipes.

Ambos aspectos merecem estudos futuros para avançar e aprofundar no conhecimento e na implementação das duas competências colaborativas centrais, tanto na formação dos profissionais de saúde como nas práticas de saúde no cotidiano de trabalho das equipes de ESF com SB.

7. Referências

7. REFERÊNCIAS

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016; 20(59):905-16.

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

Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde debate*. 2014;38(101):328-37.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra C. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.783-836.

Arruda LS, 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 (Botucatu)*. 2018; 22(64): 199-210.

Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies for interprofessional collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*. 2010;24(1): 6-11.

Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care*. 2014;28(5):393-9.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições Setenta; 2016.

Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-7;

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell; 2005.

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 dez. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. *Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS, por local de internação [Internet]*. Brasil; 2016a [citado

2020 mai. 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nisp.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM). Mortalidade, por município [Internet]. Brasil; 2016b [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Extração de dados de profissional [Internet]. Brasil; 2016c [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatórios públicos – Histórico de cobertura por competência e unidade geográfica. [Internet]. Brasil; 2016d [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasil; 2016e [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Diário Oficial da União. Brasília; 2017a, n.183, Seção 1, p.68-76.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. Texto contexto-enferm. 2015;24(2):442-49.

Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Pública. 2008;42(2):347-368.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative. 2010;

Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. J. Clin. Hypertens. 2012; 14(1):51-65.

Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38:140-157.

Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. Saúde Soc.2012;21(1):138-51.

Costa AP, Souza FN, Moreira A, Souza DN. WebQDA - Qualitative data analysis software: Usability assessment. CISTI [Internet] 2016 [cited 2020 Mai 22]; Available from: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/7521477?section=abstract>. DOI: 10.1109/CISTI.2016.7521477

Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Res Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(27):90-6.

Couto TA, Santos FPA, Rodrigues VP, Vilela ABA, Machado JC, Jesus AS. Educação em saúde sob a ótica de usuários das equipes de Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line. 2016;10(5):1606-14.

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017 [Internet]. Curitiba; 2014 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_curvas.pdf

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão: Monitoramento Quadrimestral SUS – Curitiba 3º Quadrimestre de 2016 [Internet]. Curitiba; 2016a [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/RDQA_3%C2%BAquadrimestre%202016.%20vers%C3%A3o%20aprovada%2015.02.16%20corrigida.pdf

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão [Internet]. Curitiba; 2016b [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/relatorio%20_SARGSUS_2016%20final%20apos%20reaprecia%C3%A7%C3%A3o.pdf

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 [Internet]. Curitiba; 2018 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde_SMS%20Curitiba%20_final%2004.04.pdf

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008;8(188):1-14;

Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e da educação: implicações para o currículo. Rio de Janeiro: Boletim Técnico do Senac. 2001;27(3):13-25.

Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Trab. educ. saúde. 2017;16(1):141-62.

Fernandes VC, Spagnuolo RS, Bassetto JGB. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: Revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2017;30(1):125-134.

Ferretti F, Ferraz L, Kleba ME, Boccalon B, Amorim DC, Comerlatto D. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. *Tempus actas de saúde coleti*. 2016;10(3):51-67.

Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015;29(2):113-18.

Fox A, Gaboury I, Chiocchio F, Vachon B. Communication and interprofessional collaboration in Primary Care: from ideal to reality in practice. *J Health Commun [Internet]* 2019 [cited 2020 Mai 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31580162/> DOI: 10.1080/10410236.2019.1666499

Fracolli LA, Gomes MFP, Gryscek ALFPL. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. *Saúde soc*. 2014;23(3):919-927.

Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2018 [cited 2020 Mai 22]; Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf. DOI: 10.1590/1518-8345.2731.3018

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil do Município de Guarulhos. São Paulo; SEADE; 2020 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/>

Gaidzinski RR. Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Gohn MG. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. *Cadernos Metrópole*. 2002;(07):09-31

Gohn MG. Conselhos gestores e gestão pública. *Ciências Sociais Unisinos*. 2006;42(1):5-11.

