

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Júlio César Guimarães Freire**

**O “NÓS” E OS “NÓS” DO TRABALHO EM EQUIPE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**João Pessoa-PB**

**2023**

Júlio César Guimarães Freire

O “NÓS” E OS “NÓS” DO TRABALHO EM EQUIPE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Família, da Rede Nordeste de Formação  
em Saúde da Família, Universidade  
Federal da Paraíba.

Orientador: Dr. Geraldo Eduardo Guedes  
de Brito

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do  
Cuidado em Saúde

João Pessoa-PB

2023

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

F866n Freire, Júlio César Guimarães.

O "nós" e os "nós" do trabalho em equipe na atenção primária à saúde / Júlio César Guimarães Freire. - João Pessoa, 2023.

148 f. : il.

Orientação: Geraldo Eduardo Guedes de Brito.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde - Família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Comportamento cooperativo. 4. Assistência ao paciente.  
I. Brito, Geraldo Eduardo Guedes de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)



## ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO - TCM

Curso de Pós-Graduação	Nucleadora
<b>MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>UFPA</b>
Ata da Sessão de Defesa de TCM do(a) Mestrando(a)	
<b>Julio Cesar Guimarães Freire</b>	
Realizada no Dia	
<b>30/03/2023</b>	

Às **14** horas do dia **30** do mês de **março** do ano de **2023** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do discente

**Julio Cesar Guimarães Freire** intitulado

**O "nós" e os "nós" do Trabalho em equipe na atenção primária à saúde.**

A banca examinadora foi composta pelo professores doutores

**Geraldo Eduardo Guedes de Brito**, orientador(a),

**Walleri Christini Torelli Reis** e

**Renata Neulman Leite dos Santos Loucena**.

A sessão foi aberta pelo(a) Coordenador(a) do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) mestrando(a). O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a)

**Renata N. L. dos Santos Loucena**. Logo após procederam

a arguição os professores doutores

**Walleri E. T. Reis**

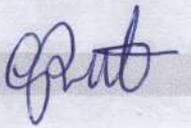
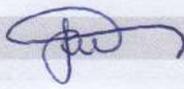
e **Geraldo Eduardo Guedes de Brito**. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) mestrando(a).

A banca examinadora considerou **aprovado** o trabalho do(a) discente. Nada mais

havendo a relatar a sessão foi encerrada às **15:30** horas, e eu

**Geraldo Eduardo Guedes de Brito**,

orientador(a) do programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora **UFPB** lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Curso de Pós-Graduação	Nucleadora
<b>Psicologia</b>	<b>UFPB</b>
	
<b>Walleri Reis</b>	

Esta ata foi elaborada em **João Pessoa**, **30** de **março**, de **2023**.

A banca examinadora foi composta pelo professor doutor [nome], [nome] e [nome].  
A sessão foi aberta pelo(a) Coordenador(a) do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) candidato(a). O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a) [nome]. Logo após procederam a arguição os professores doutores [nome] e [nome]. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) candidato(a). A banca examinadora considerou [nome] o trabalho do(a) candidato. Nota mais tendo a relatar a sessão foi encerrada às [horas] horas, e eu [nome] lavrei a presente ata.

Ao meu querido pai (*in memoriam*), dedico este trabalho, cujo exemplo de vida me fez aprender a valorizar as coisas simples, a ser humilde, honesto e batalhador. Que me ensinou que o amor maior é aquele que a gente prova em atitudes. Agradeço por todas as vezes que esperou o ônibus comigo, pelos lanches que comprou para quando eu chegasse do trabalho e por tantas outras expressões desse amor tão puro e gratuito.

## AGRADECIMENTOS

À **Santíssima Trindade**, por me proteger sob as suas asas misericordiosas, livrando-me de todo o mal durante a minha jornada, e me reerguendo sempre que esmoreci;

À **minha mãe**, Vera Lúcia, por nunca ter medido esforços para me ajudar e apoiar as minhas decisões, pela inteira dedicação e por muitas vezes ter deixado de lado os seus sonhos para viver os meus;

Ao **meu pai**, Severino (*in memoriam*), pelo exemplo de luta, amor incondicional e compromisso com a nossa família, a quem nunca permitiu que o mínimo nos faltasse;

Aos **meus irmãos e cunhados**, Jeysi e Chris, César e Beth, por serem as minhas raízes, o meu cais, aqueles com quem posso contar em todos os instantes;

Ao **meu companheiro**, Eufrásio Jr, por ter sido o meu espelho em meio a sua luta no Doutorado, por acreditar mais em mim do que eu mesmo e por todo cuidado dedicado;

Ao **meu orientador**, Geraldo Eduardo, pelo vínculo de amizade e respeito que construímos nesse tempo de orientação, que envolveu uma jornada de amenidades, empatia, paciência e doação à construção deste trabalho;

Aos **professores(as) da banca examinadora**, pela disponibilidade, atenção, críticas construtivas e sugestões apresentadas ao meu Trabalho de Conclusão do Mestrado;

À **família Vieira dos Anjos**, em especial, Dona Lúcia e Seu Eufrásio, Maria Carolina e Yuri, por me acolherem como um filho em seu lar e contribuírem diariamente com a minha/nossa felicidade;

Aos **meus tios e primos**, em especial Tia Verônica e Tio Zé Luiz, por toda ternura, gestos e palavras de incentivo, que foram fundamentais para o meu crescimento;

Aos **meus amigos vitalícios**, em especial, Rafael, Jeysibel, Neto e Suely, por tornarem os meus dias mais felizes e menos monótonos, cada um à sua maneira;

Aos **meus amigos da Fisioterapia**, em especial, Marina, Henrique, Fernanda e Maysa, pelos tantos anos de amizade sincera, que sobrevive à nossa distância física;

Aos **meus amigos da Odontologia**, em especial, Camila, Marcos, Petrônio e Yasmin, por me incentivarem a trilhar um caminho novo, fazendo eu entender que os sonhos podem ser reconstruídos a qualquer momento de nossas vidas;

Aos **meus amigos da Residência**, em especial, Heloísa, Priscila (Pipa) e Tâmara, por também serem meus exemplos de perseverança em busca da felicidade;

Aos **meus amigos do Grupo de Pesquisa**, em especial, Angélica, Augusto, Emanuel, Laize, Luzia, Mateus, Tayná e Teodora, pelas parcerias científicas e não científicas, e por compartilharem a atenção do nosso “Dudu” de forma leve;

À **minha eterna equipe NASF-AB** (Guarabira/PB), em especial, Magda, Lili, Isaldes e Tâmys por partilharmos ideais e lutarmos por melhores condições de trabalho, sempre apoiados no espírito de equipe;

À **minha equipe do Hospital Metropolitano**, em especial, Frankly, Racklayne, Afonso, Eduarda, Isabel, Priscila e Laryssa, por terem sido acolhimento e segurança em meio às minhas incertezas, e por tornarem os meus plantões mais “tranquilos”;

À **minha turma de Mestrado**, carinhosamente nomeada “Asas do SUS”, em especial, Adriana, Cynthia, Kalina, Terezinha e Socorro, por tornarem a nossa vivência (em meio ao isolamento social imposto pela pandemia) tão próxima e humanizada;

Aos **professores(as) e coordenação** do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, em especial, Altamira, Talitha, Franklin, Anniely e Cinthia, por todos os ensinamentos, científicos e humanos, imprescindíveis à minha formação;

A **todos os mestres** que me fizeram chegar até aqui, desde o primeiro degrau. O meu profundo respeito, carinho e admiração àqueles que, cotidianamente, constroem e reconstroem a educação pública no Brasil;

À **minha cadelinha**, Belinha, por todas as vezes que curtiu a minha chegada com extrema alegria e que foi o meu alento em dias nublados;

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, que apoiou a realização deste trabalho por meio do Edital Universal de 2018 (processo nº 406998/2018-3). Agradeço a todos os envolvidos!

*“Todo caminho da gente é resvaloso.  
Mas também, cair não prejudica demais.  
A gente levanta, a gente sobe, a gente volta!  
O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:  
Esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,  
Sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.  
Ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria,  
E ainda mais alegre no meio da tristeza...”*

**João Guimarães Rosa**

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a adoção de programas estratégicos tem buscado legitimar e resgatar a Atenção Primária à Saúde (APS) no país desde a década de 1990, promovendo uma mudança de paradigma assistencial que visa transformar o modelo tradicional de assistência à saúde em um modelo coletivo, interprofissional e centrado no sujeito. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) têm a missão de proporcionar o cuidado por meio do trabalho em equipe, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas no nível primário de atenção, além de incentivar práticas colaborativas e interprofissionais que influenciam a produção do cuidado integral.

**Objetivo:** Analisar a percepção do trabalho em equipe dos profissionais da APS do município de João Pessoa-PB. **Método:** A pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de casos múltiplos em João Pessoa, com a utilização do método misto, sendo as unidades de análise os profissionais da APS. Calculou-se o tamanho amostral para o componente quantitativo com base na probabilidade de ocorrência do evento de 50% e um erro amostral de 5%, obtendo-se uma amostra aleatória mínima de 318 profissionais da ESF e 119 das equipes NASF-AB. No componente qualitativo, definiu-se uma amostra não-probabilística adotando o critério de saturação teórica. Foram aplicados três instrumentos de coleta: questionário para autoavaliação do processo de trabalho, Escala de Clima de Equipe (ECE) e Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), além de roteiros norteadores para a realização de entrevistas semiestruturadas, presenciais, com informantes-chaves de três unidades de saúde, com e sem orientação para o trabalho colaborativo. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial, utilizando o teste qui-quadrado para verificação de heterogeneidade entre as variáveis e os tipos de equipe. Para o tratamento dos dados qualitativos, empregou-se o método da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** A percepção do que é o trabalho em equipe identificada nesse estudo foi a de colaboração, visto que os profissionais indicaram a necessidade de interação, união, ajuda mútua, apoio e interdependência para a produção do cuidado na APS. Os trabalhadores estudados possuem expressiva disponibilidade para a colaboração interprofissional, sendo verificados escores mais elevados entre os do NASF-AB. Acerca das potencialidades para o trabalho em equipe, foram identificados aspectos

como: satisfação dos trabalhadores com a relação com outros membros da equipe; satisfação com a comunicação e a clareza de papéis em suas equipes; e valorização das práticas formativas e de qualificação profissional. Como fragilidades, foram constatados elementos impactantes ao trabalho em equipe, como: valorização do saber técnico e das práticas individuais, sobretudo nas equipes da ESF; exigência do alcance de metas pela gestão; escassez de materiais e precarização da infraestrutura; e alta demanda de atribuições na APS. **Considerações Finais:** Os aspectos do trabalho em equipe identificados na APS de João Pessoa-PB implicam desafios sobre o processo de trabalho da ESF e do NASF-AB, sendo necessária a criação de estratégias de educação permanente, maior articulação ensino-serviço e investimentos institucionais, visando qualificar a produção de cuidado por meio de práticas colaborativas interprofissionais neste nível de atenção.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde. Relações Interprofissionais; Comportamento Cooperativo; Equipe de Assistência ao Paciente; Trabalho.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, the adoption of strategic programs has sought to legitimize and rescue Primary Health Care (PHC) in the country since the 1990s, promoting a change in the healthcare paradigm that aims to transform the traditional health care model into a collective, interprofessional, and subject-centered model. In this context, the Family Health Strategy (ESF) and the Support Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB) have the mission of providing care through teamwork, due to the complexity of the health needs that are posed at the primary level of care, besides encouraging collaborative and interprofessional practices that influence the production of integral care. **Objective:** To analyze the perception of teamwork among PHC professionals in João Pessoa, State of Paraíba. **Method:** The research was developed from a multiple case study in João Pessoa, using the mixed method, and the units of analysis were the PHC professionals. The sample size for the quantitative component was calculated based on a 50% probability of occurrence of the event and a 5% sampling error, obtaining a minimum random sample of 318 professionals from the ESF and 119 from the NASF-AB teams. For the qualitative component, a non-probabilistic sample was defined adopting the criterion of theoretical saturation. Three collection instruments were applied: a questionnaire for self-assessment of the work process, the Team Climate Inventory (TCI) and the Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC), as well as guiding scripts for semi-structured, face-to-face interviews with key informants from three health units, with and without orientation toward collaborative work. The quantitative data were analyzed by descriptive and inferential statistics, using the chi-square test to verify heterogeneity among variables and team types. For the treatment of qualitative data, Bardin's content analysis method was employed. **Results and Discussion:** The perception of teamwork identified in this study was that of collaboration, since the professionals indicated the need for interaction, union, mutual help, support, and interdependence for the production of care in PHC. The workers studied have expressive availability for interprofessional collaboration, with higher scores among the NASF-AB workers. About the potentialities for teamwork, we identified aspects such as: workers' satisfaction with the relationship with other team members; satisfaction with communication and clarity of roles in their teams; and appreciation of training practices and professional qualification. As weaknesses, there were elements that impact

teamwork, such as: valorization of technical knowledge and individual practices, especially in ESF teams; management demands of goal achievement; shortage of materials and precarious infrastructure; and high demand for PHC assignments. **Final Considerations:** Teamwork aspects identified in the PHC of João Pessoa pose challenges to the work process of the ESF and NASF-AB, requiring the creation of continuing education strategies, greater articulation between teaching and service, and institutional investments to qualify the production of care through interprofessional collaborative practices at this level of care.

**Descriptors:** Primary Health Care. Interprofessional Relations. Cooperative Behavior. Patient Care Team. Work.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Principais marcos documentais do desenvolvimento da APS no mundo.**28**
- Quadro 2** – Marcos legais da APS no Brasil a partir da criação do SUS.....**36**
- Quadro 3** – Variáveis quantitativas e instrumentos de coleta utilizados no estudo.....**49**
- Quadro 4** – Caracterização dos profissionais informantes-chaves (entrevistas).....**52**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil da amostra quantitativa.....	<b>55</b>
<b>Tabela 2</b> – Disponibilidade para colaboração interprofissional.....	<b>56</b>
<b>Tabela 3</b> – Autoavaliação do trabalho interprofissional na própria equipe.....	<b>57</b>
<b>Tabela 4</b> – Autoavaliação do trabalho interprofissional entre as equipes.....	<b>58</b>
<b>Tabela 5</b> – Disponibilidade para troca de saberes entre os trabalhadores.....	<b>62</b>
<b>Tabela 6</b> – Orientação dos trabalhadores para alcance de objetivos comuns.....	<b>63</b>
<b>Tabela 7</b> – Satisfação com a centralidade do usuário.....	<b>64</b>
<b>Tabela 8</b> – Realização com o trabalho.....	<b>65</b>
<b>Tabela 9</b> – Satisfação com a comunicação entre os membros da equipe.....	<b>66</b>
<b>Tabela 10</b> – Escala de Clima de Equipe (ECE): Participação na equipe.....	<b>70</b>
<b>Tabela 11</b> – Satisfação com a relação com outros membros.....	<b>71</b>
<b>Tabela 12</b> – Satisfação dos trabalhadores da APS com o salário.....	<b>73</b>
<b>Tabela 13</b> – Programas de ensino interdisciplinar e prática colaborativa.....	<b>75</b>
<b>Tabela 14</b> – Satisfação com a clareza de papéis.....	<b>77</b>
<b>Tabela 15</b> – Competências específicas próprias dos profissionais da saúde.....	<b>78</b>
<b>Tabela 16</b> – Uso do próprio julgamento do profissional de saúde.....	<b>80</b>
<b>Tabela 17</b> – Satisfação com o gestor da unidade e o gestor municipal.....	<b>83</b>
<b>Tabela 18</b> – Envolvimento na tomada de decisões político-administrativas.....	<b>84</b>
<b>Tabela 19</b> – Satisfação com a infraestrutura da unidade de saúde.....	<b>87</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIP	Colaboração Interprofissional
CME	Centro de Material e Esterilização
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CRI	Centro de Reabilitação Infantil
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECE	Escala de Clima na Equipe
EIP	Educação Interprofissional
EJARCI	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
eNASF-AP	Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JeffSATIC	<i>Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Heading
MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health System
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOEI	Nova Ordem Econômica Internacional
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PISUS	Programa de Interiorização do SUS
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	<i>Team Climate Inventory</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

UCB	Universidade Católica de Brasília
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
2.1 Objetivo Geral .....	22
2.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
3.1 A Atenção Primária à Saúde no Mundo.....	23
3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil .....	30
3.2.1 Marcos históricos da Saúde no Brasil .....	30
3.2.2 APS no Brasil: programas e estratégias .....	33
3.2.3 Processo de Trabalho na ESF e no NASF-AB .....	38
3.2.4 Caráter interprofissional da APS no Brasil.....	41
3.3 Capítulo Original 1 .....	44
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>45</b>
4.1 Tipo de Estudo .....	45
4.2 Campo de Estudo .....	46
4.3 População-alvo .....	46
4.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta .....	47
4.5 Análise de Dados .....	53
4.6 Aspectos Éticos .....	54
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>55</b>
5.1 Estamos juntos e misturados .....	56
5.2 Potencialidades.....	66
5.2.1 Comunicação .....	66
5.2.2 Intencionalidade .....	69
5.2.3 Apoio e valorização profissional .....	72
5.2.4 Educação Permanente .....	74
5.2.5 Clareza de papéis e competências específicas .....	76
5.3 Fragilidades.....	79
5.3.1 Individualismo.....	79
5.3.2 Exigências da Gestão.....	82
5.3.3 Insumos e infraestrutura .....	85
5.3.4 Alta demanda e falta de tempo .....	87

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice 1: Capítulo Original 1 .....</b>	<b>110</b>
<b>Apêndice 2: Roteiro de Entrevista com Profissionais da ESF.....</b>	<b>132</b>
<b>Apêndice 3: Roteiro de Entrevista com Profissionais do NASF-AB .....</b>	<b>134</b>
<b>Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....</b>	<b>136</b>
<b>Apêndice 5: Produtos e atividades desenvolvidas durante o Mestrado.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>141</b>
<b>Anexo 1: Escala de Clima de Equipe (ECE) .....</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 2: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) .....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo 3: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB .....</b>	<b>145</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No início do século XX, ocorreram profundas transformações políticas e socioeconômicas que contribuíram para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo. Nesse contexto de mudança, o Relatório Dawson, publicado em 1920, representou um dos primeiros documentos oficiais que concebeu o sistema de saúde como uma rede sistematizada em níveis de atenção (GUSSO; GOMES, 2020; PISCO; PINTO, 2020).

Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, buscou-se modificar a definição tradicional de saúde de uma simples ausência de doença para um completo bem-estar biopsicossocial, em uma tentativa de romper com o modelo biomédico difundido àquela época (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Ademais, com o avanço dos conflitos entre capital e trabalho no mundo pós-guerra, as políticas sociais passaram a ser percebidas como um incentivo ao crescimento econômico, o que permitiu a expansão do Estado de Bem-Estar Social em diversos países (NOGUEIRA; BACIL; GUIMARÃES, 2020; PREVITALI; FAGIANI, 2017).

Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, o conceito de atenção primária foi difundido de forma permanente (GUSSO; GOMES, 2020). Por meio do referido documento, a OMS demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que uma APS abrangente, universal e integral, representava o modelo de atenção para se alcançar uma vida social e economicamente ativa (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Os trinta anos seguintes foram marcados por embates da OMS *versus* o Banco Mundial e as fundações que financiavam o desenvolvimento socioeconômico mundial, visto que essas últimas defendiam uma atenção primária seletiva (SANTOS, 2019; ABADÍA-BARRERO; BUGBEE, 2019; RIFKIN, 2018a; WHO, 2000).

Após muita discussão, somente em 2008, a APS voltou a ocupar o primeiro lugar na agenda da saúde da OMS com o relatório “Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca” e, nesse mesmo ano, um novo relatório publicado pela organização evidenciou que os determinantes sociais eram essenciais para a melhoria da saúde da população (WHO, 2008a; 2008b). Uma década mais tarde, a Declaração de Astana renovou o compromisso de uma APS integral para o alcance da cobertura universal em saúde, além de reconhecer a importância das doenças não

transmissíveis e o impacto das mudanças climáticas na saúde global (GIOVANELLA *et al.*, 2019; WALRAVEN, 2019).

No Brasil, a APS passou a ser denominada de Atenção Básica (AB) durante o processo de implementação do SUS, no fim da década de 1980 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No contexto nacional, a atenção primária apresentou uma história singular marcada por ciclos de desenvolvimento, desde a criação dos Centros de Saúde vinculados à USP, em 1924, até a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (MENDES; 2015). Logo, o conceito de atenção básica construído no país é equivalente ao de uma APS abrangente e não significa uma simples reprodução de experiências internacionais, mas representa o fruto de um processo político que sempre almejou a construção de um sistema de saúde público, gratuito e universal (CECILIO; REIS, 2018).

Durante os anos de 1990 e 2000, o Ministério da Saúde (MS) buscou a legitimação e, conseqüentemente, um resgate da atenção primária no Brasil, e isso ocorreu por meio de programas estratégicos, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser considerado um elemento permanente para a consolidação do SUS no país. Todavia, somente com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003, foi que a APS começou a apresentar um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do sistema nacional de saúde (RIBEIRO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse contexto de mudança de paradigma assistencial, as equipes de saúde da família abordam o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto social por meio do trabalho em equipe interprofissional, cuja definição aponta para a relação entre as dimensões trabalho e interação humana, envolvendo tanto as pessoas quanto seus poderes, saberes, afetos, interesses e desejos. Assim, cabe à ESF a árdua missão de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde – médico centrado, medicamentoso, curativo e hospitalocêntrico – em um modelo de assistência coletivo, interprofissional e centrado nas necessidades singulares do sujeito, que englobe sua família e a comunidade. Trata-se, portanto, de mudar o foco do procedimento para o sujeito e de enfrentar o desafio de criar novas práticas de produção do cuidado, que resultarão em uma assistência à saúde mais efetiva e resolutiva (PEDUZZI *et al.*, 2016; BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Ademais, objetivando ampliar o escopo das ações de saúde e a resolubilidade da atenção básica, o MS criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o propósito de redefinir, qualificar e assistir a saúde no âmbito dos territórios sob a responsabilidade da ESF (BRASIL, 2008; 2017).

Desse modo, esses dois pontos da AB (ESF e NASF-AB) devem proporcionar o cuidado por meio de práticas interprofissionais, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas no nível primário de atenção. O trabalho interprofissional, por sua vez, baseia-se em uma construção coletiva, por meio de um constante processo de comunicação e de tomada de decisões, que contribuem para que os conhecimentos e as habilidades de diferentes núcleos profissionais se materializem mediante a produção do cuidado. Para tanto, existem competências específicas que visam a efetivação do trabalho colaborativo interprofissional, a saber: comunicação interprofissional, clareza de papéis, atenção centrada no usuário, liderança compartilhada, dinâmica de trabalho em equipe e resolução de conflitos (ESCALDA; PARREIRA, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; MERHY; FRANCO, 2009; D'AMOUR; FERRADA-VIDELA, 2005; CIHC, 2010).

Com base no exposto, estudos que investiguem o trabalho interprofissional no contexto da ESF e do NASF-AB podem contribuir para a identificação de elementos potencializadores e de obstáculos para sua efetivação, assim como oferecer subsídios para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na AB (MATUDA *et al.*, 2015). Ainda, podem elucidar a dinâmica do trabalho em saúde, considerando as dimensões das práticas interprofissionais a fim de ampliar a integralidade da saúde em substituição ao trabalho individualizado (ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Portanto, embora a produção científica internacional nos sinalize importantes avanços das investigações do trabalho interprofissional, a literatura nacional ainda é incipiente, o que justifica a execução desta proposta. Sendo assim, o Trabalho de Conclusão de Mestrado visa obter respostas para a seguinte questão norteadora: “Quais os ‘nós’ e os ‘nós’ do trabalho em equipe de profissionais da Atenção Primária à Saúde?” e, para tanto, tem como objetivo principal analisar a percepção do trabalho em equipe dos profissionais da APS do município de João Pessoa, Paraíba.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a percepção do trabalho em equipe dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa-PB.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Traçar o perfil dos trabalhadores da APS e de seu processo de trabalho;
- Compreender as percepções sobre o que é o trabalho em equipe na APS;
- Mensurar os escores na Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional de uma amostra de trabalhadores da APS;
- Identificar as potencialidades e fragilidades para o trabalho em equipe na APS;
- Triangular os resultados das percepções dos trabalhadores entrevistados com variáveis quantitativas da amostra.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O referencial teórico deste Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) foi elaborado a partir de uma aproximação com a construção histórica da APS, tanto no contexto internacional quanto no caso específico do Brasil. Para isto, foi feita uma revisão crítica de eventos relevantes que marcaram a APS no mundo e no país, assim como do trabalho em equipe exercido nesse âmbito. Em seguida, o conteúdo aborda a concepção da APS e evidencia determinados termos e conceitos pertencentes ao campo da atenção primária.

#### **3.1 A Atenção Primária à Saúde no Mundo**

As transformações políticas e socioeconômicas que ocorreram no início do século XX contribuíram para o desenvolvimento da APS em todo o mundo. Nessa conjuntura de mudanças, o Relatório Dawson (1920) concebeu o sistema de saúde como uma rede dividida em níveis de atenção. Além disso, programas de saúde rural como o da China, na década de 1930, foram desenvolvidos com a ajuda da Fundação Rockefeller e da Organização de Saúde da Liga das Nações (LITSIOS, 2015; GUSSO; GOMES, 2020).

O Relatório Dawson merece destaque por representar um documento oficial encomendado pelo governo inglês, que preconizava a organização dos serviços de saúde. Tal sistematização foi caracterizada pela hierarquização dos níveis de cuidado e pela integralidade, ou seja, o fortalecimento da relação entre ações curativas e preventivas, o que influenciou outros sistemas de saúde ao redor do mundo (PISCO; PINTO, 2020).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi fundada a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que modificou a definição tradicional de saúde de uma simples ausência de doença para um completo bem-estar biopsicossocial, e buscou romper com o modelo biomédico, curativista e individual intensamente difundido naquela época (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Assim, a história da APS está sobretudo ligada às tentativas da OMS de traduzir em ação o novo significado atribuído à saúde.

No mundo pós-guerra, com o avanço da industrialização e dos conflitos entre capital e trabalho, as políticas sociais passaram a ser percebidas como um

incentivo ao crescimento econômico, pois, além de reduzirem a pobreza e as desigualdades e promoverem o acesso à saúde e à educação, essas políticas diminuíam os riscos sociais, aliviando as incertezas e promovendo a estabilização econômica. Logo, esse conjunto articulado de políticas expressa o reconhecimento de algum tipo de responsabilidade pública sobre o bem-estar de todos os cidadãos (NOGUEIRA; BACIL; GUIMARÃES, 2020), sendo a Grã-Bretanha um dos lugares na Europa que mais se destacou na construção do Estado de Bem-Estar Social com a aprovação de uma série de providências na área da saúde, as quais foram se expandindo para os demais países (PREVITALI; FAGIANI, 2017).

Ainda no ano de 1948, o Relatório Dawson, que ficou “engavetado” por quase três décadas, passou a ser utilizado pelo governo britânico para a concepção do Serviço Nacional de Saúde (*National Health System – NHS*). Embora Dawson tenha elucidado a ideia de uma rede interconectada de serviços de saúde e citado, pela primeira vez, a atenção primária como parte desta rede, foi apenas após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que o conceito se difundiu de forma permanente (GUSSO; GOMES, 2020).

Nesse cenário, a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978), realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, e convocada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que a APS universal, integral e equitativa representava o modelo de atenção para se alcançar um nível de saúde que proporcionasse uma vida social e economicamente ativa à população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países membros da OMS, descrevia as ações indispensáveis para o desenvolvimento dos “Cuidados de Saúde Primários”, a saber: educação para a saúde, relacionada a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; vacinação; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e, por fim, fornecimento de medicamentos essenciais. Ademais, nesse documento, a OMS concebeu a saúde como um direito humano e propôs atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000” (PISCO; PINTO, 2020).

Por conseguinte, é válido ressaltar que a compreensão de APS trazida pela Declaração de Alma-Ata contemplou três componentes principais: 1) acesso universal

e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; 2) indissociabilidade da saúde com o desenvolvimento econômico-social, admitindo-se os determinantes sociais; e 3) participação social (GIOVANELLA, 2018); características que fundamentam até hoje os sistemas universais de saúde, a exemplo do SUS, no Brasil, e o *NHS* britânico.

Na contramão das propostas difundidas por Alma-Ata, a Conferência de Bellagio realizada no ano seguinte (1979), na Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, teve como objetivo principal propor uma atenção primária seletiva, baseada em programas focados em populações em situação de pobreza. Esse novo modelo de atenção se disseminou pelo mundo e foi patrocinado por agências e fundações internacionais, oferecendo ações de saúde simples e de baixo custo, sobretudo para áreas rurais (SANTOS, 2019). Entretanto, tal abordagem seletiva da saúde, que correspondia mais a uma “cesta básica” de serviços médicos restritos, foi duramente criticada por alguns estudiosos, sendo referida como “primitiva” ou uma “medicina pobre para pobres” (GIOVANELLA, 2018).

Nesse contexto, atores poderosos na saúde global, como o Banco Mundial e a Fundação Ford, continuaram resistindo à versão da APS articulada em Alma-Ata argumentando que uma atenção universal e integral não era viável em ambientes com poucos recursos. Com isso, a OMS e o UNICEF abandonaram a visão abrangente da APS e passaram a promover programas baseados na APS seletiva. Não obstante os resultados positivos na redução da morbidade e mortalidade materno-infantil, as intervenções financiadas como parte do esforço global para a APS seletiva eram de escopo estreito e pouco fizeram para fortalecer os sistemas de saúde ou para integrar respostas abrangentes e intersetoriais e, assim, substituíram o empoderamento da comunidade e a verdadeira participação popular por uma visão instrumental de educação comunitária (ABADÍA-BARRERO; BUGBEE, 2019).

Já em 1993, o Relatório de Desenvolvimento Mundial intitulado “Investindo na Saúde”, do Banco Mundial, desafiou ainda mais o financiamento do modelo de saúde apresentado em Alma-Ata ao prover uma plataforma para estratégias econômicas neoliberais que defendia a redução do papel estatal na prestação dos cuidados de saúde. Em 2000, o Relatório Mundial de Saúde, divulgado pela OMS e intitulado “Sistemas de Saúde: aprimorando a performance”, examinou custos e eficácia; o enfoque nas melhorias na saúde tornou-se ainda mais isolado com a publicação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), das Nações Unidas, com foco na cura e prevenção de doenças (RIFKIN, 2018a; WHO, 2000).

Somente em 2008, no 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, a APS voltou a ocupar o primeiro lugar na agenda da saúde da OMS. Inicialmente, o relatório “Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca” propôs um conjunto de reformas em torno da cobertura universal, da prestação de serviços, da política pública e da liderança (WHO, 2008a). Em seguida, um relatório publicado pela Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde, ainda em 2008, evidenciou que os determinantes sociais (renda, educação, condições de vida e contexto social, econômico e político) eram essenciais para a melhoria da saúde da população (WHO, 2008b).

Após esse período, o mundo enfrentou uma nova crise econômica que, mais uma vez, resultou em mudanças na saúde, determinando, por outro lado, a concepção de uma política mais concreta pela OMS. Em 2010, no relatório “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal”, a OMS colocou a cobertura universal em saúde no contexto da APS com base nos direitos humanos e na equidade (WHO, 2010; RIFKIN, 2018b). Por conseguinte, em 2015, a cobertura universal tornou-se um indicador de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo referida pelo atual diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, como o pilar de sustentação da futura política da organização, tendo como alicerce a equidade e o envolvimento da comunidade (GHEBREYESUS, 2017).

Recentemente, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS realizou em Astana, Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde (2018) a fim de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde, bem como dos ODS. Todavia, essa nova reunião ocorreu em um contexto bastante diferente, caracterizado por políticas de austeridade, crise migratória e constantes ameaças à democracia (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Mesmo assim, a nova declaração reconhece a importância crescente das doenças não transmissíveis, incluindo questões de saúde mental, lesões e os impactos das mudanças climáticas na saúde (WALRAVEN, 2019).

Sobre a Declaração de Astana, existem ideias divergentes acerca da sua relevância para o desenvolvimento de uma APS integral. Alguns autores sugerem que ela pode marcar o início de um futuro melhor para os cuidados de saúde primários, enquanto outros acreditam que as propostas definidas em Astana restringem o direito à saúde ao asseguramento de uma cesta de serviços, reeditando uma APS seletiva

que não considera a saúde como um direito universal (GIOVANELLA *et al.*, 2019; PISCO; PINTO, 2020).

O quadro 1 apresenta a síntese dos principais marcos documentais abordados neste projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado. Foi possível identificar que o contexto histórico (considerando o cenário político, social, econômico, científico e/ou cultural) que permeia o desenvolvimento da APS no mundo foi marcado por períodos de instabilidade, sobretudo na política e na economia, o que influenciou diretamente os modelos de saúde adotados pelas nações, visto que, com a expansão do capitalismo, suas ações estavam (e continuam) atreladas aos interesses de organizações que financiam o desenvolvimento socioeconômico mundial.

Quadro 1 – Principais marcos documentais do desenvolvimento da APS no mundo.

ANO	DOCUMENTO	DIREÇÃO	CONTEXTO HISTÓRICO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
1910	Relatório Flexner <i>Medical Education in the United States and Canada</i>	Modelo biomédico	Sociedade marcada pela falta de regulamentação da profissão médica e pelo excesso de escolas médicas regidas pelas leis de mercado; desvalorização do humanismo no contexto da prática médica; avanços tecnológicos no setor saúde, sobretudo no campo da microbiologia, e ideal positivista (ciência cartesiana) da saúde.	Propôs um modelo de reformulação do ensino médico no qual havia um claro privilégio ao entendimento biológico do processo saúde-doença, favorecendo as especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão integral do paciente; modelo flexneriano.
1920	Relatório Dawson <i>Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services</i>	APS abrangente	Com o fim da Primeira Guerra Mundial, em 1918, e o avanço dos conflitos entre capital e trabalho, os governos passaram a intervir na economia e a investir em políticas sociais. Assim, expandiu-se o modelo de <i>Estado de Bem-Estar Social</i> , cujo o Estado se encarrega da promoção e defesa social.	Foi considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida.
1974	Relatório Lalonde <i>A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document</i>	APS abrangente	Após a Segunda Guerra Mundial (1945), os EUA queriam manter o capitalismo existente, enquanto a URSS almejava expandir o socialismo, dando início a “Guerra Fria”. Em 1948, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), que ampliou o conceito de Saúde e influenciou alguns países a reconhecerem a subordinação dos agravos à saúde a fatores sociais e suas variantes.	Relativizou a eficácia da medicina e da ciência em geral na manutenção de boas condições de saúde na população canadense. Tinha o objetivo de ampliar a visão corrente de saúde, sendo ela uma consequência comum a características presentes em quatro categorias: 1) estilo de vida; 2) condições biológicas; 3) ambiente; e 4) serviços de saúde.
1978	Declaração de Alma-Ata	APS abrangente	Na década de 1970, a crise do petróleo alterou a dinâmica comercial entre os países e suscitou uma série de estratégias para o desenvolvimento. Com isso, diversas conferências internacionais ocorreram até o final da década, sendo esses eventos referidos como uma espécie de agenda da Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI).	Demandou aos governos esforços na busca da Promoção de Saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que a APS universal, integral e equitativa representava o modelo de atenção para se alcançar um nível de saúde que proporcionasse uma vida social e economicamente ativa à população.
1979	Declaração de Bellagio	APS seletiva	Em meio à Revolução Iraniana ocorrida em 1979, o mundo passa pelo segundo Choque do Petróleo, havendo corte na sua venda e distribuição. Com a economia ainda em crise, algumas agências e fundações internacionais passaram a financiar programas em países em desenvolvimento, os quais objetivavam expandir a cobertura da APS a partir de ações de saúde simples e de baixo custo.	Surgiu da crítica feita à concepção de APS da Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade. Logo, disseminou internacionalmente, uma noção seletiva da APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos em situação de pobreza.

1993	Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - 1993 (Banco Mundial) <i>Investing in Health</i>	APS seletiva	A partir dos anos 1980, ocorreu um movimento progressivo de deslocamento do poder político e financeiro e de incorporação da OMS ao ideário neoliberal das grandes potências. Com isso, ao longo dos anos 1990, o Banco Mundial começou a pautar a própria agenda da OMS, o que fez ela mudar o seu próprio sentido político-ideológico.	Propôs a redefinição do papel do Estado e do mercado no setor saúde sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal. Assim, formulou convite para que a comunidade de doadores investisse mais em saúde ao demonstrar que existiam intervenções altamente efetivas que mereceriam ser apoiadas.
2000	Relatório Mundial de Saúde - 2000 <i>Health systems: improving performance</i>	APS seletiva	No início do século XXI, a OMS apoiou um novo tipo de universalismo com base na ideia acerca da impossibilidade da oferta pública de todos os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que defendeu a incorporação dos mais pobres ao mercado privado de saúde. Concomitantemente, a economia mundial passava por um período de prosperidade e estabilidade, até o final de 2007.	Foi considerado o primeiro tipo de investigação que ampliou a análise da “combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades” dos sistemas de saúde. De acordo com o documento, as “falhas” nos sistemas de cobertura universal levaram os países a buscarem sistemas mais eficazes, equitativos e acessíveis.
2008	Relatório Mundial de Saúde - 2008 <i>Primary Health Care - now more than ever</i>	APS abrangente	No decorrer dos anos 2000, a redemocratização e a assunção de governos latino-americanos, comprometidos com justiça social, instigaram processos de revitalização da APS. Por outro lado, com a crise mundial de 2008, ampliaram-se críticas e combates contra as políticas universais.	Reconheceu a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base em uma atenção primária forte e de qualidade, sendo esta APS a estratégia de organização pautada na saúde como um direito universal, equitativo e solidário.
2010	Relatório Mundial de Saúde - 2010 <i>Health systems financing - the path to universal coverage</i>	APS abrangente	Com a saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise mundial de 2008, a concepção de <i>Cobertura Universal de Saúde</i> pode ter sofrido influência de interesses econômicos, com a proposta de aumento da participação privada no financiamento setorial.	Reforçou a ideia em torno da cobertura universal, advogando que os indivíduos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem sofrer ônus financeiros, mas agora com foco na APS e na redução dos custos catastróficos e dos desembolsos diretos das famílias.
2018	Declaração de Astana	APS abrangente	O final da última década evidenciou um contexto mundial marcado por políticas de austeridade (ascensão de governos populistas de extrema-direita), crises migratórias (aumento no número de refugiados na Europa e no Brasil) e ameaças à democracia em diversos países, além do crescimento da incerteza na política econômica.	Alinhou-se com os <i>Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i> (ODS) e conclamou os países a adotar algumas ações: 1) fomentar políticas ousadas para a saúde em todos os setores; 2) construir uma linha sustentável de cuidados primários de saúde; 3) capacitar indivíduos e comunidades; 4) obter apoio às políticas, estratégias e planos nacionais.

Fonte<sup>1</sup>: Elaboração própria, 2021.

<sup>1</sup> Quadro elaborado com base em: Abreu, 2017; Aguiar, 2003; Bandini; Lucca, 2018; Dawson Report, 1920; Declaration of Alma-Ata, 1978; Declaration of Astana, 2018; Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018; Fausto; Matta, 2007; Flexner, 1910; Giovanella *et al.*, 2019; Giovanella *et al.*, 2018; Giovanella; Mendonça, 2008; Gomes, 2006; Lalonde, 1974; Lavras, 2011; Lima, 2014; Maeyama *et al.*, 2016; Mattos, 2001; Teixeira; Paim, 2018; Warren, 1988; World Bank, 1993; Who, 2000; Who, 2008a; Who, 2010.

## **3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Como descrito anteriormente, a atenção primária englobou um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Acerca da denominação brasileira para a APS, Giovanella (2018) explica que a utilização do termo “Atenção Básica” (AB) pelo Movimento Sanitário Brasileiro pretendia fazer uma distinção ideológica acerca do reducionismo presente na ideia de atenção primária, a fim de conceber um sistema público universal baseado na concepção de cidadania ampliada. Entretanto, a autora enfatiza que ambos os termos contêm imprecisões e podem corresponder a políticas bem diferentes, trazendo implicações para a garantia do direito à saúde.

### **3.2.1 Marcos históricos da Saúde no Brasil**

No território brasileiro, a Atenção Primária à Saúde apresentou uma história singular que, conforme elenca Mendes (2015), pode ser registrada em sete ciclos de desenvolvimento, os quais serão brevemente descritos a seguir.

O primeiro ciclo iniciou com a provável influência do pensamento dawsoniano, na década de 1920, a partir da criação dos Centros de Saúde pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Nesse contexto, um marco que merece destaque foi a oficialização do “Instituto de Hygiene” vinculado à USP, em 1924, por meio da qual a saúde pública passou a ser vista de modo interdisciplinar, e não mais como uma atribuição exclusivamente médica (ANDRADE, 2018; MENDES, 2015).

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), deu-se início o segundo ciclo de desenvolvimento da APS, na década de 1940. De acordo com Pinheiro (2015), o surgimento dos SESP esteve vinculado aos interesses econômicos e políticos norte-americanos no Brasil, durante a Segunda Guerra Mundial. Conforme a autora explica, as práticas sanitárias desse período visavam, basicamente, ao controle de enfermidades que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e, desse modo, as questões de saúde se transformaram em questões meramente políticas e econômicas (PINHEIRO, 2015; CASTRO; VILAR, 2017).

Em meados dos anos 1960, o terceiro ciclo começou a se desenvolver nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). No início dessa década, houve o fortalecimento do SESP, que se tornou uma fundação vinculada ao Ministério da Saúde – a FSESP, sendo pioneira no atendimento domiciliar e inovando a assistência médica sanitária, além de propor medidas preventivas e aplicar métodos de capacitação em Saúde Pública. Ademais, a FSESP focalizou suas ações em “programas de saúde pública”, especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas, promoveu a interiorização de suas medidas e, de modo geral, o aperfeiçoamento da saúde do coletivo (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020; MENDES, 2015). Entretanto, com o Golpe Militar ocorrido em 1964, Carvalho, Rodrigues e Rosa (2020) afirmaram que as expectativas de melhoria da política de saúde pública não foram atendidas.

Por conseguinte, nos anos 1970, a criação de programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), permitiu a atuação do movimento sanitário brasileiro na esfera pública e resultou na expansão da rede de serviços ambulatoriais, dando início ao quarto ciclo de desenvolvimento da APS (CARVALHO; RODRIGUES; ROSA, 2020; MENDES, 2015). Concomitante ao cenário internacional, a Conferência de Alma-Ata, realizada no final da década de 1970, traduziu e ratificou uma APS baseada em programas de atenção primária, que almejavam, entre outros objetivos, a extensão da cobertura (*Ibid.*, 2015).

Já nos anos 1980, continuou-se o debate sobre a participação do Estado na saúde enquanto novos modelos práticos aconteciam no Brasil e no mundo (SANTOS; ESPERIDIÃO, 2019). De modo concomitante, no país, a crise da previdência provocou um fortalecimento da associação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os serviços públicos de saúde, possibilitando a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, as quais levaram para o interior das unidades de APS do sistema público elementos da cultura de atenção médica do INAMPS (*Ibid.*, 2019). Tais eventos associados à luta pela redemocratização nacional caracterizam, segundo Mendes (2015), o quinto ciclo de desenvolvimento da atenção primária no Brasil.

No final da mesma década, a criação do SUS levou a um sexto ciclo que se consolidou por meio da municipalização das unidades estaduais de APS, provocando a expansão dos cuidados primários no país (*Ibid.*, 2015). Nesse cenário,

Carvalho, Rodrigues e Rosa (2020) destacaram que o SUS foi implantado gradualmente, seguindo a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (MS) e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Ademais, esses autores ressaltaram que a instituição do SUS possibilitaria acesso igualitário aos cidadãos, embasado em seus princípios e diretrizes já delineados na Constituição de 1988.

Por último, o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS brasileira, denominado ciclo da atenção básica à saúde, iniciou com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e segue em vigência até os dias atuais. Para Mendes (2015), a principal influência desse ciclo derivou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas também foi influenciado pelos modelos de Medicina de Família e Comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba. Ainda, nesse novo ciclo, priorizou-se a dimensão qualitativa da APS, pois, nesse momento, a atenção à saúde passou a fazer mais e melhor, de maneira distinta do modelo de atenção primária seletiva que privilegiava a expansão quantitativa da saúde.

A propósito, sobre a atenção primária seletiva, faz-se essencial destacar os seus principais aspectos e compará-los aos da APS abrangente, enfatizando as características e abrangência de ambas as concepções no cenário brasileiro. Enquanto esta última concepção de atenção primária é caracterizada como um “conjunto de serviços integrados a um sistema de saúde de acesso universal”, que tem como atributos principais a prestação de serviços de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, a APS seletiva corresponde a uma atenção direcionada a grupos populacionais específicos, com pacote limitado de serviços e baixa resolutividade (MOREIRA *et al.*, 2020).

Assim, como descrito no início desse tópico, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira adotou o termo Atenção Básica (AB) logo nos primeiros anos após a criação do SUS, justamente para fazer uma diferenciação ideológica à concepção de APS seletiva (CECILIO; REIS, 2018). Com isso, os mesmos autores discorrem que o conceito de AB construído no país é equivalente ao de uma APS abrangente e não significa uma simples reprodução de experiências e formulações internacionais, mas representa o fruto de um processo político que sempre almejou a construção de um sistema de saúde público, gratuito e universal.

### 3.2.2 APS no Brasil: programas e estratégias

Durante a década de 1990 e nos anos 2000, o Ministério da Saúde buscou a legitimação e, conseqüentemente, um resgate da atenção primária no Brasil, e isso ocorreu inicialmente por meio de dois programas estratégicos: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família – PSF (RIBEIRO, 2007).