Guarulhos. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014/2017 [Internet]. Guarulhos; 2014 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/PMS%202014-2017.pdf>

Guarulhos. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência Integral à Saúde. Documento Norteador para a Atenção Básica do Município de Guarulhos [Internet]. Guarulhos; 2017a [citado 2020 mai. 22].

Disponível em:
https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/DOCUMENTO%20NORTEADOR%20PARA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20DO%20MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20GUARULHOS_20_12_17.pdf

Guarulhos. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão [Internet]. Guarulhos; 2017b [citado 2020 mai. 22]. Disponível em:
<https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o%202017.pdf>

Guarulhos. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde [Internet]. Plano Municipal de Saúde 2018/2021. Guarulhos; 2018 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em:
<https://www.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/PMS%202014-2017.pdf>

Guarulhos. Prefeitura Municipal de Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. Guarulhos; 2020 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em:
<https://www.guarulhos.sp.gov.br/unidades-basicas-de-saude-ubs>

Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J. Interprof. Care.* 2015;29(2):131-37.

Hollenbeck JR, Beersma B, Schouten ME. Beyond team types and taxonomies: a dimensional scaling conceptualization for team description. *Academy of Management Review.* 2012;37(1):82-106.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama de cidade [Internet]. IBGE; 2016 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guarulhos/panorama>

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Caderno estatístico do município de Curitiba [Internet]. IPARDES; 2016 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em:
<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=80000&btOk=ok>

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report on an expert panel. Washington D.C; 2011.

Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: update. Washington D.C; 2016.

Lara JVI. Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados: uma revisão integrativa [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018.

Macinko J, Costa MFL. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine and International Health*. 2012;17(1):36-42.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(23):2177-81.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(7):1217-30.

Nancarrow AS, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 2013;11(19):1-11.

Orchard CA. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *J Nurs Manag*. 2010;18(3):248-57.

Organização Mundial da Saúde. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; OMS. 2010.

Padula MGC, Aguiar-da-Silva RH. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. *Rev. odontol. UNESP*. 2014;43(1):52-60.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011;21(2):629-46;

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. Barueri: Manole; 2016.

Peduzzi M. Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional. São Paulo: EEUSP; Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2017. (Relatório Técnico, Carta Acordo OPAS/BR/LOA 140084.001).

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22:1525-34.

- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde* [Internet] 2020 [cited 2020 Mai. 22]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000400401&script=sci_arttext&tlng=pt. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246
- Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*. [Internet] 2018 [cited 2020 Mai 22]; Available from: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372
- 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). *Ciênc saúde coletiva* [Internet] 2018 [cited 2020 Mai 22]; Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro (FJP). Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Caracterização do território [Internet]. PNUD, IPEA, FJP, 2016 [citado 2020 mai. 22]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/3666
- Reeves S, Fox A, Hodges BD. The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(4):451-3.
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. Chapter 3 Interprofessional teamwork: key concepts and issues; p.52-69.
- Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide n. 39. *Medical Teacher*. 2016;38(7):656-68.
- 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 [cited 2020 Mai 22]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639262/>. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(1):1-3.
- Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm USFM*. 2016;6(3):350-359.
- Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e

organização dos serviços. *Physis* [Internet] 2018 [cited 2020 Mai 22]; Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312018000200602&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: 10.1590/s0103-73312018280206.

Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. *Saúde debate*. 2018;42(2):233-46.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015;49:16-24.

Souza FN, Costa AP, Moreira A. Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA. In: *Atas da VII Conferência Internacional de TIC na Educação: Perspectivas de Inovação*; 2011 mai 12-13; Braga; 2010. p.49-56.

Souza HS, Mendes A. *Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado; p. 87-109.

Starfield B. *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 710p.

Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal Interprofessional Care*. 2009;23(1):41-51.

West A, Lyubovikova J. Illusions of teams working in health care. *Journal of Health Organization and Management*. 2013;27(1):134-42.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005; p.19-38.

Zarifian P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas. 2001.

Zarifian P. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora SENAC. 2003. Sobre a definição da competência; p.137-159.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. 2009 [cited 2020 Mai 22]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/epdf/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO USO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA “CARACTERIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL”

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP



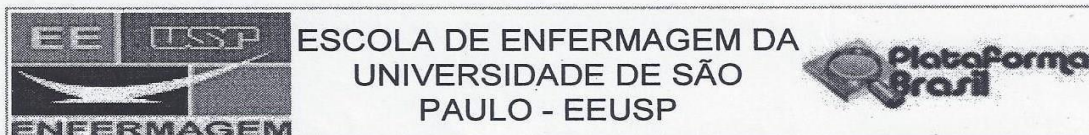
São Paulo, 08 de janeiro de 2019

Eu, Marina Peduzzi, autorizo Crislaine Loqueti Santos, aluna do Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, nível mestrado, a utilizar o banco de dados referente à pesquisa intitulada “Caracterização das competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (Nº do processo 45956515.4.0000.5392), e coordenada por mim.

Atenciosamente,

Marina Peduzzi

ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das competências dos profissionais de saúde da atenção básica para trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional

Pesquisador: Marina Peduzzi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45956515.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

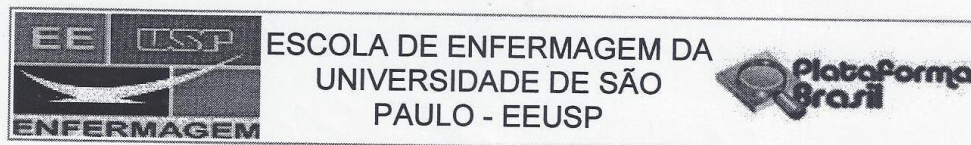
Número do Parecer: 1.180.576

Data da Relatoria: 11/08/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo trata das competências dos profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da família (ESF). Delineado como estudo qualitativo que utiliza como quadro teórico os conceitos de trabalho em equipe, prática e educação interprofissional colaborativa e competências profissionais, propõe-se identificar e validar competências interprofissionais com vistas a abarçar as três modalidades de competências necessárias para o trabalho em equipe e prática interprofissional: específicas, comuns e colaborativas. Os sujeitos da pesquisa são profissionais de unidades de ESF - agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal, cirurgiões dentistas, enfermeiras e médicos. Será desenvolvido em três fases: 1. Análise documental (do Ministério da Saúde no que se refere às atribuições dos profissionais e consulta às regulações dos conselhos federal e regional das profissões estudadas) e de dados secundários de pesquisa anterior contendo registros de observações das intervenções e atividades realizadas por trabalhadores das equipes da ESF; 2. Construção e validação de competências específicas e comuns com a realização de oficinas de trabalho com os profissionais das unidades de ESF; e 3. Identificação de competências interprofissionais de caráter colaborativo por meio de observação direta dos profissionais atuando nas ESF e de entrevistas semi-estruturadas utilizando um roteiro guia. A amostra estimada é de 50 profissionais para oficinas de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



Continuação do Parecer: 1.180.576

trabalho, 36 para observação e entrevista, além de 20 juízes para avaliação individual e oficina de trabalho. A validação das competências será feita por dois comitês de juízes, um para as competências específicas e um para as competências comuns. O material de campo proveniente das observações e das entrevistas será analisado com base na técnica de análise temática de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

- Identificar e analisar as competências dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, com vistas a favorecer a colaboração e articulação nas equipes, unidades e rede de atenção à saúde.

Objetivos secundários:

- Identificar as atividades comuns e específicas das diferentes profissões de saúde que atuam nas equipes de atenção básica;
- Construir e validar competências comuns e específicas das diferentes profissões de saúde que atuam nas equipes de atenção básica;
- Mapear competências interprofissionais que permitem aos profissionais de saúde de atenção básica desenvolver práticas colaborativas e com articulação das ações de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Consideram a pesquisa como de risco mínimo, visto que os pesquisadores de campo têm experiência no planejamento e condução de entrevistas individuais e de oficinas e respeitados os princípios de privacidade, confiança e respeito.

Benefícios:

Espera-se que os achados desse estudo possibilitem beneficiar a ESF do serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido nas equipes à medida que a participação dos profissionais nas oficinas de trabalho, observação direta e/ou entrevista semi-estruturada podem representar oportunidade de troca e reflexão sobre a própria prática de trabalho na ESF.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.180.576

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, elaborada de forma detalhada, fundamentada em pressupostos adequados à área de conhecimento e metodologia adequada para os propósitos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências listadas no parecer anterior referentes ao projeto propriamente dito e ao TCLE foram esclarecidas e atendidas de forma adequada e satisfatória.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento às solicitações, o projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a),

Sou professora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP, e pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada: Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional.