O incentivo à implementação desses programas passou a ser considerado um elemento permanente para a consolidação do SUS no país, visto que a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde consistiu em um referencial para o alcance da cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Entretanto, essa experiência inicial ainda mantinha características de uma APS seletiva, pois, ao ser implantado, o PSF tinha foco em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com a rede assistencial. Somente com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003, a APS começou a apresentar um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS (*Ibid.*, 2012).

Nesse contexto, Moreira e colaboradores (2020) consideraram a ESF como o principal mecanismo estruturante da APS no Brasil, ainda que outros modelos de equipes sejam previstos pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017). A partir das ações desenvolvidas pela ESF, pôde-se visualizar um grande avanço na extensão da cobertura populacional e uma relação inversa com a taxa de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica à saúde, ainda que, na atualidade, persistam desafios acerca da integralidade do cuidado, do financiamento da AB e da articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CECILIO; REIS, 2018; MOREIRA *et al.*, 2020).

Ainda sobre a ESF, uma característica marcante é o estabelecimento de uma equipe composta por vários profissionais (equipe de Saúde da Família – eSF), englobando, no mínimo: (I) médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (ACS); podendo ser adicionados os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Assim, cada eSF deve ser responsável por 4 mil pessoas, no máximo, com uma média recomendada de 3 mil pessoas, definida com base nos critérios de

equidade e vulnerabilidade, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser o número de usuários por equipe (BRASIL, 2021b).

Ao longo dos anos, diversos programas foram instituídos com vistas a superar os inúmeros desafios que permeavam a atenção primária no Brasil, sobretudo no contexto da ESF. Dentre eles, pode-se destacar a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com o intuito de ampliar o escopo de ações da atenção básica e melhorar a resolutividade nesse nível de atenção, e a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, para o enfrentamento da escassez de médicos no país, especialmente para atuarem no âmbito da AB (ALVES, 2017; BRASIL, 2014; CECILIO; REIS, 2018).

As normativas do Ministério da Saúde que regulamentavam as ações do NASF passaram por algumas reformulações, sobretudo em relação à composição e nomenclatura de suas equipes (MOREIRA *et al.*, 2020). Em 2017, a nova PNAB estabeleceu que os núcleos se chamariam Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB (BRASIL, 2017). Mais tarde, a portaria ministerial nº 99 de 07 de fevereiro 2020 denominou as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária – eNASF-AP. (BRASIL, 2020a). Em outro documento, a nota técnica nº 3 de 27 de janeiro de 2020, o MS elimina, na prática, os núcleos multiprofissionais que atuavam qualificando a atenção básica e, desse modo, extingue o incentivo financeiro e o credenciamento de novas equipes, assim como permite aos gestores adotarem qualquer modelo de equipe (BRASIL, 2020b).

Com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instuído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) [...]. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas (*Ibid.*, 2020b, p.1).

Reis e Meneses (2020) destacaram que a ausência de financiamento específico para as equipes NASF-AB pode estar associada ao risco de desmonte da atenção primária, pois isso implica limitação da atuação multiprofissional e, conseqüentemente, diminuição do acesso da população a especialidades que, anteriormente aos núcleos, eram acessadas somente na atenção secundária, a qual

não cumpre os mesmos objetivos da AB. Por último, Moreira e colaboradores (2020) lembraram que a atuação e o desempenho das equipes NASF-AB já trouxeram grandes contribuições para a APS, seja em relação à ampliação do escopo de práticas ou à melhoria da saúde e bem-estar da população brasileira, em diversas regiões.

Sobre o “Mais Médicos”, ressalta-se que o programa incluía um conjunto de iniciativas adotadas pelo governo federal capaz de reformular políticas públicas, especialmente no campo da AB (BRASIL, 2015). Uma análise do livro lançado pelo MS sobre os dois anos do PMM, em 2015, destacou um dos empecilhos à expansão da ESF – a dificuldade de provimento e retenção de médicos em determinadas áreas do país (ALVES, 2017). Tal programa foi substituído, em 2019, pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), o qual se estrutura em alguns acertos do PMM para sistematizar o seu funcionamento e transpor obstáculos já constatados pelo seu antecessor (MELO NETO; BARRETO, 2019). Ainda, os mesmos autores inferem que o PMB se apresenta como uma política mais frágil que o PMM, com foco no provimento de médicos e em risco de não alcançar os seus objetivos enquanto política pública, além de dar margem à privatização dos serviços de atenção primária e do SUS como um todo.

No campo das políticas públicas, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterou e revogou dezenas de portarias existentes até 2006 – ano em que foi aprovada a sua primeira versão, considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais da AB (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Por conseguinte, o MS publicou mais dois documentos revisando a PNAB anterior, um em 2011 e outro em 2017; essa última versão suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, as quais denunciaram a revogação da prioridade dada à ESF na organização do SUS e a provável perda de recursos financeiros, bem como demonstraram preocupação com retrocessos em torno da construção de uma APS integral (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Em contrapartida, tais autores defendem o estabelecimento dos princípios do SUS como valores éticos, proibindo a sua transgressão ou mesmo flexibilização diante de uma reconfiguração das políticas de saúde, seja em função de crise econômica ou necessidades do mercado.

Em linha gerais, pode-se dizer que as políticas públicas direcionadas para o fortalecimento da APS, no Brasil, foram e continuam sendo instrumentos importantes que contribuem para o estabelecimento dos princípios e diretrizes do

SUS, mesmo com todos os empecilhos e lacunas existentes no cenário nacional. O quadro 2 elenca as principais normativas da APS brasileira, desde a Constituição de 1988 até as implicações do novo modelo de financiamento da APS sobre o NASF-AB, em 2020.

Quadro 2 – Marcos legais da APS no Brasil a partir da criação do SUS.

ANO	DOCUMENTO	TEMA
1988	Constituição Federal: Artigos 196-200 (Seção II: Da Saúde)	Reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
1990	Lei nº 8.080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1990	Lei nº 8.142/90	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências.
1991	Resolução nº 258/91 (NOB-SUS nº 01/91)	Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do SUS para 1991.
1991	Decreto nº 100/91	Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.
1993	Resolução nº 545/93 (NOB-SUS nº 01/93)	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da NOB-SUS nº 01/93.
1994	Portaria nº 692/94 (Programa Saúde da Família)	Dispõe sobre a criação, enquanto metas do Ministério da Saúde, do PISUS (Programa de Interiorização do SUS) e do PSF (Programa de Saúde da Família).
1996	Portaria nº 2.203/96 (NOB-SUS nº 01/96)	Aprova a NOB-SUS 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.
1997	Portaria nº 1.882/97 (Piso da Atenção Básica)	Estabelece o Piso da Atenção Básica e sua composição.
1997	Portaria nº 1.886/97	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF.
1998	Portaria nº 3.925/98	Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS, constante do Anexo I desta Portaria.
1999	Decreto nº 3.189/99	Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências
2000	Emenda Constitucional nº 29	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal (CF) e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

2001	Portaria nº 95/2001 (NOAS-SUS 01/2001)	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
2002	Portaria nº 373/2002 (NOAS-SUS 01/2002)	(Revisão da NOAS-SUS 01/2001)
2006	Emenda Constitucional nº 51	Acrescenta os parágrafos 4º, 5º e 6º ao art. 198 da CF.
2006	Portaria nº 399/2006 (Pacto pela Saúde)	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto.
2006	Portaria nº 648/2006 (PNAB)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS.
2008	Portaria nº 154/2008 (NASF)	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
2009	Portaria nº 2.048/2009	Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde.
2010	Portaria nº 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS.
2010	Emenda Constitucional nº 63	Altera o parágrafo 5º do art. 198 da CF para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.
2011	Decreto nº 7.508/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.
2011	Portaria nº 1.654/2011 (PMAQ-AB)	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
2011	Portaria nº 2.488/2011 PNAB (Revisão)	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PACS.
2012	Lei Complementar nº 141	Regulamenta o parágrafo 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes da Federação em ações e serviços públicos de saúde; revoga dispositivos das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.689/1993; e dá outras providências.
2013	Lei nº 12.871/2013 (Programa Mais Médicos)	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745/1993 e nº 6.932/1981, e dá outras providências.
2015	Emenda Constitucional nº 86	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.
2017	Portaria nº 2.436/2017 (Nova PNAB)	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
2019	Portaria nº 2.979/2019 (Programa Previne Brasil)	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS.
2020	Nota técnica nº 3/2020 (NASF-AB e Previne Brasil)	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. (Ratifica a revogação das normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB, bem como o não credenciamento de novas equipes com essa tipologia).

Fonte: Elaboração própria, 2021.

### 3.2.3 Processo de Trabalho na ESF e no NASF-AB

Conceitualmente, o processo de trabalho no campo da saúde compreende um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, por meio do qual os indivíduos, suas famílias e grupos sociais/comunidade representam o objeto de trabalho, enquanto os saberes e métodos constituem os instrumentos que resultam na atenção à saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). Tal como o nome pressupõe, o processo de trabalho é algo dinâmico, em constante construção, passível de sofrer influência dos mais diversos fatores, como o modelo vigente de produção, proteção e promoção da saúde (DA SILVA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, Nascimento e Cordeiro (2019) ampliam o referido conceito ao citarem a sua fundamentação na teoria marxista, segundo a qual o processo de trabalho é constituído por cinco elementos – agente(s), objeto(s), produto(s), instrumento(s) e finalidade(s) das ações, que representam categorias de análise utilizadas para compreender as práticas de saúde. Ainda, Brito, Mendes e Santos Neto (2018) mencionam que, ao longo dos anos, esse processo sofreu profundas transformações com o capitalismo, as quais, no âmbito da saúde, permitiram o avanço do conhecimento para a preservação da vida, porém perpetuaram a fragmentação do indivíduo e das suas próprias necessidades.

No cenário nacional, a nova PNAB, que revisou as diretrizes para a organização da atenção básica no país, define as características fundamentais do processo de trabalho neste nível de atenção. Essa política considera a equipe de Saúde da Família (EqSF) como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, pois favorece a reorientação desse processo com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Do mesmo modo, a equipe NASF-AB (eNASF-AB) “deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na AB em suas análises e manejos” (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, das 19 características do processo de trabalho definidas pela PNAB, pode-se destacar: porta de entrada preferencial; acesso; acolhimento; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização; participação do planejamento local de saúde; programação e implementação das

atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população; desenvolvimento de ações intersetoriais; formação e educação permanente em saúde; trabalho em equipe multiprofissional (*Ibid.*, 2017). Percebe-se, a partir desses e de outros aspectos, que se faz necessário o deslocamento de um processo de trabalho centrado em procedimentos para outro focado no usuário, com ênfase em ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais.

Assim, ao retomar os elementos do trabalho em saúde na perspectiva das características apresentadas, pode-se mencionar como agentes as próprias equipes, referindo-se aqui aos profissionais que compõem a ESF e o NASF-AB; além disso, é possível existir outros agentes, os quais também podem ser considerados objetos, conforme afirma Nascimento e Cordeiro (2019). Em relação à identificação do objeto, um estudo qualitativo realizado por Brito, Mendes e Santos Neto (2018) evidenciou o reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e uma comunidade; tal resultado revela o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da atenção básica, no qual, segundo os mesmos autores, o objeto extrapola a dimensão individual a fim de assumir uma determinação social.

No que se refere à construção do produto, intimamente relacionado ao objeto e à produção do cuidado, deve-se considerar a ampliação de alguns processos intermediários, tais como: a capacidade de resposta aos problemas de saúde; o escopo de ofertas de cuidado; a articulação com a rede de serviços de saúde e outros setores; as ações de promoção, recuperação e reabilitação; e a prevenção e tratamento de doenças, agravos, danos e riscos à saúde. Os instrumentos do processo de trabalho, por sua vez, englobam tanto uma orientação clínica (saber clínico, de núcleo e campo do saber, atendimentos individuais, etc.) quanto de intervenção coletiva (trabalho em equipe, reuniões, apoio matricial, etc.). Por último, a finalidade do trabalho na AB pode ser considerada a defesa de uma vida saudável para os sujeitos (BRASIL, 2014; NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

A partir do exposto, faz-se pertinente destacar algumas considerações específicas sobre a organização do processo de trabalho entre a ESF e o NASF-AB, cujas equipes devem interagir harmoniosamente, visando uma assistência integral e resolutiva ao usuário dos serviços de saúde. Nesse sentido, Da Silva e colaboradores (2017) apontaram que a interrelação dos diversos núcleos de saberes dentro dessas equipes é um aspecto importante do cuidado, pois para se alcançar a finalidade do

trabalho em saúde é necessária a integração de conhecimentos que contemplem os múltiplos fatores que interferem no processo de saúde-doença.

Em contrapartida, são identificados diversos fatores que dificultam e desafiam o processo de trabalho no contexto das equipes de saúde na AB, sobretudo do NASF-AB, tais como os descritos por Nascimento e Cordeiro (2019, p. 2): “a lógica de atuação ambulatorial, a resistência por parte das equipes de saúde da família em aceitar o modelo de apoio matricial e o maior foco em atividades assistenciais em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças”, entre outros. No âmbito da ESF, Farias e colaboradores (2018) verificaram por meio de um estudo quantiquantitativo, desenvolvido com trabalhadores de unidades de saúde da família (USF) de João Pessoa-PB, a inexistência de diálogo dentro das equipes em virtude de dificuldades relacionais entre os profissionais de saúde, o que desencadeava a centralização de decisões em relação ao processo de trabalho na figura do(a) Enfermeiro(a), distanciando-se, assim, da lógica de trabalho interprofissional.

Acerca do acolhimento, verifica-se na literatura uma íntima relação dessa característica do processo de trabalho com outras descritas na PNAB, como o acesso, a porta de entrada preferencial e o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização. Clementino e colaboradores (2015) apontaram que por meio do acolhimento os usuários podem ter mais acesso aos serviços de saúde. Já Farias e colaboradores (2018) afirmaram que a sua execução facilita a entrada no serviço, reduz o tempo de espera e o mau direcionamento de consultas, bem como favorece a eleição de prioridades e o aumento do vínculo na atenção básica.

No que tange à intersetorialidade, um dos princípios organizativos da AB, Fontana, Lacerda e Machado (2016, p. 77) a definem como “a articulação e o envolvimento da saúde com outros setores, seja no planejamento de ações ou no alcance de metas comuns”. Para os mesmos autores, as ações compartilhadas buscam respeitar o princípio da integralidade possibilitando que todos os profissionais se mantenham responsáveis pelo cuidado (corresponsabilização), além de qualificar o processo de trabalho. Ainda sobre isso, Brito, Mendes e Santos Neto (2018) enfatizam que, no campo da ESF, mais do que promover ações intersetoriais, o trabalho deve ser articulado e fortalecer vínculos com equipamentos sociais, além de manter a associação entre desigualdade social e saúde.

Por último, é válido ressaltar duas características do processo de trabalho cujo objeto são as próprias equipes de saúde ao utilizarem como meios a Educação

Permanente (EP) e o matriciamento. Dolny e colaboradores (2020) citam a EP como uma estratégia educacional, gerencial e política, que pode modificar as práticas de saúde por meio da adoção de um permanente processo de reflexão-ação dos profissionais sobre suas práticas e organização da atenção. Santos e colaboradores (2015) complementam que a Educação Permanente propõe a superação do aprendizado para o trabalho e da lógica pontual das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações.

No âmbito do apoio matricial, Da Silva e colaboradores (2017) relatam que o NASF-AB deve atuar em conjunto com a ESF, compartilhando os desafios e contribuindo para o aumento da resolutividade, assim como para a efetivação da coordenação integrada do cuidado na AB. Ainda, esses autores apontam para um processo de trabalho que atende as demandas dos profissionais das eSF, todavia esse aspecto parece estar mais ligado à capacidade da equipe NASF-AB de diminuir a pressão assistencial, com evidente transferência do cuidado, do que de ofertar apoio matricial com compartilhamento do cuidado.

Em suma, a compreensão do processo de trabalho pelas equipes da ESF e do NASF-AB é importante para os profissionais e gestores de saúde, visto que possibilita o reconhecimento das fragilidades que tornam a organização do referido processo um obstáculo ao alcance da oferta do cuidado integral (DA SILVA *et al.*, 2017).

### **3.2.4 Caráter interprofissional da APS no Brasil**

Peduzzi (2016), ao explorar o artigo do professor Scott Reeves sobre Educação Interprofissional (EIP), afirma que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional no sentido da relação recíproca que se estabelece entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde. Para a autora, essa conformação do sistema de saúde brasileiro pode ser compreendida a partir da sua construção e consolidação como um espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade e participação popular.

No âmbito da APS, um estudo realizado no Brasil sobre o impacto da ESF na mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares, de 2000 a 2009, mostrou o sucesso da abordagem integral por meio da articulação de ações de promoção,

prevenção e recuperação da saúde, o que requer atuação integrada e colaborativa de uma gama de profissionais para além do médico, a saber: ACS, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como: fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos e outros, o que evidencia o caráter interprofissional da atenção à saúde e da formação desses profissionais (RASELLA *et al.*, 2014; PEDUZZI, 2016).

Nesse sentido, Barbosa e colaboradores (2020), ao pesquisarem sobre a formação em saúde e interprofissionalidade, afirmam que a ESF se configura como um cenário de prática importante para a construção de um perfil profissional com olhar ampliado sobre as necessidades inerentes à atuação interprofissional. Para Brito e colaboradores (2020), espera-se que na ESF seja consolidado o trabalho interprofissional, firmado pelas ações compartilhadas e colaborativas, com o objetivo de solucionar as necessidades dos usuários. Todavia, ainda existem desafios para a efetivação das práticas colaborativas nos serviços de saúde, e os benefícios alcançados por meio do trabalho interprofissional demonstram a necessidade de maiores investimentos e estudos nessa área.

A discussão sobre o caráter interprofissional da APS brasileira deve abranger, indispensavelmente, as concepções de trabalho em equipe e de prática colaborativa. Por sua vez, o trabalho em equipe, fundamentado na prática colaborativa interprofissional, tem o potencial de produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade, bem como de melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Para que ocorra a consolidação do trabalho em equipe, são necessários elementos que o qualifiquem como dispositivo para o enfrentamento da fragmentação do trabalho em saúde, tais como: comunicação, respeito mútuo, empatia, compartilhamento de saberes e fazeres, articulação de ações e objetivos comuns (CONDELES *et al.*, 2019; BRITO *et al.*, 2020). Nesse sentido, um dos primeiros passos para se estabelecer o trabalho em equipe, conforme afirma Farias e colaboradores (2018), é o acordo sobre os objetivos em comum, que envolve o diálogo e a troca de informações; assim, quando a comunicação não ocorre, há prejuízo para o potencial resolutivo da colaboração frente às necessidades de saúde, visto que a

prática colaborativa também requer uma intensa comunicação e interação entre os profissionais.

A colaboração, enquanto forma de trabalho interprofissional na APS, pode ser compreendida em duas modalidades, que se alternam dependendo das condições e necessidades dos usuários. A primeira delas é a **colaboração em equipe**, em que os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma UBS para melhorar a qualidade da assistência à saúde, colaborando entre si também para aumentar a participação dos usuários no cuidado clínico individual. A segunda é a **colaboração em rede e com a comunidade**, em que os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social. (AGRELI, 2017 *apud* FARIAS *et al.*, 2018, p. 1530, grifo nosso).

Nos serviços de saúde, portanto, podem ser definidas competências específicas para cada profissão, competências para as equipes e competências para o serviço como um todo. Assim, com o objetivo de nortear a prática e a formação para o trabalho colaborativo interprofissional, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* propôs seis domínios de competências interprofissionais aplicadas a todas as profissões da saúde: 1) comunicação interprofissional; 2) clareza de papéis; 3) atenção centrada no usuário; 4) liderança compartilhada; 5) dinâmica de trabalho em equipe; e 6) resolução de conflitos. Essas competências apontam para o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores fundamentais, visando a efetivação da interprofissionalidade e da colaboração nos campos do trabalho e da educação (CIHC, 2010).

No tocante à complexidade das situações vivenciadas na APS, a relação estabelecida entre as equipes da ESF e do NASF-AB evidencia uma importante ferramenta de colaboração interprofissional para o desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas e, nesse cenário, a consulta compartilhada ou interconsulta, por exemplo, se apresentam como um espaço que possibilita a integração de saberes e práticas em ato, a qual gera experiência para todos os profissionais envolvidos (DINIZ, 2019).

Em contrapartida, um estudo realizado por Da Silva e colaboradores (2017) apontou algumas fragilidades no planejamento e execução de ações conjuntas entre equipes da ESF e do NASF-AB, destacando-se novamente a tendência para a

transferência do cuidado, em detrimento do desenvolvimento do trabalho compartilhado. Ainda, Diniz (2019) elencou algumas fragilidades na prática interprofissional colaborativa em outras equipes, tais como: a falta de sincronia entre os profissionais envolvidos na consulta, o tempo limitado para o desenvolvimento da consulta e a rotatividade de profissionais.

A partir do exposto, verifica-se uma forte aproximação das equipes de atenção básica (ESF e NASF-AB) com a perspectiva interprofissional do trabalho em saúde e, concomitantemente, a existência de desafios no cotidiano de trabalho de seus profissionais. Para Farias e colaboradores (2018), tais equipes devem conduzir suas práticas a reflexões conjuntas, em que a colaboração dos profissionais ajude a reconhecer lacunas na perspectiva do trabalho interprofissional, auxiliando o processo de construção da interprofissionalidade na saúde.

### **3.3 Capítulo Original 1**

Na Seção Apêndices, integrando este referencial teórico, é apresentado o Capítulo Original 1, intitulado “Trabalho em equipe, Interprofissionalidade e Colaboração em Saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros” (Apêndice 1), publicado no livro digital “Interprofissionalidade e Colaboratividade na formação e no cuidado no campo da Atenção Primária a Saúde” (DIAS; VASCONCELOS, 2021).

## 4 MATERIAL E MÉTODO

A definição do método e das técnicas de pesquisa definidas para este estudo foi orientada a partir de pressupostos teóricos-chaves do objeto de estudo: trabalho em saúde e trabalho interprofissional. Desse modo, a sua apresentação é de fundamental importância para se compreender o percurso metodológico proposto.

Trabalho em saúde: “ato de cuidar da vida, tendo como objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado” (MERHY; FRANCO, 2009, p. 430).

Trabalho interprofissional em saúde: prática dos profissionais do setor de saúde operacionalizada por meio do trabalho compartilhado e colaborativo com vistas a atender às necessidades de usuários individuais e coletivos (ESCALDA; PEREIRA; CYRINO, 2017; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; MERHY; FRANCO, 2009; D’AMOUR; FERRADA-VIDELA, 2005). A prática interprofissional inclui o trabalho clínico e o não clínico relacionados à saúde, como: diagnóstico, tratamento, vigilância, educação, gestão e promoção da saúde, entre outros (WHO, 2010).

### 4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de casos, com a utilização de método misto (abordagem quantitativa e qualitativa). Para Gil (2017), os estudos de casos contribuem para se conhecer, ampla e profundamente, determinado fenômeno em seu contexto real, e possibilitam, entre outros: (a) a exploração de objetos de estudo cujos limites não são definidos com clareza; (b) a descrição do contexto em que se desenvolve a investigação; (c) a formulação de hipóteses e de teorias e (d) a explicação de variáveis causais de fenômenos complexos.

Os estudos quantitativos são utilizados quando existem questões objetivas coletadas diretamente com as pessoas cujo comportamento deseja-se conhecer. Utiliza instrumentos estatísticos, tanto no momento da coleta de dados como no seu tratamento, por meio de uma enunciação numérica, a fim de aferir as relações entre as variáveis. Além disso, não requer nenhum tipo de intervenção nos fatos estudados, apenas uma observação direta de uma população bem definida. Por sua vez, estudos transversais ou de prevalência apresentam como vantagem a objetividade na coleta

de dados, uma vez que são simples, rápidos e de baixo custo, além da facilidade de obter uma amostra representativa de população (GIL, 2017).

Já os estudos qualitativos, conforme apontado por Gomes e Silveira (2012), apresentam inegáveis contribuições à área da Saúde Coletiva, principalmente nas investigações que buscam desvelar os modos como os sujeitos envolvidos no fenômeno sentem, pensam e agem. Denzin e Lincoln (2011) definem a pesquisa qualitativa como a que tem foco multimetodológico e utiliza abordagens interpretativas e naturalísticas para compreender determinada realidade. Assim, o objeto de estudo é apreendido em seu ambiente natural, e o pesquisador se propõe a lhe atribuir sentido ou a interpretá-lo baseado no significado apresentado pelos sujeitos.

## **4.2 Campo de Estudo**

Foi definido como campo de estudo o município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Para tanto, as unidades de análise foram os profissionais da Atenção Primária à Saúde da referida localidade. João Pessoa está situada na região Nordeste do Brasil e, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada para o ano de 2021 foi de 825.796 habitantes, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de 0,763 (IBGE, 2021).

No que se refere à organização dos serviços públicos de saúde, o município é dividido territorialmente em cinco distritos sanitários, e o nível estruturante de seus serviços é a APS, operacionalizada, principalmente, pela ESF (203 EqSF) e NASF-AB (34 eNASF-AB), com o referido número equipes cadastradas até dezembro de 2020 (DATASUS, 2021). Com esse quantitativo de equipes, a cobertura populacional estimada de EqSF foi de 85,72% para o período considerado (BRASIL, 2021a).

## **4.3 População-alvo**

A população-alvo do estudo englobou os profissionais da ESF (agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e das equipes NASF-AB, em João Pessoa-PB. Considerando o número de EqSF implantadas no município (N=203), o universo de trabalhadores de nível superior é de 609 e o de agentes comunitários de saúde de 1.218 sujeitos. Esse quantitativo de equipes implantadas garante que cerca de 700.350 pessoenses sejam assistidos. Já o total de

trabalhadores dos NASF-AB, que conta com 34 equipes implantadas no município, é cerca de 170 profissionais.

O tamanho amostral para o componente quantitativo foi calculado tomando-se como base o universo desses trabalhadores em João Pessoa-PB, separadamente, a probabilidade de ocorrência do evento de 50% (para cálculo do maior tamanho amostral) e um erro amostral de 5%. Para isso, utilizou-se a fórmula:  $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$  ( $n$ : amostra calculada,  $N$ : população,  $Z$ : variável normal,  $p$ : real probabilidade do evento,  $e$ : erro amostral). A partir desses critérios, foi definida a amostra aleatória mínima, ao nível de confiança de 95%, para cada grupo de trabalhadores, sendo: profissionais da ESF ( $n=318$ ) e do NASF-AB ( $n=119$ ).

A amostra não-probabilística (intencional) utilizada para aplicar o instrumento qualitativo foi definida usando-se o critério de saturação teórica, entendida como o momento em que a interação entre o campo da pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização. Assim, os procedimentos para definir a saturação teórica obedeceram ao que foi proposto por Fontanella *et al.* (2011). Optou-se, pois, pela amostragem intencional com informantes-chaves, visto que eles puderam dar informações profundas e amplas que geraram explicações úteis acerca do objeto de investigação (BISOL, 2012).

#### **4.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta**

Para gerar os dados quantitativos, aplicou-se três instrumentos distintos a uma amostra aleatória de trabalhadores das equipes da ESF ( $n=349$ ) e do NASF-AB ( $n=120$ ), em João Pessoa-PB. O primeiro tratava-se de um questionário de elaboração própria, criado com base na literatura científica, para (auto)avaliação do processo de trabalho e do nível de satisfação dos trabalhadores acerca das competências colaborativas e de outros aspectos relacionados à APS; o segundo instrumento englobava a primeira parte (Participação na Equipe) da Escala de Clima de Equipe (ECE), adaptada e validada ao contexto brasileiro por Silva *et al.* (2016); e o terceiro era referente à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), adaptada e validada por Abed (2015). Para garantir a aleatorização da amostra foram criadas duas listas. A primeira com todas as equipes da ESF e a segunda com as do NASF-AB. A partir dessas, as equipes foram sorteadas

por meio do programa de domínio público *Research Randomizer* (<https://www.randomizer.org/>).

A ECE (Anexo 1) permite a avaliação das equipes para monitorar a efetividade do trabalho em equipe, na produção de resultados no cuidado dos usuários, sendo uma escala do tipo *likert* com 5 níveis (5 discordo totalmente a 1 concordo totalmente), que engloba 38 itens e quatro fatores: 1) participação na equipe, 2) apoio para ideias novas, 3) objetivos da equipe e 4) orientação para as tarefas (SILVA *et al.*, 2016). A EJARCI (Anexo 2), por sua vez, foi elaborada para quantificar a atitude dos profissionais de saúde em relação à colaboração interprofissional, sendo composta por 20 afirmações a partir de uma escala também do tipo *likert* com sete níveis (1 discordo totalmente a 7 concordo totalmente), que evidencia o grau de concordância dos respondentes. (FREIRE FILHO *et al.*, 2018).

No presente estudo foram utilizadas 20 variáveis quantitativas, conforme apresentadas no quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Variáveis quantitativas e instrumentos de coleta utilizados no estudo.

VARIÁVEL	ESCALA	FORMATO ORIGINAL	CATEGORIZAÇÃO
Participação na equipe - Ter a atitude "estamos nesta juntos"	ECE*	Temos a atitude "estamos nesta juntos". (1) <i>Discordo totalmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (3) <i>Indiferente</i> ; (4) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (5; 4) Outros (3; 2; 1)
Participação na equipe - Ter contato como equipe	ECE	Temos contato como equipe. (1) <i>Discordo totalmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (3) <i>Indiferente</i> ; (4) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (5; 4) Outros (3; 2; 1)
Disponibilidade para a colaboração interprofissional	EJARCI**	Disponibilidade para a colaboração interprofissional: média dos escores finais obtidos a partir da soma do Grau de concordância de cada uma das 20 questões da EJARCI (20 a 140 pontos).	Alta (>100 pontos) Moderada (60-100 pontos) Baixa (<60 pontos)
Programas de ensino interdisciplinar para a prática colaborativa (Afirmação nº 4)	EJARCI	As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (7; 6) Outros (5; 4; 3; 2; 1)
Orientação para o alcance de objetivos comuns (Afirmação nº 7)	EJARCI	A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente (7) Concordo em grande parte (6; 5) Outros (4; 3; 2; 1)
Disponibilidade para a troca de saberes (Afirmação nº 11)	EJARCI	Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente (7) Concordo em grande parte (6; 5) Outros (4; 3; 2; 1)
Envolvimento na tomada de decisões político-administrativas (Afirmação nº 14)	EJARCI	Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (7; 6) Outros (5; 4; 3; 2; 1)
Uso do próprio julgamento do profissional de saúde (Afirmação nº 16)	EJARCI	Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (7; 6) Outros (5; 4; 3; 2; 1)
Competências específicas próprias dos profissionais da saúde (Afirmação nº 18)	EJARCI	Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes/clientes. (7) <i>Concordo totalmente</i> ; (6) <i>Concordo</i> ; (5) <i>Concordo parcialmente</i> ; (4) <i>Indiferente</i> ; (3) <i>Discordo parcialmente</i> ; (2) <i>Discordo</i> ; (1) <i>Discordo totalmente</i>	Concordo totalmente/concordo (7; 6) Outros (5; 4; 3; 2; 1)

Autoavaliação do trabalho interprofissional na equipe	PRÓPRIA***	Como você avalia o trabalho interprofissional desenvolvido na sua própria equipe? (1) <i>Excelente</i> ; (2) <i>Bom</i> ; (3) <i>Regular</i> ; (4) <i>Ruim</i> ; (5) <i>Muito ruim</i>	Positiva (1; 2) Negativa (3; 4; 5)
Autoavaliação do trabalho interprofissional entre equipes	PRÓPRIA	Como você avalia o trabalho interprofissional entre a sua equipe e a ESF/NASF-AB? (1) <i>Excelente</i> ; (2) <i>Bom</i> ; (3) <i>Regular</i> ; (4) <i>Ruim</i> ; (5) <i>Muito ruim</i>	Positiva (1; 2) Negativa (3; 4; 5)
Realização com o trabalho	PRÓPRIA	Você se sente realizado(a) com o seu trabalho? (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente realizado (1) Realizado (2) Parcialmente realizado/ Não realizado (3;4)
Satisfação com a centralidade do usuário	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com a centralidade do usuário nas ações: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com a clareza de papéis	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com a clareza de papéis entre os membros da equipe: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com a comunicação entre os membros da equipe	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com a comunicação entre os membros da equipe: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com a relação com outros membros	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com a relação com outros membros: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com a infraestrutura da unidade de saúde	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com a infraestrutura da unidade de saúde: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com o salário	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com o seu salário: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com o gestor da unidade de saúde	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com o gestor da unidade de saúde: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)
Satisfação com o gestor municipal	PRÓPRIA	Por favor, indique seu grau de satisfação com o gestor municipal de saúde: (1) <i>Completamente satisfeito</i> ; (2) <i>Satisfeito</i> ; (3) <i>Pouco satisfeito</i> ; (4) <i>Insatisfeito</i>	Completamente satisfeito/satisfeito (1; 2) Pouco satisfeito/insatisfeito (3; 4)

\*Escala de Clima de Equipe; \*\* Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; \*\*\*Elaboração própria a partir de revisão da literatura.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para os dados qualitativos, por sua vez, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com uma amostra intencional de cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e ACS das equipes da ESF e de profissionais que compõem as equipes do NASF-AB ou Equipes Multiprofissionais no município estudado (Apêndices 2 e 3). Conforme já referido, pode-se afirmar que a compreensão do fenômeno deste estudo se encontra em um cenário de complexidade crescente, com atores que têm interesses, percepções e entendimentos distintos, e até contraditórios, sobre o tema (DESLANDES; MINAYO, 2005).

Assim, a entrevista é capaz de identificar essas questões a partir da discussão dirigida a um foco, em tópicos específicos, diretivos e complementares. Nesse contexto, ela se configura como uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2017). Os roteiros norteadores das entrevistas semiestruturadas foram elaborados com base na revisão criteriosa da literatura científica e visam aprofundar o objeto de estudo.

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisadores devidamente treinada para abordar os participantes e aplicar os instrumentos. Inicialmente, os trabalhadores selecionados foram convidados a participar voluntariamente do estudo. Depois do aceite e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 4), a coleta foi realizada no local de trabalho/Unidade Básica de Saúde (UBS), em espaço reservado, sendo priorizado o encontro presencial.

Para a definição dos profissionais informantes-chaves, foram elencadas três Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas USF com orientação para o trabalho colaborativo, isto é, que realizava o acolhimento dos usuários e contava com o apoio da Residência (Médica e/ou Multiprofissional) em sua equipe; e uma USF sem orientação para o trabalho colaborativo; ambas com o mesmo quadro já mencionado de profissionais da ESF e do NASF-AB/equipe Multiprofissional. Logo, foram entrevistados 16 trabalhadores de três unidades de saúde e distritos sanitários distintos. O quadro 4 a seguir sintetiza o perfil destes trabalhadores:

Quadro 4 – Caracterização dos profissionais informantes-chaves (entrevistas).

TIPO DE EQUIPE	PROFISSÃO	SEXO	IDADE (anos)	TEMPO NA APS	TEMPO NA EQUIPE
ESF	Agente Comunitário	F	38	18 anos	16 anos
ESF	Cirurgião-dentista	F	52	13 anos	13 anos
ESF	Médica	F	26	6 meses	3 semanas
ESF	Enfermeira	F	39	9 anos	8 anos
ESF	Cirurgião-dentista	M	53	23 anos	9 anos
ESF	Agente Comunitário	F	39	19 anos	19 anos
ESF	Médico	M	26	3 anos	1 ano
ESF	Enfermeira	F	42	19 anos	1 ano
ESF	Cirurgião-dentista	F	33	9 anos	5 anos
ESF	Enfermeira	F	56	19 anos	6 meses
ESF	Agente Comunitário	F	37	15 anos	15 anos
ESF	Médica	F	36	2 semanas	2 semanas
NASF-AB	Nutricionista	F	44	7 anos	1 ano
NASF-AB	Enfermeira	F	35	11 anos	2 meses
NASF-AB	Farmacêutica	F	29	3 anos	3 anos
NASF-AB	Farmacêutica	F	25	2 anos	1 ano

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Em síntese, uma expressiva parcela dos profissionais entrevistados foi composta por mulheres ( $n=14$ ;  $\%=85,5$ ), atuantes na ESF ( $n=12$ ;  $\%=75$ ), com uma média de idade de 38,1 anos ( $dp=9,58$ ), tinham nível superior ( $n=13$ ;  $\%=81,25$ ), um tempo médio de atuação na APS de 10,7 anos ( $dp=7,60$ ) e um tempo médio na ESF ou NASF-AB/Equipe Multiprofissional de 5,8 anos ( $dp=6,62$ ). As entrevistas duraram em média 23min:42seg e a totalização do tempo de entrevista foi de 06h:19min, gerando um conteúdo transcrito de 167 páginas em formatação padrão.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e submetidas à validação. Além disso, foi realizada a leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações a fim de identificar possíveis erros da transcrição por um sujeito não envolvido no estudo.

#### 4.5 Análise de Dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana, percentual e frequência), utilizando-se o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21. Para a verificação de heterogeneidade entre as variáveis incluídas e os tipos de equipe, foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando nível de significância igual ou menor que 5%. O teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson é indicado para a comparação de dados categóricos nominais, e utilizado para testar a diferença entre duas proporções, além de poder ser empregado na verificação da independência de dois fatores (MIOLA; MIOT, 2022). Para a comparação dos escores da EJARCI entre os tipos de equipe, inicialmente foi testada a normalidade dos dados por meio do Teste Shapiro-Wilk, que indicou distribuição não normal dos dados ( $p < 0,05$ ). Assim, esse procedimento foi conduzido pelo Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para proceder o tratamento dos dados qualitativos oriundos das entrevistas semiestruturadas, foi empregado o método da análise de conteúdo, que Bardin (2016) definia como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visam obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Assim, as transcrições das entrevistas foram submetidas aos processos de pré-análise (leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais), de exploração do material (definição de categorias e identificação das unidades de registro), de tratamento dos resultados, de inferência e de interpretação (condensação e definição das informações para análise, análise reflexiva e crítica dos resultados).

Por último, vale ressaltar que o presente estudo buscou empregar a combinação de métodos e de técnicas de pesquisa (triangulação de métodos), pois essa é uma opção metodológica que possibilita preencher lacunas e realizar uma coleta de informações em campo mais completa (DESLANDES; MINAYO, 2005). Além disso, a utilização de métodos combinados tem sido cada vez mais presente nas pesquisas que envolvem a área da Saúde Coletiva, visto que ela é considerada uma alternativa para se compreender os fenômenos complexos, como aqueles comumente enfrentados nas investigações relacionadas à categoria trabalho em saúde.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (Anexo 3), que foi efetivada por meio do CAAE nº 10794919.2.1001.5188 e parecer nº 3.281.041. Todos os participantes assinaram o TCLE e foram respeitadas todas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos contidas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da amostra quantitativa de trabalhadores das equipes da ESF e do NASF-AB de João Pessoa-PB foi apresentado e discutido anteriormente por Andrade (2021) e Cruz (2021), respectivamente, como visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil da amostra quantitativa. João Pessoa, 2021.

	<i>n</i>	%
<b>Tipo de Equipe</b>		
<i>Estratégia Saúde da Família</i>	349	74,4
<i>NASF-AB</i>	120	25,6
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	360	76,8
<i>Masculino</i>	109	23,2
<b>Desejo de trabalhar na APS</b>		
<i>Sim</i>	350	74,6
<i>Não</i>	119	25,4
<b>Satisfação com seu próprio trabalho</b>		
<i>Satisfeitos</i>	378	80,6
<i>Insatisfeitos</i>	91	19,4

Fonte: Andrade (2021); Cruz (2021).

Considerando os estudos supracitados, a média de idade da amostra foi de 42,7 anos (dp=11,94), o tempo acumulado de trabalho na APS de 7,57 anos (dp=7,63) e o tempo na equipe de 7,42 anos (dp=7,35). O percentual médio de tempo em atividades com membros de sua própria equipe foi de 24,33% (dp= 23,44) e em atividades com membros da outra equipe de 16,61% (dp= 20,56).

Especificamente sobre a Estratégia Saúde da Família, o primeiro estudo mostrou que a força de trabalho no município é composta, majoritariamente, por profissionais do sexo feminino, jovem, e com um maior grau de fixação na ESF ao comparar com outros cenários, com a maioria afirmando o desejo por trabalhar na equipe e sentindo-se satisfeita com o trabalho. Ainda, conforme esse autor, há o predomínio de atuações isoladas e fragmentadas, sendo dedicado um menor tempo às atividades coletivas, com forte desarticulação entre as EqSF e os NASF-AB. Não obstante à falta de interação do trabalho, os sujeitos se consideraram satisfeitos com as competências para o trabalho colaborativo (ANDRADE, 2021).

Em relação ao perfil dos trabalhadores do NASF-AB, o segundo estudo verificou a existência de dez diferentes categorias profissionais, sendo as fisioterapeutas as mais prevalentes, seguidas dos nutricionistas e psicólogos. Nesse estudo, foi encontrada uma predominância de profissionais adultos jovens, do sexo feminino, que desejavam trabalhar no NASF-AB, formados há cerca de nove anos. Além disso, os trabalhadores do NASF-AB estavam satisfeitos com o seu próprio trabalho e com o da sua equipe, com o relacionamento e a comunicação com os outros membros da equipe, com o gestor da unidade, além de satisfeitos com o quanto seu trabalho era centrado nas necessidades dos usuários (CRUZ, 2021).

Nesse contexto, o presente estudo acrescenta ao perfil dos trabalhadores da APS de João Pessoa-PB resultados de natureza qualitativa e quantitativa, que revelam as suas percepções sobre o trabalho em equipe, assim como identificam potencialidades e fragilidades para o trabalho interprofissional.

### 5.1 Estamos juntos e misturados

Os dados quantitativos identificaram que os trabalhadores da APS em João Pessoa possuíam elevada disponibilidade para a colaboração interprofissional (Tabela 2). Na Escala Jefferson, a mediana da amostra foi de 100 pontos e a média de 103 pontos ( $dp=12,66$ ), variando de um mínimo de 64 ao máximo de 140 pontos. Quanto ao tipo de equipe, a mediana dos profissionais da ESF foi de 97 e a média de 97,86 pontos ( $dp=8,64$ ), enquanto a mediana dos trabalhadores do NASF-AB/equipe multiprofissional foi de 120 ( $dp=10,51$ ) e a média de 117,92 pontos. Nesse aspecto, foi identificada diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre os escores na Escala Jefferson e o tipo de equipe, sendo que os trabalhadores do NASF-AB obtiveram escores mais elevados quando comparados aos da ESF.

Tabela 2 – Disponibilidade para colaboração interprofissional (EJARCI)

<b>Tipo de Equipe</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>Max.</b>	<b>Min.</b>	<b>p valor</b>
EqSF + NASF-AB	100	103	$\pm 12,66$	140	64	-
EqSF	97	97,86	$\pm 8,64$	140	64	<b>0,000</b>
NASF-AB	120	117,92	$\pm 10,51$	135	77	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Freire Filho e colaboradores (2018) buscaram comparar atitudes relacionadas à colaboração interprofissional de 63 profissionais da ESF, participantes do Programa Mais Médicos (PMM), e encontraram na EJARCI um mínimo de 88 e um máximo de 139 pontos, com uma média de 119 ( $\pm 12,2$ ) e uma mediana de 121 pontos, indicando uma inclinação dos trabalhadores da ESF para a prática colaborativa; valores superiores ao verificado neste estudo.

Ribeiro e colaboradores (2022) identificaram uma valorização do trabalho colaborativo pelos profissionais das equipes participantes do seu estudo, cujas médias de pontuação na escala foram de 119 pontos ( $\pm 10,63$ ) para as equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e de 126 pontos ( $\pm 6,93$ ) para o NASF. Esses resultados corroboram com os encontrados no presente estudo, no qual os trabalhadores do NASF-AB obtiveram escores mais elevados que os da ESF. Uma possível explicação para a diferença entre a média das equipes NASF-AB e ESF é a natureza do processo de trabalho em cada equipe. Estudo anterior na ESF no município de João Pessoa identificou que essas equipes dedicavam a maior parte de sua jornada semanal de trabalho ao atendimento de demanda espontânea, e conseqüentemente, às consultas individuais (BRITO *et al.* 2018), o que pode comprometer a disponibilidade para a colaboração interprofissional.

Acerca da autoavaliação do trabalho interprofissional de sua equipe a maior parte da amostra considerou como excelente e boa ( $n=404$ ;  $\%=86,2$ ), sendo verificado que, isoladamente, os trabalhadores da ESF autoavaliaram melhor o trabalho interprofissional de sua equipe ( $n=310$ ;  $\%=88,8$ ) em relação aos profissionais do NASF-AB ( $n=94$ ;  $\%=78,3$ ), observando-se diferença estatisticamente significativa ( $p=0,004$ ) entre os tipos de equipe por meio do teste qui-quadrado de Pearson; como visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 – Autoavaliação do trabalho interprofissional na própria equipe

Tipo de Equipe	Positiva		Negativa		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	404	86,1	65	13,9	-
EqSF	310	88,8	39	11,2	<b>0,004</b>
NASF-AB	94	78,3	26	21,7	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Já em relação a autoavaliação do trabalho interprofissional entre as equipes (ESF x NASF-AB), a maior parte da amostra autoavaliou o trabalho como excelente e bom (n=308; %=65,7) e, isoladamente, os trabalhadores do NASF-AB (n=88; %=73,3) autoavaliaram melhor o trabalho interprofissional entre as equipes quando comparados aos da ESF (n=220; %=63,0). Nesta variável, o teste do qui-quadrado também foi significativo (p=0,040); como exposto na Tabela 4.