A investigação tem como objetivo geral de identificar e analisar as competências dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica, com vistas à colaboração e articulação nas equipes, unidades e rede de atenção à saúde.

Prevê-se realizar a coleta de dados com profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (agente comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, cirurgiões dentistas, enfermeiras e médicos) dos serviços de atenção básica selecionados para estudo. A técnica utilizada para coleta de dados é a entrevista semi-estruturada individual com profissionais que atuam na ESF, com duração estimada de uma hora, previamente agendada, de acordo com a disponibilidade de data e local dos interessados em colaborar com a pesquisa.

A participação na pesquisa é considerada de risco mínimo, visto que consistirá na realização de entrevista individual, sem causar qualquer tipo de desconforto e prejuízo às atividades profissionais dos participantes. Saliencia-se que a participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração. A realização da pesquisa pode beneficiar a ESF do serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido nas equipes.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, destacando a importância da sua colaboração para o aprofundamento da compreensão sobre o tema. Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e sigilo de seus dados confidenciais. Após a finalização da investigação, se houver interesse, você terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discuti-la com a pesquisadora.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 45956515.0000.5392). Informo

também que este Termo será entregue e assinado em duas vias, ficando uma com você e outra anexada aos documentos referentes à pesquisa.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a pesquisadora. Telefone: (11) 3061-7551 ou 3061-7552 endereço eletrônico: marinape@usp.br. O contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, telefone: 3061-7548, endereço eletrônico: edipesq@usp.br, endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo, SP, CEP: 05403-000.

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado(a) sobre o estudo. Ficaram claros para mim o seu objetivo; em que consistirá a minha participação; bem como as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Compreendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a condução do estudo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza. Assim, concordo voluntariamente em participar.

São Paulo, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora
Marina Peduzzi
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César - São Paulo, SP
CEP: 05403-000. Fone:(11)3061-7552
E-mail: marinape@usp.br

ANEXO 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF**Identificação do profissional entrevistado**

Nome: _____

Categoria Profissional: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade:

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio () completo () incompleto

Ensino superior () completo () incompleto

Pós graduação () Sim. () Especialização () Mestrado () Doutorado

Área _____ () Não

Ano de conclusão do curso de graduação ou da educação profissional (auxiliares e técnicos) _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de trabalho na unidade de estudo: _____

Tempo de trabalho na equipe: _____

Roteiro de Entrevista

Iniciar falando do assunto estudado – trabalho em equipe e prática colaborativa. Os objetivos do estudo já terão sido referidos ao ler ou explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 3).

1. Inicialmente gostaria que você contasse sobre sua experiência com o trabalho em equipe aqui na Unidade e/ou em outro serviço (pedir para o entrevistado dar exemplos e contar situações vivenciadas, descrevendo quais os profissionais estavam envolvidos e o contexto em que ocorreu o relatado)
2. Gostaria que você falasse um pouco mais sobre a comunicação e interação entre os profissionais de diferentes áreas (pedir para o entrevistado dar exemplos e contar situações vivenciadas, descrevendo quais os profissionais estavam envolvidos e o contexto em que ocorreu o relatado)
3. E sobre as atividades que são realizadas em conjunto por profissionais de diferentes áreas. Porque são realizadas por profissionais de diferentes áreas? E quais são seus objetivos.

4. Qual o lugar ou papel que o usuário, família e comunidade ocupam no trabalho em equipe.

Ao longo da entrevista prestar atenção se o (a) entrevistado (a) faz referência a situações em que aparecem as 6 competências colaborativas interprofissionais (CIHC, 2010) e coletar o máximo possível de informações a respeito:

- Comunicação interprofissional
- Atenção à saúde centrada no usuário/paciente
- Clareza do trabalho e do papel dos diferentes profissionais
- Dinâmica de funcionamento da equipe
- Liderança colaborativa
- Resolução de conflitos interprofissionais.