Tabela 4 – Autoavaliação do trabalho interprofissional entre as equipes

Tipo de Equipe	Positiva		Negativa		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	308	65,7	161	34,3	-
EqSF	220	63,0	129	37,0	<b>0,040</b>
NASF-AB	88	73,3	32	26,7	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O cenário identificado na autoavaliação do trabalho interprofissional pelos profissionais de saúde deste estudo evidenciou que, quando se avalia o trabalho no âmbito intrínseco da própria equipe, os profissionais da ESF autoavaliam melhor que os do NASF-AB. Em contrapartida, quando se avalia o trabalho que ocorre ou deveria ocorrer entre tais equipes da atenção básica, os profissionais do NASF-AB autoavaliam de modo melhor que os da ESF, observando uma diferença estatisticamente significativa nestes aspectos.

Nesse contexto, Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017) citam que as políticas públicas preveem que as equipes da ESF e do NASF-AB organizem seus processos de trabalho priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes entre os profissionais. Contudo, no campo de práticas, observa-se a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional da ESF e o matriciamento desenvolvido pelo NASF-AB (SOUZA; MEDINA, 2018). Os autores destacam, portanto, que ESF precisa conhecer melhor a organização do trabalho das equipes NASF-AB, valorizando o apoio matricial, uma vez que é necessário esse entrosamento entre as equipes para que sejam considerados os princípios profissionais que sustentam a referida prática, tais como a

interprofissionalidade e a integralidade no cuidado (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Um estudo realizado por Brito e colaboradores (2022) buscou comparar a realização de ações de articulação entre as EqSF e os NASF-AB entre a região Nordeste e o Brasil, e identificou que no Nordeste existe a maior proporção de ações integradas entre essas equipes, sendo que algumas ações conjuntas estão associadas a uma melhor avaliação da disponibilidade delas atuarem de forma coesa, além de uma maior colaboração do NASF-AB na resolutividade das ações. Para os mesmos autores, a lógica de promover a articulação entre a EqSF e o NASF-AB expõe fragilidades e potencialidades para o fortalecimento do processo de trabalho na APS, indicando a necessidade de investimentos nas práticas colaborativas e na interprofissionalidade, por meio de movimentos de educação permanente em saúde.

Assim, é possível que exista um descompasso entre o entendimento do que é e das expectativas do trabalho em equipe para a ESF e para o NASF-AB. A ESF sugere possuir um processo de trabalho mais estabelecido e voltado para altas demandas individuais, o que pode gerar sobrecarga de trabalho e cobranças de cumprimento de metas e indicadores, potencializado pelo Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019). Ademais, os trabalhadores da ESF podem esperar que os do NASF-AB reproduzam esse modelo de atenção, e gerar um ciclo de descontentamento tanto das equipes NASF-AB por não efetivarem a colaboração, o que justificaria sua pior autoavaliação, quanto da ESF que se sente desamparada pelo NASF-AB.

No componente qualitativo, a percepção do que é o trabalho em equipe mais fortemente identificada neste estudo foi a de colaboração entre os diversos profissionais que compunham as equipes. Para isso, os participantes indicaram a necessidade de interação, união, ajuda mútua, interdependência e apoio com vistas a qualificarem a produção do cuidado a partir das necessidades dos usuários/comunidade. Outro aspecto que emergiu foi a do cuidado em saúde em equipe como um ato intencional e operado por meio de um trabalhador coletivo, como pode ser ilustrado pelos relatos a seguir:

*Pronto, é ter a interação realmente da equipe, é ter a união, né? De cada um se ajudar, independente de qual profissão você tenha. [...] E aí o trabalho em equipe é isso, é juntar todos esses profissionais e realmente, de fato, darem as mãos e melhorarem o atendimento. (T4)*

*[...] e eu vejo que o meu trabalho depende do seu, depende do dele e assim sucessivamente pra que a gente possa ter bons resultados. (T6)*

*Eu acho que é um trabalho que você compartilha os desafios do dia a dia, né? [...] trabalhar a equipe pressupõe ter uma visão do que é o cuidado em saúde, uma visão ampliada do que é esse cuidado, eh... e compartilhar esse cuidado, né? Esse desafio de prover esse cuidado pra todos os profissionais da equipe, né? (T10)*

*Pra mim, trabalho em equipe é o seguinte, é você pegar todas as pessoas que estão envolvidas no serviço, né? Independente do profissional que é, do médico, do enfermeiro, o vigilante, tudo, e a gente desenvolver um trabalho em conjunto, um ajudando o outro, né? Assim, um ajudando o outro. (T13)*

*Trabalho em equipe, ele é o seguinte: é um trabalho que não só depende de mim, depende de todos os profissionais que é nele envolvido. [...] Então, assim, a gente trabalha em conjunto porque nem eu posso resolver nada só, nem elas. Elas também dependem das minhas informações pra realizar o trabalho delas. (T15)*

*Acho que o importante pra se trabalhar em equipe é você identificar a necessidade do outro e tentar ajudar o outro com que você pode, que o seu trabalho não é individual. Seu trabalho sempre vai depender do trabalho do outro da sua equipe. (T16)*

O exposto neste estudo é corroborado por Peduzzi e Agreli (2018), que apontam como um desafio contemporâneo a imprecisão conceitual existente no âmbito da saúde coletiva, em que termos como trabalho em equipe e colaboração ainda são utilizados como sinônimos. Para essas autoras, o trabalho em equipe constitui a menor unidade de produção do cuidado em saúde, sendo caracterizado por intensa interdependência das ações, integração, clareza dos papéis, compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe. Por outro lado, a colaboração caracteriza-se como uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de interdependência das ações, clareza de papéis e compartilhamento, além da necessidade de lidar com situações um pouco mais previsíveis e com menor urgência e complexidade. Assim, percebe-se que, para os entrevistados, configurou-se como trabalho em equipe, o padrão-ouro para a colaboração interprofissional.

Acerca do processo de trabalho, Mendes Gonçalves (1992) estudou a aplicação da teoria marxista ao campo da saúde, e definiu que o objeto de trabalho neste setor representa aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, ou seja, as necessidades humanas de saúde. Desse modo, para ele, o objeto de trabalho em

saúde deve possuir um projeto de transformação, com uma finalidade, o que representa a intencionalidade do processo de trabalho. Além disso, para Merhy e Franco (2009), o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo, visto que, para eles, não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, conforme apontado pelos entrevistados.

Por conseguinte, a percepção de trabalho em equipe identificada neste estudo foi qualificada com algumas questões. Os entrevistados apontaram que o trabalho em equipe no cotidiano da APS proporciona o compartilhamento de saberes e a orientação para objetivos comuns, tanto para a resolução dos problemas dos usuários/comunidade quanto para o alcance de metas institucionais e satisfação pessoal.

*Assim, entrar em comum acordo pra que seja alcançadas as metas, que a gente precisa alcançar, né? Que o ministério preconiza, e tentar não burocratizar tanto. (T1)*

*Eu até falaria assim, que é um conjunto de trabalhadores, eu não chamo nem profissionais de saúde, mas de trabalhadores, e que a gente tem um objetivo em comum. (T3)*

*Eu acho que trabalho em equipe é você tá, eh... fazer o seu, o seu trabalho, né? Você ter as suas práticas profissionais, que você traz da sua graduação, mas quando você chega dentro de uma equipe você somar, junto com o saber do outro. Então, o trabalho da equipe é isso, é juntar os saberes, né? Trocas de saberes. (T11)*

*Eu acho que trabalho em equipe é isso, é a gente se unir em prol de um serviço que seja satisfatório e que seja agradável também pra gente, né? [...] E a gente trabalhar com harmonia em prol de uma assistência boa, assim, de uma coisa melhor. (T13)*

Considerado a EJARCI, uma questão investigava a disponibilidade para troca de saberes (afirmação nº 11). Quase a totalidade da amostra (n=434; %=92,6) declarou que concordava totalmente (n=360; %=76,8) ou em grande parte (n=74; %=15,8) com a afirmação de que todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado dos usuários (Tabela 5). Nesse aspecto, não foi identificada significância no teste do qui-quadrado ao comparar os trabalhadores que concordavam totalmente ou em grande parte com os demais (p=0,431).

Tabela 5 – Disponibilidade para troca de saberes entre os trabalhadores (EJARCI – J11)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo em grande parte		Outros	
	n	%	n	%
EqSF + NASF-AB	434	92,6	35	7,4
EqSF	321	92,0	28	8,0
NASF-AB	113	94,2	7	5,8

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Nesse sentido, o estudo de Durans e colaboradores (2021), que buscou caracterizar as atitudes relacionadas à colaboração interprofissional de 173 profissionais da APS em um município do Maranhão, encontrou resultados semelhantes acerca da disponibilidade para troca de saberes entre os participantes do estudo. Assim, para a afirmação de que “todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado dos usuários”, os autores supracitados encontraram uma média de 6,72 (dp=0,70), enquanto que no presente estudo a média foi de 6,58 (dp=1,06).

Em outro estudo, realizado por Bandeira (2022), que incluiu 94 profissionais de saúde de dois municípios do Estado de São Paulo, e que objetivou analisar a inserção do Profissional de Educação Física nos serviços de APS na perspectiva da colaboração interprofissional, a média verificada para a referida afirmação foi de 6,61 pontos (dp=0,74), aproximando-se dos valores identificados neste estudo e no de Durans e colaboradores (2021).

Para Freire Filho e colaboradores (2018), diante das necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas, a importância da conciliação de saberes e práticas se torna mais evidente, bem como o manejo de visões distintas – até mesmo opostas, em um processo constante de compartilhamento entre diferentes profissionais. Ainda, deve-se compreender que a articulação de diferentes saberes contribui para fortalecer a centralidade do usuário e o atendimento de suas necessidades (FARIAS; RIBEIRO; ANJOS; BRITO, 2017).

Outra questão da Escala Jefferson investigava a orientação para o alcance de objetivos comuns (afirmação nº 7). De modo majoritário, a amostra (n=418; %=89,2) declarou que concordava totalmente (n=323; %=68,9) ou em grande parte (n=95; %=20,3) que o trabalho em equipe é potencializado quando os profissionais

desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos (Tabela 6). Não foi identificada significância no teste do qui-quadrado ao comparar aqueles que concordavam totalmente ou em grande parte com os demais ( $p=0,721$ ).

Tabela 6 – Orientação dos trabalhadores para alcance de objetivos comuns (EJARCI – J7)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo em grande parte		Outros	
	n	%	n	%
EqSF + NASF-AB	418	89,2	51	10,8
EqSF	310	88,8	39	11,2
NASF-AB	108	90,0	12	10,0

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os dados quantitativos visualizados no artigo de Ribeiro e colaboradores (2022), realizado com 91 profissionais da APS, evidenciaram resultados ainda mais positivos acerca do alcance de objetivos comuns a partir da realidade observada nos processos de trabalho de diferentes equipes. Na Escala Jefferson, o item supramencionado alcançou uma concordância de 100% ( $n=91$ ), ou seja, todos os respondentes da pesquisa concordaram totalmente (média e mediana iguais a 7 pontos) que “a prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos”. O estudo de Durans e colaboradores (2021) encontrou, por meio da EJARCI, uma média de 6,73 pontos ( $dp=0,61$ ), sendo ainda maior e menos dispersa que no presente estudo, cuja média constatada foi de 6,46 pontos ( $dp=1,06$ ).

Sobre a centralidade do usuário na produção do cuidado, novamente, quase a totalidade dos entrevistados ( $n=377$ ,  $\%=80,4$ ) declarou que estava completamente satisfeita ( $n= 81$ ,  $\%=17,3$ ) ou satisfeita ( $n= 296$ ,  $\%=63,1$ ) com o quanto o seu trabalho era centrado nas necessidades dos usuários (Tabela 7). Identificou-se diferença significativa pelo teste do qui-quadrado entre os tipos de equipe, sendo observado que, nesse aspecto, os profissionais da ESF estavam menos satisfeitos do que os do NASF-AB ( $p=0,023$ ).

Tabela 7 – Satisfação com a centralidade do usuário

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/ Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	377	80,4	92	19,6	-
EqSF	272	77,9	77	22,1	<b>0,023</b>
NASF-AB	105	87,5	15	12,5	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Conforme destacam Freire Filho e colaboradores (2018), é a centralidade no usuário que demanda os demais princípios da colaboração interprofissional, como o próprio compartilhamento de objetivos comuns. Nessa mesma perspectiva, o trabalho realizado por Peduzzi e colaboradores (2021) indica que tais objetivos devem ser traçados a partir do conhecimento das necessidades dos usuários, provocando uma reflexão das equipes sobre o cuidado produzido e, conseqüentemente, a busca por uma melhor qualidade na assistência. Outros autores complementam que para o alcance objetivos comuns em uma equipe, é importante que os profissionais envolvidos tenham uma compreensão e atitude análogas em relação à colaboração interprofissional, independentemente da profissão que exercem (VETTER; EISSLER; KONRAD, 2019).

A centralidade do usuário, por sua vez, é considerada uma das competências basilares da prática interprofissional colaborativa, sendo fundamental para o desenvolvimento das demais competências. Nesse sentido, os resultados deste estudo expressam um elevado índice de satisfação dos profissionais da APS, inferindo que, nesse nível de atenção, busca-se focar as necessidades dos sujeitos que vivem no território. Ademais, sobre tal competência, verificou-se que os profissionais das equipes de Saúde da Família se mostraram menos satisfeitos do que os da equipe NASF-AB, o que pode indicar a existência de fragilidades no processo de trabalho que dificultem inserir o usuário no centro de suas ações.

Em outro questionamento, agora sobre a realização com o trabalho, pouco mais da metade dos participantes (n=283, %=60,3) declarou estar completamente realizada (n=87; %=18,5) ou realizada (n=196, %=41,8). Não foi identificada significância no teste do qui-quadrado ao comparar os que se sentiam completamente

realizados ou realizados com aqueles parcialmente realizados ou não realizados ( $p=0,898$ ); como apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Realização com o trabalho

Tipo de Equipe	Completamente realizado/Realizado		Parcialmente realizado/ Não realizado	
	n	%	n	%
EqSF + NASF-AB	283	60,3	186	39,7
EqSF	210	60,2	139	39,8
NASF-AB	73	60,8	47	39,2

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A realização profissional, satisfação e identificação com o próprio trabalho são experiências individuais que podem gerar bem-estar aos profissionais. Nesse contexto, é válido ressaltar que o constructo “realização com o trabalho” tem sido pouco explorado pela literatura científica. Já a satisfação profissional é amplamente debatida pelos autores nacionais e internacionais, que têm buscado associar o nível de satisfação com fatores organizacionais, estruturais e financeiros no âmbito da APS.

Para Oliveira e Pedraza (2019), a satisfação profissional pode ser favorecida por meio de melhorias em aspectos específicos do trabalho (treinamento, remuneração, carga laboral), de gestão (autonomia, reconhecimento, oportunidade de desenvolvimento) e nas relações interpessoais. Sendo assim, neste estudo, considera-se que a realização com o trabalho pode ser expressada pelo nível de satisfação dos respondentes.

Kadiri-Eneh e colaboradores (2018) buscaram avaliar a satisfação no trabalho de 378 profissionais da APS no estado de Rivers, na Nigéria, e encontraram uma alta proporção de participantes (78,3%) satisfeitos com o trabalho em sua unidade de saúde. Também, no estudo de Lorenz e Guirardello (2014), a maior parte da amostra (62,6%) se considerou satisfeita com o trabalho, o que reflete na boa qualidade da assistência oferecida aos usuários de suas unidades de saúde; tal resultado se aproxima dos achados do presente estudo.

## 5.2 Potencialidades

Acerca dos elementos que podem favorecer o trabalho em equipe, foram explorados pelos participantes aspectos pessoais relacionados à comunicação, à intencionalidade e aos valores humanos. Esses últimos abarcando conceitos múltiplos sobre respeito, humildade, companheirismo, paciência/compreensão, empatia, entre outros.

### 5.2.1 Comunicação

No aspecto que trata da comunicação, as entrevistas em profundidade destacaram o diálogo entre os profissionais como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento das ações no âmbito da APS e, conforme mostram os resultados quantitativos, cerca de 3/4 (n=356; 75,9%) dos profissionais da APS de João Pessoa estavam completamente satisfeitos ou satisfeitos com a comunicação entre os membros de sua equipe, sem diferença quando comparados os profissionais da ESF com o NASF-AB (p=0,252); como visualizado na Tabela 9.

Tabela 9 – Satisfação com a comunicação entre os membros da equipe

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/satisfeito		Pouco satisfeito/insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	356	75,9	113	24,1	-
EqSF	260	74,5	89	25,5	<b>0,252</b>
NASF-AB	96	80,0	24	20,0	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Assim como o cuidado centrado no usuário, a comunicação interprofissional se destaca como uma competência colaborativa essencial ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. Diniz, Melo e Vilar (2021) afirmam que a comunicação, de caráter interprofissional e colaborativo, tem se mostrado como um desafio para as equipes de saúde conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador.

Nesse sentido, o estudo de Previato e Baldissera (2018) objetivou analisar a comunicação enquanto domínio da prática interprofissional colaborativa no processo de trabalho das equipes da APS e, com isso, identificou potencialidades e fragilidades nas relações entre as equipes da ESF e NASF-AB. Acerca das potencialidades, o ponto principal foi o enfoque no cuidado dos usuários por meio de visitas domiciliares e atividades coletivas. Já em relação às fragilidades do agir comunicativo, destacaram-se aspectos antidialógicos como a passagem de informações unilaterais no processo de trabalho, o uso de aparatos tecnológicos (prontuário eletrônico, redes sociais e aplicativos de celular) e reuniões esporádicas.

Ainda, Ribeiro e colaboradores (2022) identificaram em seu estudo que, apesar de os profissionais reconhecerem a importância da comunicação, foram observadas conversas pontuais e informais no processo de trabalho; aspecto semelhante também foi evidenciado nas falas dos participantes desse estudo, discutidas posteriormente.

De acordo com os resultados qualitativos, a comunicação deve envolver, segundo os trabalhadores, as habilidades de fala e escuta, sendo importante que os sujeitos tenham opiniões individuais, mas que também reconheçam pensamentos e atitudes alheias no processo de trabalho coletivo. Os profissionais ainda associaram uma boa comunicação com a capacidade de convergir falas, pensamentos e atitudes, visto que, para eles, o propósito de “falar a mesma língua” reduz os atritos internos e favorece diretamente o trabalho em equipe.

*Tem que escutar, eu acho que você saber ouvir, obviamente que cada um tem suas opiniões. Mas eu acho que você saber ouvir e tirar daquilo ali algum tipo de lição ou de aprendizado, eu acho que é importante. (T5)*

*Então assim, é uma informação desencontrada, eles não falam a mesma língua, tá entendendo? Eu acho que tem que falar a mesma língua, tem que ser a mesma coisa ali, tá entendendo? (T13)*

*Eu acho que o essencial é a gente ter a comunicação. Sem o diálogo, a gente não chega em tanta gente. Se eu não tenho um bom diálogo com a minha equipe, pra onde a gente vai? Não existe. [...] É a gente falar a mesma língua, conseguir diminuir os atritos, que existe atritos em momentos do trabalho. (T15)*

O diálogo presencial, as reuniões de equipe e o uso de ferramentas tecnológicas foram enfatizados pelos profissionais nas entrevistas em profundidade como os principais meios para efetivar a comunicação dentro das equipes.

Enquanto o diálogo de modo presencial foi caracterizado como um tipo de comunicação informal por meio de bate-papos nos corredores e visitas a consultórios, entre outros, as reuniões de equipe se destacaram pelo seu caráter formal, com a presença da gerência de Distrito e outros representantes da Secretaria de Saúde. Identificou-se de maneira importante a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), a exemplo da criação de grupos de *WhatsApp*, uma estratégia anterior à pandemia e que se intensificou durante esse período, e tem auxiliado na troca de informações entre os sujeitos, conforme clarificam as falas a seguir:

*A comunicação acontece nas portas mesmo, vai na... entra mesmo, tem essa liberdade, informal, de adentrar nos consultórios, mas a gente tem um grupo de Whatsapp aqui, né? [...] são vários grupos. Fora que tem as reuniões de equipe, todas as quartas-feiras. Então, isso facilita muito, né? Nessas reuniões de equipe a gente fala muito sobre processo de trabalho, sobre fluxo, sobre como é que a gente deve encaminhar os pacientes pra rede. (T11)*

*É boa, todo mundo consegue se comunicar direitinho. Em reunião, a gente faz reunião da própria equipe... ou então quando precisa de alguma coisa, a gente sempre se reúne, vai na sala um do outro e conversa. Às vezes, o WhatsApp, mas é mais presencial porque é informal mesmo, indo na sala da pessoa que você quer realmente falar, resolver alguma coisa. (T12)*

O diálogo entre os profissionais de saúde é uma ação inerente ao trabalho em equipe e à tomada de decisão de forma democrática (REUTER; SANTOS; RAMOS, 2018), exercido no cotidiano de suas práticas. Nesse contexto, sobre o uso das TIC, Rosa e colaboradores (2021) apontam que os aplicativos de mensagens e chamadas se mostraram ser uma ferramenta estratégica com potencial de fortalecimento dos serviços ofertados na ESF. Além disso, enfatizaram a necessidade de estudos para mensurar os impactos do uso dessas tecnologias nos desfechos de saúde relevantes para o SUS, sobretudo no âmbito da organização dos processos de trabalho e da otimização da coordenação do cuidado prestado à população.

### 5.2.2 Intencionalidade

A intencionalidade destacada pelos entrevistados está relacionada à disposição, ao interesse e ao comprometimento dos trabalhadores para atuarem em equipe. Segundo eles, é necessário que o profissional da Atenção Primária busque estabelecer conexões com os seus colegas de modo voluntário, realizar as demandas/obrigações espontaneamente e estar aberto a novos aprendizados a partir da interação com outros indivíduos.

*Pra trabalhar [em equipe], eu acho que disposição, interesse, comprometimento. Porque é isso, assim, você muitos vão pra Atenção Básica e se acomoda, não tem aquele comprometimento de tá junto com a equipe, né? É o interesse. (T4)*

*Às vezes, eu acho que pra trabalhar em equipe como na Estratégia Saúde da Família você precisa ser proativo, não ficar só esperando, também é importante. [...] você está com alguma coisa ali e você consegue resolver sem precisar mobilizar outras pessoas pra poder fluir, pelo menos naquele momento. (T5)*

*Ter força de vontade, não é? (T6)*

*Então, realmente, tem essas pessoas que tem essas qualidades de saber ouvir e querer aprender e outras que fica ali no seu mundo fechado, o que eu sei é o certo e não tá disposto ao novo. (T14)*

Alguns resultados quantitativos auxiliam a compreensão do exposto, os quais foram extraídos utilizando-se a Escala de Clima de Equipe (ECE). Mais de 3/4 dos entrevistados (n=366, %=78,0) concordavam totalmente (n=148, %=31,5) ou concordavam (n=218, %=46,5) que tinham a atitude de “estamos nesta juntos”, sem diferença estatisticamente significativa entre os tipos de equipe (p=0,171). Além disso, expressivos 88,0% (n=413) concordavam totalmente (n=148, %=31,5) ou concordavam (n=265, %=56,5) que tinham contato como equipe, também sem diferença significativa entre os tipos de equipe (p=0,665); como exposto na Tabela 10.

Tabela 10 – Escala de Clima de Equipe (ECE): Participação na equipe

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo		Outros		p valor
	n	%	n	%	
<b>Ter a atitude “estamos nesta juntos”</b>					
EqSF + NASF-AB	366	78,0	103	22,0	-
EqSF	267	76,5	82	23,5	<b>0,171</b>
NASF-AB	99	82,5	21	17,5	
<b>Ter contato como equipe</b>					
EqSF + NASF-AB	413	88,0	56	12,0	-
EqSF	306	87,7	43	12,3	<b>0,665</b>
NASF-AB	107	89,2	13	10,8	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Sobre o item “*Nós temos a atitude ‘estamos nesta juntos’*”, uma definição clássica trazida por Saupe e colaboradores (2006) estabelece que a atitude pode ser vista como uma das dimensões mais complexas do ser humano, referindo-se ao estado comportamental e, portanto, às questões sociais e afetivas ligadas ao trabalho. Logo, a atitude “estamos nesta juntos” possui um caráter intencional e é influenciada por aspectos individuais e subjetivos, estando relacionada com outras competências impulsionadas pela motivação. Neste estudo, a maioria dos profissionais de ambas equipes concordavam que tinham tal atitude, ou seja, se sentiam próximos e, assim, poderiam contribuir para o desenvolvimento de ações coletivas.

A exploração do item “*Temos contato como equipe*”, por sua vez, conduz a discussão para uma revisita ao conceito de trabalho em equipe realizada por Peduzzi *et al.* (2020). Para esses autores, o trabalho em equipe interprofissional é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos. É importante enfatizar, porém, que o contato entre os membros de uma equipe pode envolver dois conceitos distintos – o de equipe agrupamento e o de equipe integração, sendo a primeira caracterizada pela fragmentação do trabalho e a segunda pela articulação das ações de saúde. Novamente, neste estudo, quase a totalidade dos respondentes concordavam que tinham contato como equipe, estabelecido no âmbito das relações com outros trabalhadores de sua equipe ou com outras equipes de saúde.

Ainda, foi identificado para a amostra um elevado grau de satisfação com a relação com outros membros da equipe, sendo 84,9% (n=398) dos participantes completamente satisfeitos ou satisfeitos (Tabela 11). No entanto, os profissionais do NASF-AB se diferenciaram dos da ESF ( $p=0,000$ ), destacando-se como mais satisfeitos com esse relacionamento.

Tabela 11 – Satisfação com a relação com outros membros

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/ Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	398	84,9	71	15,1	-
EqSF	284	81,4	65	18,6	<b>0,000</b>
NASF-AB	114	95,0	6	5,0	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Neste estudo, considera-se que o nível de satisfação dos profissionais que atuam na APS está associado aos princípios deste nível de atenção, mas também às conexões que se estabelecem entre usuários, trabalhadores e gestão em saúde. Para Soratto e colaboradores (2020), as relações que se configuram no ambiente de trabalho, assim como a possibilidade de desenvolver um trabalho coletivo e integrado com os demais membros da equipe, representam os elementos centrais na produção de satisfação destes profissionais.

O alto grau de satisfação dos participantes com os outros membros da equipe, identificado no presente estudo, pode refletir positivamente no cuidado prestado aos usuários e na superação de conflitos existentes no cotidiano das práticas assistenciais. Todavia, verificou-se também que os profissionais das equipes NASF-AB se mostraram mais satisfeitos com o relacionamento entre seus membros, o que pode estar associado às relações verticalizadas que se estabelecem e persistem no âmbito da ESF.

A existência de relações de poder na ESF fragiliza o trabalho em equipe necessário a prestação de um cuidado de saúde efetivo e, de modo geral, corresponde à institucionalização de uma polarização entre os trabalhadores, que os segrega entre aqueles que podem menos ou mais, criando uma hierarquia no relacionamento interpessoal (SILVA *et al.*, 2019a). Em contrapartida, as equipes

NASF-AB buscam atuar em uma perspectiva voltada para a cooperação horizontal entre profissionais de iguais ou diferentes núcleos de conhecimento, e isso pode explicar o maior grau de satisfação identificado neste estudo.

### 5.2.3 Apoio e valorização profissional

Sobre esse ponto, os trabalhadores acreditam que a valorização profissional e o apoio institucional são elementos fundamentais para a efetivação do trabalho em equipe. Tal apoio compreende desde o aspecto psicológico, no sentido de os gestores estarem aptos a ouvir os anseios e as angústias dos profissionais, até o financeiro, o qual envolve além do custeio das atividades de promoção da saúde, a própria questão salarial.

*Eu acho que valorizar também os profissionais, né? Entender o que é um trabalho em equipe. [...] A minha equipe, se não fosse essa questão de falta de apoio, até que é uma equipe unida. A gente até que gosta de fazer as coisas, a gente sempre se une. (T1)*

*Eu acho que também o apoio institucional da gestão pra esse trabalho em equipe é importante, né? [...] (T10)*

*É questão de ouvir o profissional [...] E você está sendo cobrada, cobrada e não vem ninguém pra te ouvir assim. Eu acho que a questão de se colocar no lugar, de vir aqui na unidade. (T13)*

*Acho que mais apoio mesmo, a própria equipe sabe? [...] Apoio tanto psicológico, eh... quanto... poderia até ter financeiro, sabe? [...] Acho que seria até uma forma de estimular mais. (T14)*

Ribeiro e colaboradores (2018) descrevem que o processo de trabalho em saúde é um fenômeno complexo e dinâmico, influenciado constantemente por mudanças. Com isso, nos últimos anos, modificações nas condições laborais, sobretudo em relação às exigências, geraram um aumento dos riscos ocupacionais psicossociais, o que vem demandando um maior apoio social no ambiente laboral.

Para os mesmos autores, o apoio social reflete o clima no local de trabalho e o relacionamento entre os colegas e a gestão/superiores, fundamentado por dois componentes: a relação emocional e o apoio instrumental (RIBEIRO *et al.*, 2018). Nesse sentido, os participantes deste estudo corroboram que um apoio institucional efetivo seria capaz de minimizar o desgaste laboral, auxiliando o trabalhador a

enfrentar momentos difíceis e a lidar com situações estressantes, comuns no cotidiano das equipes de saúde.

Ainda, os dados quantitativos exploraram a satisfação dos trabalhadores da APS com o salário recebido, sendo constatada em mais de 2/3 da amostra pouca satisfação (n=206, %=43,9) ou insatisfação (n=110, %=23,5), e cerca de 1/3 dos participantes declararam estarem completamente satisfeitos (n=37, %=7,9) ou satisfeitos (n=116, %=24,7). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os profissionais da ESF e do NASF-AB (p=0,369); como visualizado na Tabela 12.

Tabela 12 – Satisfação dos trabalhadores da APS com o salário

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	153	32,6	316	67,4	-
EqSF	118	33,8	231	66,2	<b>0,369</b>
NASF-AB	35	29,2	85	70,8	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O estudo de Milanez e colaboradores (2018) objetivou analisar os motivos de satisfação e de insatisfação dos profissionais de saúde que atuam na ESF, e relacionou alguns aspectos da gestão do trabalho. Entre esses aspectos, foi destacada pelos participantes a questão salarial, que, segundo eles, não corresponde ao nível de exigência e de complexidade das profissões. Silva *et al.* (2019b) também encontraram aspectos de insatisfação laboral relacionados à desvalorização profissional, sobretudo atrelada a baixos salários, em que 48% (n=24) dos trabalhadores da APS e 44,4% (n=20) dos trabalhadores da Atenção Secundária à Saúde (ASS) estavam insatisfeitos com seus salários. Uma das alternativas para a reversão desse problema seria a implantação de um plano de cargos e salários, visto que a sua ausência se configura como um dos fatores que levam à desmotivação e à rotatividade desses profissionais.

Por outro lado, a questão salarial não foi evidenciada no estudo de Soratto *et al.* (2020), que buscou identificar os aspectos do trabalho geradores de satisfação para os profissionais que atuam na ESF. Os autores citam que o fato de ganhar mais não expressa necessariamente sentir-se mais valorizado, contudo, tal constatação

contrapõe uma tendência global para APS de associar a satisfação a melhores salários, como no presente estudo.

#### 5.2.4 Educação Permanente

As ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) também foram lembradas pelos trabalhadores entrevistados. Eles enfatizaram a importância dos cursos de capacitação sobre o processo de trabalho e das formações voltadas para o “ser equipe” e para o “ser interprofissional”. Ainda, os entrevistados destacaram que tais ações devem envolver todos os trabalhadores que fazem parte da equipe de saúde, tendo como foco as necessidades e problemas existentes em cada território.

*Capacitação, eu acho que isso é muito importante. E a gente tá sempre conversando sobre os assuntos, seja ele um acolhimento, um matriciamento, o que é... assuntos do dia a dia, que isso a gente pode fazer nas nossas reuniões de equipe, trazer essa educação permanente das necessidades dos problemas que a gente tem aqui, desse território, que possa ser que seja diferente de outro território. (T3)*

*Eu acho que uma coisa que é importante pra promover o trabalho em equipe é a educação permanente focada no trabalho interprofissional multiprofissional, né? [...] Inclusive, com a participação dos agentes comunitários de saúde. Porque eu percebo que são profissionais que ficam muito ausentes ou esquecidos pela gestão nessas atividades de educação permanente. (T10)*

*Então, eu acho que deveria também ter algumas capacitações sobre processo de trabalho, formações voltadas para ser equipe, formações voltadas pra questão de ser interprofissional, né?(T11)*

Penido (2021) afirma que investir e manter a educação permanente dos profissionais de saúde é uma forma de garantir o funcionamento qualificado do SUS e o fortalecimento das ações e serviços de saúde na APS. Para ele, a EPS promove a valorização dos profissionais em sua prática laboral e propicia uma maior qualidade na oferta dos serviços. Nessa perspectiva, os entrevistados concordam com o autor acerca do processo de capacitação e formação na APS, que deve ser pensado e organizado a partir das demandas de qualificação dos trabalhadores e das necessidades de saúde de usuários e comunidades.

No contexto da formação dos profissionais de saúde, a Educação Interprofissional (EIP) se destaca como uma abordagem que busca promover a

articulação entre as profissões da saúde com base na colaboração (OGATA *et al.*, 2021). Esses autores enfatizam que a ampliação do debate sobre EIP no Brasil segue o movimento global de valorização da interprofissionalidade na formação como proposta de enfrentamento da histórica fragmentação do trabalho em saúde e educação uniprofissional. Assim, a formação para o “ser equipe” e “ser interprofissional”, ressaltada nos discursos dos entrevistados, aponta para a atual relevância do tema.

Na Escala Jefferson, uma questão explorava o desenvolvimento de programas de ensino interdisciplinar pelas instituições formativas (afirmação nº 4). Aproximadamente 4/5 da amostra (n=374; %=79,7) declarou que concordava totalmente ou em grande parte que as instituições devem desenvolver programas de ensino para aumentar a prática colaborativa. Foi identificada significância no teste do qui-quadrado ao comparar as respostas dos trabalhadores da ESF e do NASF-AB (p=0,035), constatando que esses últimos se aproximam mais de atividades e ações relacionadas à educação permanente; como visualizado na Tabela 13.

Tabela 13 – Programas de ensino interdisciplinar e prática colaborativa (EJARCI – J4)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo		Outros		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	374	79,7	95	20,3	-
EqSF	270	77,4	79	22,6	<b>0,035</b>
NASF-AB	104	86,7	16	13,3	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

De modo semelhante ao encontrado neste estudo, Ribeiro e colaboradores (2022) identificaram um alto percentual (87,9%) de profissionais da APS que concordam com a afirmação de que “as instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa”.

Em relação à média e ao desvio-padrão das respostas para a referida questão, respectivamente, o presente estudo encontrou 6,21 pontos e  $\pm 1,34$ . Comparativamente, os estudos que envolveram profissionais da APS e que já foram explorados acima, evidenciaram os seguintes resultados: Bandeira (2022) encontrou uma média maior (6,38) e um desvio-padrão menor (1,17); e Durans *et al.* (2021)

identificaram uma média ainda maior (6,73) e um desvio-padrão bem menor (0,60). Isso permite inferir que a maioria dos profissionais da atenção primária avaliam positivamente a formação interprofissional e a educação permanente com vistas à melhoria das práticas colaborativas em saúde.

No estudo de Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima (2017), os sujeitos estimaram a porcentagem de tempo que dedicam (“real”) às atividades de educação permanente e capacitações, assim como a porcentagem que gostariam de dedicar (“ideal”) em um mês de trabalho. As autoras identificaram que os profissionais, tanto da ESF quanto do NASF-AB, desejariam ter praticamente o dobro de tempo para a educação permanente/capacitações, conforme mostram os seguintes dados: 3,82% (“real”) e 7,40 (“ideal”) para a ESF; e 7,35% (“real”) e 11,76% (“ideal”) para o NASF-AB. Novamente, tais resultados expressam à valorização das práticas formativas e de qualificação pelos profissionais da APS.

Acerca da diferença significativa observada nas respostas dos trabalhadores da ESF e do NASF-AB, pode-se constatar que esses últimos se aproximam mais de atividades e ações relacionadas à educação permanente, o que pode ocorrer devido à dimensão técnico-pedagógica que compreende o NASF-AB, e que se faz presente nas práticas da equipe. Em contrapartida, em alguns lugares do Brasil, observa-se um tensionamento entre as dimensões assistencial e técnico-pedagógica (SANTOS; PENIDO; FERREIRA NETO, 2022). Assim, pode-se inferir que o potencial pedagógico das equipes do NASF-AB é subexplorado, afetando a qualificação dos profissionais da APS, sobretudo em relação às demandas dos usuários e ao desenvolvimento de ações para o trabalho coletivo na atenção básica.

### **5.2.5 Clareza de papéis e competências específicas**

De modo simplificado, compreender as responsabilidades de cada membro da equipe e os seus limites de atuação profissional são habilidades relacionadas à competência colaborativa denominada clareza de papéis. Conforme os entrevistados, o trabalho em equipe é fortalecido quando os profissionais (re)conhecem e se integram com as atividades que os seus colegas desempenham dentro da equipe, pois isso facilita o aprendizado recíproco e a valorização do trabalho desenvolvido pelo outro.

*Aqui a gente tá sempre trabalhando isso, que mostrando o que a minha profissão faz, o que a sua faz, porque aí a gente vai aprendendo junto, valorizando e reconhecendo, né? [...]. É preciso conhecer, né, o que o outro faz pra gente melhorar esse trabalho [em equipe]. (T3)*

*Antes eu achava que “fono” era só pra ajudar a falar, mas depois eu descobri outras atividades que eles podem se inserir. [...] E a gente foi (risos) descobrindo esses outros papéis. (T4)*

Nesse contexto, a clareza de papéis foi uma das competências exploradas pelos dados quantitativos, cuja a questão buscava identificar o grau de satisfação dos trabalhadores. Conforme mostram os resultados quantitativos, 71,9% (n=337) dos profissionais da APS de João Pessoa estavam completamente satisfeitos ou satisfeitos com a competência clareza de papéis em sua equipe (Tabela 14). Ademais, não foi constatada diferença estatisticamente significativa ao comparar os profissionais da ESF e do NASF-AB (p=0,411).

Tabela 14 – Satisfação com a clareza de papéis

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	337	71,9	132	28,1	-
EqSF	247	70,8	102	29,2	<b>0,411</b>
NASF-AB	90	75,0	30	25,0	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Um relato de experiência, realizado no interior do Rio Grande do Norte, sobre a clareza de papéis entre os profissionais da equipe NASF-AB constatou que o entendimento da função do outro no serviço não era uma prioridade na equipe estudada. No entanto, percebeu-se que os profissionais que atuavam juntos com maior frequência compreendiam melhor a atribuição de seus pares (ARAÚJO *et al.*, 2022). Essa observação direciona o debate para questões relacionadas ao respeito mútuo e ao compartilhamento de valores, além da garantia de atendimento integral proporcionado pela complementação do cuidado em saúde.

No âmbito da ESF, Durans e colaboradores (2021) afirmaram que a clareza de papéis pode ser vista na delimitação da própria equipe e em sua atuação dentro do território. Todavia, apesar de os profissionais da APS possuírem atitudes

relacionadas à colaboração interprofissional, faz-se necessário o uso de ferramentas de educação continuada para que a clareza de papéis e outras competências sejam melhor compreendidas e praticadas por esses profissionais. Portanto, o elevado grau de satisfação com a clareza de papéis, constatado nesse estudo, pode estar relacionado à falta de compreensão de ambas equipes sobre tal competência.

Ainda no âmbito das competências, na Escala Jefferson, os entrevistados foram questionados se todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes/clientes (afirmação nº 18). Os resultados obtidos foram aproximadamente semelhantes à satisfação com a clareza de papéis, em que cerca de 75% (n=357) dos trabalhadores concordavam totalmente ou concordavam com a afirmação supracitada. Também não foi constatada diferença estatística significativa ao comparar os profissionais da ESF e do NASF-AB ( $p=0,457$ ), como exibe a Tabela 15.

Tabela 15 – Competências específicas próprias dos profissionais da saúde (EJARCI – J18)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo		Outros		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	357	76,1	112	23,9	-
EqSF	269	77,1	80	22,9	<b>0,457</b>
NASF-AB	88	73,3	32	26,7	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Freire Filho e colaboradores (2018) afirmaram que o modelo hegemônico de formação em saúde continua centrando esforços para o desenvolvimento de competências específicas em detrimento às competências comuns e colaborativas, mais efetivas em função da complexidade das demandas contemporâneas de saúde. Sendo assim, profissionais que necessariamente precisam trabalhar juntos continuam sendo formados de modo separado, o que sustenta a ocorrência de práticas fragmentadas, maior risco de erros, exposição dos usuários a atos duplicados e maior custos em saúde (FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

No presente estudo, os trabalhadores das equipes do NASF-AB e da ESF concordam, majoritariamente (76,1%), que os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para oferecer um atendimento de qualidade aos

seus pacientes. Por conseguinte, essa constatação pode indicar o reconhecimento das funções de outros trabalhadores atuantes na(s) equipe(s), visto que os respondentes compreendem a existência de atribuições específicas a cada categoria profissional, mas também, a valorização implícita do saber técnico e das práticas fragmentadas no campo da saúde.

### 5.3 Fragilidades

As falas dos entrevistados evidenciaram diversos elementos que tornam frágil o trabalho em equipe. Na medida em que facilitam a ocorrência de atritos entre os trabalhadores, impedem a execução de ações conjuntas, dificultam os encontros em espaços coletivos, diminuem o vínculo entre os profissionais e entre eles e os usuários e, portanto, reduzem a colaboração interprofissional. Assim, foram destacados o individualismo, as exigências por parte da gestão, a escassez de materiais e insumos, a precarização da infraestrutura, a alta demanda de usuários e a rotatividade de profissionais, sobretudo médicos e residentes, na equipe.

#### 5.3.1 Individualismo

Apesar de a maioria dos entrevistados terem utilizado termos como “individualidade”, “competitividade individualizada” e o pleonasma “individual de cada um”, deve-se inferir que, no contexto de suas falas, eles se referem ao individualismo como uma barreira para o trabalho em equipe, visto que esse vocábulo diz respeito à individualidade negativa, expressa de modo egocêntrico, que não considera a individualidade do outro. Para eles, o individualismo gera conflitos e desentendimentos nas relações interpessoais e dificulta a concordância de pensamentos e opiniões entre os membros de uma coletividade.

*Mas eu vejo assim que tem muitas equipes dentro da Saúde da Família que trabalha “euquipe”, e não a equipe, né? Cada um quer mostrar que faz mais do que o outro, fica aquela competitividade individualizada. (T6)*

*Individualidade [...] por exemplo, entrar na sala e se passou ali sem interagir com os demais profissionais. [pausa] E acontece! (T7)*

*O dificultar é justamente isso: é o “individual de cada um”. Nem sempre a gente chega a um consenso. Hoje eu quero fazer uma determinada coisa, não concordo com o profissional que faz. (T15)*

Na perspectiva dos nós identificados pelos participantes, as práticas individuais continuam sendo um desafio para o trabalho em equipe, e remonta à formação acadêmica dos profissionais de saúde ser mais voltada para a individualidade. Por outro lado, Santana e Silva (2020) afirmaram que é necessário entender que as necessidades dos usuários não se abreviam àquelas apreendidas por uma única categoria profissional e, nesse sentido, as práticas colaborativas buscam superar visões mecanicistas e fragmentadoras do cuidado e, deste modo, romper com a cultura individualista na área da saúde.

Ainda sobre o individualismo na equipe, uma afirmação da Escala Jefferson avaliava o uso do próprio julgamento do profissional para promover o melhor benefício ao paciente ao invés de consultar colegas de outras áreas relacionadas à saúde (afirmação nº 16). Nesse aspecto, constatou-se uma divergência expressiva entre as equipes: enquanto uma pequena parcela dos trabalhadores da ESF (n=42; %=12,0) declarou que os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento em vez de consultar outros colegas, a maior parte dos profissionais do NASF-AB (n=86; %=71,7) tiveram a mesma opinião (Tabela 16). Assim, foi identificada significância no teste do qui-quadrado ao comparar as respostas desses trabalhadores (p=0,000), verificando que os da EqSF compreendem melhor a relevância do atendimento compartilhado para o bem do paciente.

Tabela 16 – Uso do próprio julgamento do profissional de saúde (EJARCI – J16)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo		Outros		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	128	27,3	341	72,7	-
EqSF	42	12,0	307	88,0	<b>0,000</b>
NASF-AB	86	71,7	34	28,3	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Sobre a referida afirmação, o estudo de Ribeiro e colaboradores (2022) apresenta o resultado de 8,8% de respondentes que concordam que os profissionais

devem usar seu próprio julgamento em vez de consultar seus colegas para promover um melhor benefício ao paciente; um percentual menor do que o encontrado neste estudo. De volta ao contexto da formação, Diniz e colaboradores (2021) aplicaram a EJARCI a 82 estudantes de graduação de diversas áreas da saúde a fim de analisar a disposição desses alunos para a colaboração interprofissional e, para tal questão, eles encontram um grau de concordância de 2,4%, evidenciando um resultado bem inferior ao identificado neste e no estudo de Ribeiro *et al.*(2022).

Os achados acima podem indicar um processo de transformação, mesmo que tímido, de aspectos relacionados à formação dos profissionais da saúde. A perspectiva construtivista adotada em algumas instituições enaltece o trabalho coletivo, contribuindo para percepções positivas sobre a prática colaborativa (DINIZ *et al.*, 2021). Desse modo, infere-se que a valorização do trabalho em equipe pode ser um produto do ensino interdisciplinar.

Acerca da diferença significativa identificada entre as equipes, em que os profissionais da ESF mostraram valorizar mais o saber do colega para a oferta de uma melhor assistência ao usuário, percebe-se que trabalhadores do NASF-AB ainda lidam com a individualidade em seus espaços, experimentando um dilema entre a atenção especializada, própria de cada categoria profissional, e o trabalho colaborativo baseado na lógica do apoio matricial; como pode ser visto na conclusão do estudo de Barbosa e colaboradores (2021) a seguir:

A fragilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real no Nasf-AB ressalta a carência de uma rede estruturada de serviços de média complexidade e as dificuldades da reorientação do modelo de atenção à saúde no país que prezam ainda por uma **cultura assistencial, fragmentada em especialidades e com diálogo vertical entre profissionais**; com poucos avanços no apoio matricial enquanto reorganizador do trabalho em saúde por meio do diálogo horizontal, a decisão compartilhada, a corresponsabilização e a cogestão do cuidado na APS (BARBOSA *et al.*, 2021, p. 533, grifo nosso).

Nesse sentido, sabe-se que o processo de trabalho orientado pela gestão determina a configuração e as condições de trabalho da equipe NASF-AB, o que, muitas vezes, pode contribuir para um olhar profissional com foco no cuidado individual e assistencial, fragmentando a interprofissionalidade e ocasionando uma desvalorização das práticas colaborativas para a atenção integral à saúde do usuário.

### 5.3.2 Exigências da Gestão

Conforme afirmaram os entrevistados, o alcance de metas é uma das exigências da gestão municipal para atender aos objetivos da Secretaria de Saúde e, conseqüentemente, do Previne Brasil – programa de financiamento da Ministério da Saúde que estabelece metas de indicadores para o pagamento por desempenho, no âmbito da APS. Todavia, essas “cobranças” relatadas pelos profissionais podem não traduzir ou garantir uma melhor qualidade no cuidado aos usuários e tampouco fortalecer o trabalho em equipe. Outro agravante descrito pelos entrevistados é a não oferta de meios adequados para se alcançar as metas definidas, exigindo que eles, muitas vezes, executem determinadas atividades coletivas sem prover um número suficiente de profissionais de saúde.

*Eles diminuírem mais as cobranças (risos) [...] eles querem que nós retornemos os grupos, né? Grupos de hiperdia, grupos com idosos, grupos com gestantes, fazer ações nas comunidades, né? [...] Então, eles cobram essas metas pra gente. Se a gente sai das unidades, a gente não tem como cobrir essas metas, né? (T6)*

*O que dificulta, muitas vezes, é a cobrança da Secretaria, sabe? De não ver o lado do profissional, que aqui precisaria de outro PSF e mais profissionais. (T12)*

Previato e Baldissera (2018) destacaram que as exigências e cobranças existentes nos serviços de saúde, tais como a melhoria dos indicadores de saúde e o aumento do número de procedimentos, podem vir a burocratizar a assistência, fragilizando o trabalho em equipe. Além disso, a ausência de apoio, organização e comunicação com os gestores pode ocasionar o surgimento de problemas devido a questões administrativas, submetendo os profissionais aos desmandos políticos (SILVA *et al.*, 2019b). Nesse contexto, foi verificado o grau de satisfação dos participantes com o gestor da unidade e com o gestor municipal.

De acordo com os resultados quantitativos, 76,5% (n=359) dos profissionais da APS de João Pessoa estavam completamente satisfeitos ou satisfeitos com o gestor de sua unidade de saúde, e um menor percentual (60,8%; n=285) estava completamente satisfeito ou satisfeito com o gestor municipal (Tabela 17). Ao comparar as equipes separadamente, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ), sendo os profissionais do NASF-AB (93,3%;

n=112) mais satisfeitos com o gestor da unidade do que os da ESF (70,8%; n=247). Igualmente, em relação ao gestor municipal, os profissionais do NASF-AB (87,5%; n=105) se mostraram mais satisfeitos do que os da ESF (51,6%; n=180), também com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,000$ ).

Tabela 17 – Satisfação com o gestor da unidade e o gestor municipal

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
<b>Satisfação com o gestor da unidade de saúde</b>					
EqSF + NASF-AB	359	76,5	110	23,5	-
EqSF	247	70,8	102	29,2	<b>0,000</b>
NASF-AB	112	93,3	8	6,7	
<b>Satisfação com o gestor municipal</b>					
EqSF + NASF-AB	285	60,8	184	39,2	-
EqSF	180	51,6	169	48,4	<b>0,000</b>
NASF-AB	105	87,5	15	12,5	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O estudo de Milanez e colaboradores (2018) destaca que a insatisfação dos trabalhadores que atuam na ESF sofre influência de múltiplos fatores, como: fragilidades na gestão, dificuldades nas condições laborais e problemas relacionais que permeiam o processo de trabalho em saúde. Para esses autores, o excesso de trabalho como insatisfação é fortalecido pela quantidade significativa de programas e ações que são de responsabilidade da referida equipe. Todas essas características podem elucidar o baixo grau de satisfação identificado neste estudo entre os profissionais da ESF com os gestores de saúde.

Ademais, uma diferença expressiva foi constatada entre o grau de satisfação dos profissionais da ESF e os da equipe NASF-AB, em que esses últimos se mostraram mais satisfeitos com os gestores de saúde. Tal assimetria entre as equipes pode ser explicada com base em dois aspectos destacados por Souza e Medina (2018), sendo eles: 1) graus de exigência distintos impostos pela gestão às equipes, com maior racionalidade burocrática e menor autonomia da ESF em relação

ao NASF-AB; e 2) existência de vínculos precários de trabalho nas equipes NASF-AB, cujos profissionais dependem de contratos temporários e, muitas vezes, se tornam subordinados a um “favor político” de gestores; ambas características puderam ser identificadas no município estudado a partir das falas dos profissionais da APS.

Ainda no âmbito das exigências impostas pela gestão, foi avaliada a participação dos profissionais da APS nas decisões político-administrativas, verificando o quanto esses trabalhadores concordavam com a afirmação da Escala Jefferson acerca do envolvimento dos profissionais de saúde na tomada de decisões relativas ao seu trabalho (afirmação nº 14).

Por conseguinte, os dados quantitativos demonstram que cerca de 70% dos trabalhadores concordavam totalmente ou concordavam que os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas. Também foi constatada uma diferença estatística significativa no teste do qui-quadrado ao comparar os profissionais das diferentes equipes ( $p=0,012$ ), observando um maior percentual de concordância entre os trabalhadores da ESF (72,5%;  $n=253$ ); como apresentado na Tabela 18.

Tabela 18 – Envolvimento na tomada de decisões político-administrativas (EJARCI – J14)

Tipo de Equipe	Concordo totalmente/ Concordo		Outros		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	325	69,3	144	30,7	-
EqSF	253	72,5	96	27,5	<b>0,012</b>
NASF-AB	72	60,0	48	40,0	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Para essa afirmação, o grau de concordância dos participantes deste estudo gerou uma média de 5,77 pontos ( $dp=1,47$ ), em uma escala que vai de 1 a 7 pontos na EJARCI. Esse achado se aproxima daquele identificado no estudo de Bandeira (2022), que encontrou uma média de 5,94 pontos ( $dp=1,33$ ). Logo, ambos os estudos demonstram que os profissionais de saúde, em sua maioria da ESF, concordam que eles devem participar das decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.

Sobre esse aspecto, Pontes (2019) afirmou que os processos de tomada de decisão organizacionais geralmente contam com a participação de diversos gestores, pensamentos e visões distintas, e apresentam algumas vantagens que diferem da tomada de decisão individual, a saber: a) maior partilha de informação; b) maior diversidade de experiências; c) mais alternativas de solução; d) solução com maior qualidade e precisão; e) aumento da motivação dos participantes; f) maior aceitação da decisão pelos envolvidos; e g) melhor controle das ações subsequentes. Logo, pode-se inferir que o envolvimento dos profissionais da APS na tomada de decisões político-administrativas, no âmbito do trabalho em saúde, poderá trazer diversos benefícios à estrutura organizacional e à gestão do SUS.

### 5.3.3 Insumos e infraestrutura

A escassez de materiais e insumos, bem como a precarização da infraestrutura das unidades de saúde foram elementos bastante referidos pelos entrevistados, que os descreveram como impactantes ao trabalho em equipe. De acordo com os profissionais, muitas vezes, são eles que arcam com recursos próprios para a execução de atividades coletivas, incluindo a compra de lanches e materiais de consumo. Em relação à infraestrutura, eles destacaram a falta de ambiência dos espaços físicos, incluindo o desconforto trazido pela ausência de climatização nos consultórios e ambientes de encontro dos sujeitos, além da escassez de recursos para o atendimento individual e falhas na manutenção (preventiva e corretiva) de equipamentos.

*Questão de material, geralmente a gente arca com tudo, tudo, com tudo. Porque se for ter qualquer ação aqui, infelizmente, o pessoal só vem se a gente antes ofertar um lanche, essas coisas e tudo é arcado do nosso bolso. Raramente, vem um copo descartável, um pacote de biscoito cream cracker. (T1)*

*[...] melhorar a parte estrutural, né? Ar-condicionado, tem sala que não tem, aí o profissional fica nessa situação. Como é que a gente vai fornecer saúde sem ter água nem pra lavar as mãos? (T4)*

*A gente tem que fazer muita coisa. Eles chegam aqui [...], querem que a gente faça as coisas, não nos dão, não nos proporcionam materiais, recursos, né? [...] tem que tirar do bolso da gente. (T6)*

*Uma precarização da atenção primária, da falta de insumos, né? A falta de ambientação adequada, né? De climatização. Então, isso em*

*si dificulta esse trabalho em equipe, né? Porque você imagina fazer uma consulta compartilhada, uma interconsulta ou, às vezes, até se reunir pra discutir casos clínicos, fica cada dia mais inviável aqui na nossa unidade porque a gente não consegue nem ficar no mesmo ambiente por conta do calor, né? Então, tá ficando bem difícil. (T10)  
[...] mas a gestão é ter esse olhar com a gente, assim, mandar insumos que realmente precisa, tá faltando, é arrumar as coisas quando precisam ser arrumadas [...] (T12)*

Na APS, a atuação interprofissional nos cuidados em saúde pode ser influenciada por uma gama de fatores, como os individuais, as relações interpessoais e as condições organizacionais, o que também envolve as condições materiais e de infraestrutura das unidades de saúde. Para Bousquat e colaboradores (2017), a carência de equipamentos e insumos/materiais observada nas unidades restringe o escopo de ações e a resolutividade, limitando sua capacidade de resposta aos problemas de saúde. Nesse mesmo estudo, eles identificaram que a qualidade estrutural das UBS é deficiente em todo o país, com apenas 4,8% dos serviços classificados como “A”, ou seja, aqueles que contemplaram o conjunto de critérios do padrão de referência, contando com espaços próprios para ações coletivas.

Soratto e colaboradores (2020) destacaram que as condições de trabalho vinculadas à infraestrutura devem ser consideradas como fatores de satisfação, visto que influenciam a saúde dos profissionais e também a forma como atuam. Outro trabalho de Soratto *et al.* (2017), realizado anteriormente, já havia identificado como aspectos geradores de insatisfação os déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho, tais como: ausência de ampliações de UBS em locais com extrema necessidade estrutural; atrasos para reformas das UBSs; falta de planejamento licitatório para aquisição de insumos e medicamentos; entre outros.

Nesse sentido, o presente estudo evidencia dados sobre a satisfação dos profissionais de João Pessoa acerca da infraestrutura das unidades de saúde, buscando verificar essa aproximação entre o trabalho em equipe desenvolvido nas UBS e a melhoria das condições físico-estruturais dos serviços de atenção primária.

Os resultados quantitativos evidenciam uma baixa satisfação dos profissionais da APS de João Pessoa com relação à infraestrutura das unidades de saúde. Menos da metade dos participantes (40,7%; n=191) estavam completamente satisfeitos ou satisfeitos com esse aspecto (Tabela 19). Além disso, foi identificada uma diferença estatística significativa ( $p=0,032$ ), observando que os trabalhadores do

NASF-AB (49,2%; n=59) demonstraram maior satisfação com a infraestrutura do que os da ESF (37,8%; n=132).

Tabela 19 – Satisfação com a infraestrutura da unidade de saúde

Tipo de Equipe	Completamente satisfeito/Satisfeito		Pouco satisfeito/Insatisfeito		p valor
	n	%	n	%	
EqSF + NASF-AB	191	40,7	278	59,3	-
EqSF	132	37,8	217	62,2	<b>0,032</b>
NASF-AB	59	49,2	61	50,8	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Os resultados acima contrastam com aqueles evidenciados no estudo de Silva e colaboradores (2019b), que encontrou um percentual de 10% (n=5) de insatisfação com a estrutura entre os profissionais de saúde bucal da Atenção Primária, e 11,2% (n=5) de insatisfação entre os da Atenção Secundária à Saúde, sem ocorrer diferença significativa entre os níveis de atenção. As dificuldades estruturais também foram descritas pelos participantes do estudo de Milanez e colaboradores (2018) como um dos dez aspectos que mais geraram insatisfação dos trabalhadores da saúde do município de Meleiro/SC. Para esses autores, a não oferta de uma estrutura de trabalho adequada vai de encontro ao preconizado pela PNAB (BRASIL, 2017) no que se refere à ambiência dos serviços.

Ainda, observou-se neste estudo que, aproximadamente, metade dos profissionais integrantes das equipes NASF-AB se considerou satisfeita ou completamente satisfeita com a unidade de saúde. Todavia, essa constatação pode estar relacionada ao papel gerencial desenvolvido pelos profissionais do NASF-AB no município de João Pessoa, o que influencia a ocorrência de mais respostas positivas sobre os aspectos organizacionais do serviço, visto que, nessa perspectiva, eles atuam como representantes da gestão.

#### 5.3.4 Alta demanda e falta de tempo

Outro obstáculo para a efetivação do trabalho em equipe, apontado pelos profissionais, diz respeito ao grande fluxo de usuários na atenção primária e,

consequentemente, à falta de tempo dos trabalhadores para a participação em atividades coletivas, revelando a sobrecarga de trabalho nesse nível de atenção, sobretudo da classe médica e da Enfermagem. Eles afirmaram que tais problemas ficaram ainda mais evidentes durante a pandemia da COVID-19, período no qual precisaram realizar múltiplas tarefas concomitantes, a exemplo de vacinação e atendimentos. O crescimento da população adscrita aliado à falta de planejamento e ao número reduzido de profissionais de saúde maximizaram as demandas e comprometeram os poucos momentos reservados para as reuniões de equipe.

*Eu acho que a demanda muito alta, assim, da população. É uma unidade que cresceu, a população cresceu muito. Então, essa demanda alta ela dificulta o sentar pra planejar. Então, termina, muitas vezes, ficando só nas consultas, mas não realizando outras ações que o Saúde da Família precisa e é necessário fazer. (T3)*

*[...] por aqui ser um lugar muito grande, às vezes, a demanda é tão grande que você não tem tempo, digamos assim, pra poder conversar mesmo a respeito sobre isso. Aí eu acho que uma das coisas que dificulta é isso, falta de tempo, o excesso de trabalho, alta demanda. (T5)*

*[...] a gente não tem esse controle, assim, de encaminhar a gestante pra médicos, entendeu? Porque ela não tem mais horário pra fazer isso. É demanda, é demanda, é demanda. E aqui a área de influência é muito grande, entendeu? E é um pessoal muito, assim, arredo, gosta muito de denúncias, sabe? Então assim, é complicado trabalhar. (T13)*

*A falta de tempo, dificulta o trabalho em equipe, né? Hoje mesmo você viu que eu não consegui sair desse quadrado, né? Então, dificulta o trabalho em equipe. (T16)*

Os empecilhos para a execução da prática interprofissional, descritos neste tópico, são corroborados por outros estudos nacionais, como o de Alvarez, Vieira e Almeida (2020), que investigou os principais desafios para o trabalho do NASF-AB, e evidenciou alguns motivos mencionados pelos profissionais da ESF, tais como: o excesso de atribuições, a falta de tempo para atendimentos compartilhados, a cobrança por produtividade, entre outros.

Um estudo qualitativo buscou analisar os aspectos geradores de insatisfação nos profissionais da ESF, e revelou na categoria “excesso de trabalho” os seguintes fatores: sobrecarga de trabalho, excesso de demanda e burocracia (SORATTO *et al.*, 2017). De acordo com esses autores, muitas vezes, o gerenciamento de fluxos na APS se torna um processo difícil, exigindo uma

participação ativa da gestão, que pode intervir com o redimensionamento de área geográfica, a criação ou ampliação de UBS e a contratação de mais profissionais.

Em uma visão mais ampliada, esses “nós” precisam ser debatidos e reajustados pelos gestores públicos em atuação conjunta com os profissionais de saúde e representações sociais, uma vez que dificultam o trabalho em equipe e o atendimento às demandas da população, gerando sobrecarga ao sistema de saúde, em todos os níveis de atenção. Assim sendo, a elaboração de políticas públicas que incentivem o planejamento de melhorias pelas equipes, oportunizando reflexões e práticas cotidianas de avaliação e autoavaliação, se faz necessária para que ocorra uma maior efetividade no processo de trabalho da APS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível alcançar os objetivos propostos nesta dissertação. A partir dos resultados encontrados, pode-se tecer as seguintes considerações finais.

### ***1. Acerca das percepções dos participantes sobre o que é o trabalho em equipe na APS:***

- a) Os trabalhadores da APS em João Pessoa-PB possuem expressiva disponibilidade para a colaboração interprofissional, no entanto, com escores abaixo daqueles verificados em estudos anteriores no contexto brasileiro.
- b) Os trabalhadores do NASF-AB obtiveram escores mais elevados na escala Jefferson quando comparados aos da ESF, possivelmente em consequência da natureza do processo de trabalho de cada equipe, como a maior parte da jornada semanal de trabalho da ESF ser dedicada ao atendimento de demanda espontânea.
- c) Os trabalhadores da ESF autoavaliaram melhor o trabalho interprofissional de sua equipe em relação aos profissionais do NASF-AB. Em contrapartida, os trabalhadores do NASF-AB autoavaliaram melhor o trabalho interprofissional entre as equipes quando comparados aos da ESF. Aqui, sugere-se a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional da ESF e o matriciamento desenvolvido pelo NASF-AB, ocasionando um possível descompasso entre o entendimento do que é e as expectativas do trabalho em equipe para a ESF e para o NASF-AB.
- d) A percepção do que é o trabalho em equipe foi a de colaboração entre os diversos profissionais, visto que eles indicaram a necessidade de interação, união, ajuda mútua, apoio e interdependência para a produção do cuidado (padrão-ouro).
- e) A maioria dos respondentes concordam que todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado dos usuários, corroborando com a literatura científica, e destacam que a articulação de diferentes saberes contribui para

fortalecer a centralidade do usuário e o atendimento de suas necessidades. Consequentemente, apontaram que o trabalho em equipe no cotidiano da APS proporciona o compartilhamento de saberes e a orientação para objetivos comuns, características importantes do trabalho em equipe, segundo a literatura especializada.

- f) A maior parte dos profissionais declarou estar realizada com o seu trabalho na APS, sem diferença estatística entre as equipes. Isso pode refletir em uma boa qualidade na assistência oferecida aos usuários das unidades de saúde estudadas, embora existam obstáculos que fragilizam a atuação conjunta e a garantia de uma assistência integral.

## ***2. Acerca das potencialidades e das fragilidades para o trabalho em equipe na APS:***

- a) Os profissionais da APS de João Pessoa-PB se sentem satisfeitos com a comunicação entre os membros de suas equipes, associando uma boa comunicação com a capacidade de convergir falas, pensamentos e atitudes, visando reduzir atritos internos e favorecer o trabalho em equipe neste cenário.
- b) A intencionalidade está relacionada à disposição, ao interesse e ao comprometimento dos trabalhadores para atuarem em equipe. A maioria possuía a atitude de “estamos nesta juntos” e que tinham contato como equipe, sem diferença entre as equipes.
- c) Foi identificado um alto grau de satisfação com a relação com outros membros da equipe, sendo os profissionais do NASF-AB mais satisfeitos com esse relacionamento, o que pode estar associado às relações verticalizadas que se estabelecem e persistem no âmbito das equipes da ESF.
- d) Os participantes concordam que um apoio institucional efetivo, incluindo a questão salarial, seria capaz de minimizar o desgaste laboral, auxiliando o trabalhador a enfrentar momentos difíceis e a lidar com situações estressantes.
- e) Valorização das práticas formativas e de qualificação pelos profissionais da APS, cujos profissionais do NASF-AB se aproximam

mais de atividades e ações relacionadas à educação permanente, o que pode ocorrer devido à dimensão técnico-pedagógica que compreende essa equipe, e que se faz presente em suas práticas.

- f) Elevado grau de satisfação dos profissionais da APS com a competência clareza de papéis em sua equipe. No entanto, essa constatação pode estar relacionada à falta de compreensão de ambas equipes sobre tal competência.
- g) Os trabalhadores da APS concordam que os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para oferecer um atendimento de qualidade aos seus pacientes. Isso pode indicar o reconhecimento das funções de outros trabalhadores atuantes nas equipes, mas também a valorização implícita do saber técnico e das práticas fragmentadas no campo da saúde.
- h) As práticas individuais continuam sendo um desafio para o trabalho em equipe, e remonta à formação acadêmica dos profissionais de saúde ser mais voltada para as ações curativas e individuais.
- i) Uma pequena parcela dos trabalhadores da ESF declarou que os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento em vez de consultar outros colegas, sendo verificado o oposto em relação ao NASF-AB. Assim, é possível que os profissionais do NASF-AB ainda lidem com a individualidade em seus espaços, experimentando um dilema entre a atenção especializada e o trabalho colaborativo baseado na lógica do apoio matricial.
- j) O alcance de metas é uma das exigências da gestão municipal para atender aos objetivos da Secretaria de Saúde e, conseqüentemente, do Previne Brasil. Entretanto, os profissionais da APS estavam satisfeitos com o gestor de sua unidade de saúde, e um menor percentual estava satisfeito com o gestor municipal, observando-se diferença entre as equipes. Tal questão trouxe à tona o debate com base em dois aspectos: graus de exigência distintos impostos pela gestão às equipes; e existência de vínculos precários de trabalho nas equipes NASF-AB, cujos profissionais dependem de contratos temporários e, muitas vezes, se tornam subordinados a um “favor político” de gestores.

- k) A escassez de materiais e insumos, bem como a precarização da infraestrutura das unidades de saúde foram elementos bastante referidos pelos entrevistados, que os descreveram como impactantes ao trabalho em equipe. Ademais, os trabalhadores do NASF-AB demonstraram maior satisfação com a infraestrutura das unidades do que os da ESF. Essa constatação pode estar relacionada ao papel gerencial desenvolvido pelo NASF-AB no município de João Pessoa, o que influencia a ocorrência de mais respostas positivas sobre os aspectos organizacionais do serviço, visto que, nessa perspectiva, seus profissionais atuam como representantes da gestão.
- l) Foi referido pelos participantes um grande fluxo de usuários na atenção primária e, conseqüentemente, a falta de tempo dos trabalhadores para a participação em atividades coletivas, revelando a sobrecarga de trabalho nesse nível de atenção.

**A partir dessas considerações finais, é possível realizar alguns encaminhamentos:**

- a) Realização de novos estudos com diferentes estratégias metodológicas para apreensão do objeto de estudo;
- b) Investimentos em atividades de Educação Permanente relacionadas à capacitação dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe;
- c) Criação de estratégias de educação continuada visando um maior conhecimento das equipes da ESF e do NASF-AB sobre suas atribuições e como elas podem efetivamente colaborar entre si;
- d) Investimentos institucionais no desenvolvimento de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, com vistas a minimizar o desgaste laboral e, conseqüentemente, qualificar a força de trabalho da APS;
- e) Fortalecimento da articulação ensino-serviço, objetivando o alinhamento entre as necessidades dos serviços de saúde e o perfil de egressos das instituições de ensino;
- f) Provisão de recursos destinados à infraestrutura e para o aporte de insumos e materiais para a efetivação do trabalho na APS;

- g) Ampliação da avaliação do processo de trabalho na APS para além do cumprimento de metas, o que poderá qualificar a produção de cuidado neste nível de atenção frente a sua expressiva demanda.

**Cabe destacar que o curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF propiciou questões além do desenvolvimento da pesquisa apresentada, das quais destaco:**

- a) O desenvolvimento de habilidades e competências que me qualificaram enquanto profissional do NASF-AB do município de Guarabira/PB a utilizar métodos de pesquisa para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado na Atenção Primária à Saúde;
- b) O compartilhamento de experiências em serviço de outros municípios, podendo, neste processo, incorporar novas práticas em meu serviço e exportar para colegas de turma experiências bem-sucedidas do meu município de atuação;
- c) As habilidades e competências desenvolvidas durante o curso de Mestrado possibilitaram que eu me candidatasse e fosse aprovado como preceptor do curso para formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias (Saúde com Agente), do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
- d) A participação em grupo de pesquisa favoreceu a ampliação de minha rede pessoal de contatos, como por exemplo com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Católica de Brasília (UCB) e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS);
- e) A produção de artigos e capítulos de livro, além da participação em eventos científicos nacionais no âmbito da Saúde Coletiva, conforme elencados no Apêndice 5.

## REFERÊNCIAS

ABADÍA-BARRERO, C. E.; BUGBEE, M. Primary Health Care for Universal Health Coverage? Contributions for a Critical Anthropological Agenda. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 5, p. 427-435, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1620744>. Acesso em: 07 fev. 2021.

ABED, M. M. **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**: um estudo em profissionais da Atenção Básica. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

ABREU, C. C. **A intersetorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2017.

AGUIAR, R. A. T. de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2003.

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis**, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290405>. Acesso em: 11 fev. 2023.

ALVES, S. M. C. Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 27, n. 03, p. 233-238, 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/79>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ANDRADE, R. O. Por uma cidade saneada. **Rev Pesquisa FAPESP**, v. 264, p. 90-93, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/por-uma-cidade-saneada/>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ANDRADE, A. J. B. **Fatores associados ao clima de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2021.

ARAÚJO, A. S. S.; MEDEIROS, K. K. S. F.; SILVA, R. G.; LIMA, M. M. B. F. *et al.* Relato de experiência sobre a educação interprofissional e a clareza de papéis entre os profissionais de Saúde do NASF. **Saúde em Redes**, v. 8, supl1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p361-373>. Acesso em: 09 fev. 2023.

BANDEIRA, R. O. M. **Perspectivas sobre a colaboração interprofissional do profissional de educação física na atenção primária à saúde brasileira.**

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.11606/D.17.2022.tde-08082022-111153>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BANDINI, M.; LUCCA, S. R. From Alma-Ata to Astana: why primary care is relevant to occupational health professionals? **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, n. 4, p. 391-392, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7394533/pdf/rbmt-16-04-391.pdf>.

Acesso em: 20 fev. 2021.

BARBOSA, A. M.; NEVES, R. F.; BRITO, G. E. G.; RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Entre o apoio matricial e a atenção especializada: o dilema dos profissionais do NASF-AB. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em:

<http://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2021v25n3.57572>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BARBOSA, A. S.; OLIVEIRA, A. M.; TEIXEIRA, B. R. F.; FORTE, F. D. S. Estratégia Saúde da Família, Formação em Saúde e Interprofissionalidade: o olhar de estudantes. In: REICHERT, A. P. S. *et al.* (org.). **Cuidado, atenção e avaliação na APS: reflexões para a prática.** João Pessoa: Editora UFPB, 2020. p. 144-158.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais.

**Estud. psicol.**, v. 29, supl. 1, p. 719-726, 2012.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; FUSARO, E. R. *et al.*

Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. **Cobertura da Atenção Básica.** e-Gestor Atenção Básica, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021a.

Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família (ESF).** Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, [2021]. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 20 jun. 2021b.

BRASIL. **Nota Técnica nº 3/2020** – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 fev. 2020a.

BRASIL. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 128 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRITO, G. E. G.; FORTE, F. D. S.; FREIRE, J. C. G.; MOREIRA, L. B. *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>. Acesso em: 27 jan. 2023.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>. Acesso em: 06 set. 2021.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na Estratégia Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164>. Acesso em: 05 fev. 2023.

BRITO, G. E. G.; SILVA, L. N.; FORTE, F. D. S.; ANDRADE, A. J. B. *et al.* O Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família. In: REICHERT, A. P. S. *et al.* (org.). **Cuidado, atenção e avaliação na APS**: reflexões para a prática. João Pessoa: Editora UFPB, 2020. p. 200-211.

CARVALHO, L. R. O.; RODRIGUES, H. S. M. C.; ROSA, C. D. P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Rev Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 161-177, 2020. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4141>. Acesso em: 19 jun. 2021.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. O papel do SESP nas políticas de saúde do Brasil. **História, Ciências, Saúde**, v. 24, n. 2, p. 541-43, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RD3wZtJxWqyHfB4PzFBbhHq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQZhrJN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A National Interprofessional Competence Framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Disponível em: <https://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2021.

CLEMENTINO, F. S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. T.; MARCOLINO, E. C. *et al.* Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência Online**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241>. Acesso em: 07 set. 2021.

CONDELES, P. C.; BRACARENSE, C. F.; PARREIRA, B. D. M. REZENDE, M. P. *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Esc. Anna Nery (Online)**, v. 23, n. 4, e20190096, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0096>. Acesso em 09 set. 2021.

CRUZ, A. P. **O clima de trabalho em equipe dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2021.

DA SILVA, I. C. B.; DA SILVA, L. A. B.; LIMA, R. S. A.; RODRIGUES, J. A. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1433>. Acesso em: 06 set. 2021.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M.; RODRIGUEZ, L. S. M.; BEAULIEU, M. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J. interprof. care**, v. 19, n. 2, p. 17, 2005.

DATASUS. **Equipes de Saúde – Paraíba**. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipePB.def>. Acesso em: 26 jul. 2021.

DAWSON REPORT. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. Consultative Council on Medical and Allied Services. London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 07 fev. 2021.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Acesso em: 07 fev. 2021.

DECLARATION OF ASTANA. **Global Conference on Primary Health Care**. Astana, Kazakhstan, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2021.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 4ª ed. Londres: Sage Publication, 2011.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O. (org.). **Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde**. Sobral: Edições UVA, 2021. 422p.

DINIZ, A. L. T. M. **A Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família**: análise de uma experiência em um município de pequeno porte. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2019.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma Prática Interprofissional Colaborativa na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 137-157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23953>. Acesso em: 03 fev. 2023.

DINIZ, D. P.; JORGE, B. M.; ARRUDA, G. O.; FERRARI, F. P. *et al.* Disposição para colaboração interprofissional de estudantes de graduação. **Rev Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, e4278, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4278>. Acesso em: 10 fev. 2023.

DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T.; NILSON, L. G.; CALVO, M. C. M. *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/5876>. Acesso em: 08 set. 2021.

DURANS, K. C. N.; SILVA, M. C. P.; MIRANDA, A. F.; SOUSA, H. F. *et al.* Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>. Acesso em: 26 jan. 2023.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 22, supl. 2, p. 1717-1727, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jun. 2021.

ESCALDA, P; PARREIRA, C; CYRINO, A. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por uma equipe de saúde da família. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 315-324, 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, supl. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>. Acesso em: 07 fev. 2021.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U.; BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 07 set. 2021.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz; 2007.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/bwho/v80n7/a12v80n7.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v80n7/a12v80n7.pdf). Acesso em: 07 fev. 2021.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em: 06 set. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FREIRE FILHO, J. R.; COSTA, M. V.; MAGNAGO, C.; FORSTER, A. C. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FREIRE, J. R.; SILVA, C. B. G.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 43, supl1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Acesso em: 09 fev. 2023.

GHEBREYESUS, T. A. All roads lead to universal health coverage. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 9, p. 839-840, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30295-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30295-4/fulltext). Acesso em: 08 fev. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>. Acesso em: 07 fev. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p.1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. Acesso em: 09 fev. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/dvHMHgG5NDdvZH6wy54fDDq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 160-165, 2012.

GUSSO, G.; GOMES, S. R. Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde. In: CECHIN, J. (org.). **Saúde Suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua**. Londrina: Midiograf, 2020. p.13-34.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: João Pessoa** – população estimada e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 26 jul. 2021.

KADIRI-ENEH, N. P.; UZOCHUKWU, B. S.; TOBIN-WEST, C.; AZUIKE, E. C. An assessment of job satisfaction among primary health care workers in Rivers state, Nigeria. **Nigerian Journal of Medicine**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1115-2613.278792>. Acesso em: 02 jan. 2023.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o "novo universalismo" ou a "cobertura universal de saúde". In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014.

LITSIOS, S. On the Origin of Primary Health Care. In: MEDCALF, A.; BHATTACHARYA, S.; MOMEN, H. *et al.* (org.). **Health for All: The Journey of Universal Health Coverage**. Hyderabad: Orient Blackswan, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>. Acesso em: 06 fev. 2021.

LORENZ, V. R.; GUIRARDELLO, E. B. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 926-33, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0011.2497>. Acesso em: 02 jan. 2023.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A.; CHAVES, M. V.; BARNI, R. S. Projeto Sérgio Arouca: Relato de Experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 40, n. 1, p. 118-127, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/MPT3wtGWmz8qVG35C6bGfgQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MATTOS, R. A. de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 377-89, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nLXQ4y54pTJQg9GQ9FRz3rh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** (online). 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

MILANEZ, T. C. M.; SORATTO, J.; FERRAZ, F.; VITALI, M. M.; TOMASI, C. D.; SORATO, M. T.; BITTENCOURT, L. T. G. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>. Acesso em: 08 fev. 2023.

MIOLA, A. C.; MIOT, H. A. Comparação entre variáveis categóricas em estudos clínicos e experimentais. **J. vasc. bras.**, v. 21, e20210225, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.20210225>. Acesso em: 15 set. 2021.

MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJVjWPSCwSyRPsMdNKghS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 17, n. 2, e0019424, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>. Acesso em: 06 set. 2021.

NOGUEIRA, I.; BACIL, F.; GUIMARAES, J. V. A caminho de um estado de bem-estar social na China? uma análise a partir dos sistemas de saúde e de educação. **Econ. soc.**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 669-692, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2020v29n2art12>. Acesso em: 06 fev. 2021.

OGATA, M. N.; SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V.; FORTUNA, C. M.; FELICIANO, A. B. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, e03733, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 09 fev. 2023.

OLIVEIRA, M. M. D.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em debate**, v. 43, p. 765-779, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912209>. Acesso em: 02 jan. 2023.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em 09 set. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 22, supl. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em 09 set. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; ESPINOZA, P.; KOYAMA, M. A. H. *et al.* Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 55, n. 117, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003307>. Acesso em: 30 jan. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em 09 set. 2021.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M.; AGRELI, H. L. F. *et al.* 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**. Vol. 1. Barueri: Manole; 2016.

PENIDO, A. **Educação permanente torna mais efetivo o trabalho do profissional de saúde na Atenção Primária**. Fiocruz Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.br/educacao-permanente-torna-mais-efetivo-o-trabalho-do-profissional-de-saude-na-atencao-primaria/>. Acesso em: 09 fev. 2023.

PINHEIRO, T. X. A. **Saúde pública, história e política: um estudo sobre o SESP (1942-1974)**. Natal: EdUFRN. 2015. 13 p.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 20 jun. 2021.

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>. Acesso em: 06 fev. 2021.

PONTES, H. N. S. A. **Processo de Decisão na Administração Pública: antecedentes gerenciais de uma mudança organizacional em um Hospital Público de João Pessoa**. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia em Gestão Pública) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2019. Disponível em:

<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/15686>. Acesso em: 10 fev. 2023.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde.

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22 (Supl 2), 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 03 fev. 2023.

PREVITALI, F. S.; FAGIANI, C. C. Estado de Bem-Estar Social, Neoliberalismo e Estado Gestor: aproximações globais. In: LUCENA, C.; PREVITALI, F. S.; LUCENA, L. (org.). **A crise da democracia brasileira**. Vol. I. Uberlândia: Navegando Publicações, 2017. p.79-96.

RASELLA, D.; HARHAY, M. O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis off longitudinal data. **BMJ**, 349, 2014. Disponível em:

<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>. Acesso em 09 set. 2021.

REEVES, S; XYRICHIS, A; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **J. interprof. care**, v. 32, n. 4, p. 416-425, 2018.

REIS, S.; MENESES, S. **Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB**. Portal do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. CEBES, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>. Acesso em: 06 fev. 2023.

RIBEIRO, A. A.; GIVIZIEZ, C. R.; COIMBRA, E. A. R.; SANTOS, J. D. D. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>. Acesso em: 26 jan. 2023.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeiro.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

RIBEIRO, R. P.; MARZIALE, M. H. P.; MARTINS, J. T.; GALDINO, M. J. Q.; RIBEIRO, P. H. V. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, e65127, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127>. Acesso em: 08 fev. 2023.

RIFKIN, S. B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All – from consensus to complexity. **BMJ Glob Health**, v. 3, suppl.3, 2018a. Disponível em: [https://gh.bmj.com/content/3/Suppl\\_3/e001188](https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001188). Acesso em: 08 fev. 2021.

RIFKIN, S. B. Health for All and Primary Health Care, 1978-2018: a historical perspective on policies and programs over 40 years. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health, **Oxford University Press**, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55>. Acesso em: 08 fev. 2021.

ROSA, A. P. E.; DAL FABBRO, A. L.; MARQUES, J. M. A.; VENDRUSCOLO, T. R. P. *et al.* A Pandemia da COVID-19 e o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção Primária à Saúde: Um relato de experiência. **Revista Eletrônica Qualidade HC – Especial COVID-19**, v. 2, 2021. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/423/423.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2023.

SANTANA, D.; DA SILVA, M. A percepção de estudantes da área da saúde sobre o trabalho interdisciplinar: Experiência no projeto de extensão Sorriso de Plantão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 11, n. 1, p. 13-24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i1.10753>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SANTOS, A. M.; NÓBREGA, I. K. S.; ASSIS, M. M. A.; JESUS, S. R. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, p. 39-49, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15469/8134>. Acesso em 09 set. 2021.

SANTOS, J. C. N.; ESPERIDIÃO, F. **O (sub) financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da economia brasileira: dilemas e perspectivas**. Anais do Congresso Brasileiro de Economia – XXIII CBE 2019. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://corecon-sc.org.br/anais-cbe2019/arquivos/anais-cbe2019-4687.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SANTOS, T. G. C. **Histórias que os manuais de práticas de cuidado não contam**: os encontros das agentes comunitárias de saúde com usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2019.

SANTOS, T. L. A.; PENIDO, C. M. F.; FERREIRA NETO, J. L. A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). **Interface (Botucatu)**, v. 26, e210810, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210810>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SAUPE, R.; BENITO, G. A. V.; WENDHAUSEN, A. L. P.; CUTOLO, R. L. A. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, v. 8, n. 18, p. 31-7, 2006.

SILVA, B. N.; SILVA, C. R. D. V.; SILVA, A. F.; VERAS, G. C. B. Poder no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família: concepções dos profissionais assistencialistas. **Enfermagem Revista**, v. 22, p. 79-91, 2019a. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20187>. Acesso em: 08 fev. 2023.

SILVA, M. C.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C. T.; SILVA, D. *et al.* Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. **Rev Saude Publica**, v. 50, n. 52, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006484>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>. Acesso em: 06 fev. 2021.

SILVA, R. A. D. A.; TEIXEIRA, A. K. M.; FROTA, M. M. A.; MACIEL, J. A. C.; FARIAS, M. R. Análise da satisfação de profissional e síndrome de Burnout em profissionais da saúde bucal no Sistema Único de Saúde de Sobral, Ceará. **Rev Bras Med Trab**, v. 17, n. 3, p. 313-24, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190352>. Acesso em: 08 fev. 2023.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A.; WITT, R. R.; CERETTA, L. B.; FARIAS, J. M. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, e20180104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; TRINDADE, L. L.; OLIVEIRA, J. S. A. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, Spe2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>. Acesso em: 27 jan. 2023.

TEIXEIRA, C. F. de S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 42, n. spe2, p. 11-21, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

VETTER, L.; EISSLER, A. B.; KONRAD, C. Measurement of attitudes toward interprofessional collaboration in an operating theatre - a cross-sectional study. **Pflege**, v. 32, n. 3, p. 157-164, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000661>. Acesso em: 30 jan. 2023.

WALRAVEN, G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? **J Glob Health**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <http://jogh.org/documents/issue201901/jogh-09-010313.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

WARREN, K. S. The evolution of selective primary health care. **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 9, p. 891-898, 1988. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953688904078>. Acesso em: 07 fev. 2021.

WHO. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.** Geneva, 2008b. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 08 fev. 2021.

WHO. **The World Health Report 2000 – Health Systems: improving performance.** Geneva, 2000. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf). Acesso em: 08 fev. 2021.

WHO. **The World Health Report 2008 – Primary Health Care: now more than ever.** Geneva, 2008a. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf). Acesso em: 08 fev. 2021.

WHO. **The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the path to universal coverage.** Geneva, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2010/whr10\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf). Acesso em: 08 fev. 2021.

WORLD BANK. **World Development Report 1993: investing in health.** New York: Oxford University Press; 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. Acesso em: 20 fev. 2021.

## APÊNDICES

## Apêndice 1: Capítulo Original 1

### **TRABALHO EM EQUIPE, INTERPROFISSIONALIDADE E COLABORAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS BRASILEIROS**

#### *TEAMWORK, INTERPROFESSIONALITY AND COLLABORATION IN HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW OF BRAZILIAN STUDIES*

### **INTRODUÇÃO**

Em todo o mundo é verificado o processo de transição demográfica, com envelhecimento da população e conseqüentemente, mudanças no perfil epidemiológico, com a expressiva prevalência das doenças e condições crônicas (PEDUZZI *et al.*, 2020). Neste contexto, a estrutura etária da população brasileira transformou-se de uma sociedade predominantemente jovem para um contingente de pessoas com 60 anos ou mais, e isso implicou a observação de um novo perfil de morbimortalidade associado (MIRANDA, 2015).

No entanto, nos países em desenvolvimento, essa transição ocorre de modo atípico, sendo expresso por uma tripla carga de doenças, ou seja, o predomínio de doenças crônicas aliado a não superação de doenças infecciosas juntamente com o crescimento de causas externas derivadas da violência social. Assim esses países apresentam um perfil de saúde heterogêneo, caracterizado por transformações complexas que impõem desafios relacionados à organização dos sistemas de saúde (MIRANDA, 2015; BORGES, 2017).

Esses complexos cenários epidemiológicos demandam novos arranjos dos sistemas de atenção à saúde (BORGES, 2017) com vistas a atender adequadamente à essas necessidades de saúde. Estudos recentes demonstram que o trabalho em equipe se configura como uma disposição organizacional que melhora tanto o desempenho dos trabalhadores quanto à prestação de cuidados aos usuários (RYDENFÄLT *et al.*, 2017; DAHLKE *et al.*, 2018; SCHMUTZ *et al.*, 2019; BULJAC-SAMARDZIC *et al.*, 2020).

O impacto das ações de saúde sobre o perfil de morbimortalidade da população pode ser relacionado ao potencial do trabalho em equipe em melhorar o

acesso e a qualidade da atenção, além do custo-efetividade e a própria experiência do trabalho cotidiano por parte dos profissionais de saúde. Portanto, frente à crescente complexidade dos problemas de saúde, assim como dos seus fatores de risco, deve-se priorizar a organização dos serviços e sistemas com base em equipes, em todos os níveis de atenção (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo em que se observa uma recente convergência para o trabalho em equipe, ocorre uma confusão conceitual do referido termo em relação à interprofissionalidade e à colaboração interprofissional. Peduzzi *et al.* (2020, p.7), ao revisar sua definição de trabalho em equipe, a concebe como um “trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos”.

O termo interprofissionalidade, por sua vez, está relacionado à “integração entre dois ou mais profissionais para atuarem de forma integral, contribuindo para o trabalho em equipe, reconhecendo a importância de cada profissional e atuando de forma dialógica para a melhoria da assistência à saúde” (BARBOSA *et al.*, 2020, p. 9). Por outro lado, sob uma perspectiva mais pragmática, a colaboração interprofissional descreve a interação entre trabalhadores de áreas distintas do conhecimento, aproximando-se das práticas participativas e de relacionamentos recíprocos que envolvem um constante processo de comunicação e de tomadas de decisão (MATUDA *et al.*, 2015; ELLERY; BARRETO, 2020).

Assim sendo, embora ainda não exista um consenso acerca dos conceitos apresentados, o trabalho em equipe abrange o processo de trabalho como um todo, enquanto a interprofissionalidade foca nas necessidades de saúde do usuário, sendo mediada pelos afetos na dimensão da subjetividade. Já a colaboração interprofissional, por sua vez, é onde ocorre o compartilhamento de ações, compreendendo todos os aspectos ligados à organização e à gestão do trabalho de equipe.

Com base nessa variação conceitual, faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre a referida temática a partir de uma revisão integrativa dos estudos brasileiros publicados na última década. Além disso, é válido ressaltar a relevância do trabalho em equipe e das suas variantes visto que, atualmente, as ações de saúde devem ser organizadas levando-se em consideração o conceito ampliado do processo saúde-doença, o que demanda uma assistência integral, com o envolvimento de múltiplos atores. Explorar o conteúdo discutido pelos autores nos

últimos anos torna-se fundamental para uma melhor compreensão do assunto, bem como para a elucidação dos termos em destaque no objetivo do estudo.

Frente ao exposto, o objetivo desta revisão integrativa foi traçar um perfil das publicações científicas sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e trabalho colaborativo no Brasil.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite uma análise ampla e sistemática de dados produzidos por outros autores e divulgados em bases científicas. Além disso, a síntese de resultados de pesquisas relevantes facilita a incorporação de evidências, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; RAMALHO NETO *et al.*, 2016). Foi orientada pela seguinte pergunta: “Qual é o perfil das publicações científicas sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e trabalho colaborativo no Brasil?”.

Para responder a essa questão, realizou-se buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), que reúnem um grande acervo de publicações da área da saúde.

Para a estratégia de busca dos artigos, foram utilizados os descritores padronizados pelo *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo os seguintes: 1) Relações Interprofissionais / *Interprofessional Relations* / *Relaciones Interprofesionales*; 2) Comportamento Cooperativo / *Cooperative Behavior* / *Conducta Cooperativa*; 3) Equipe de Assistência ao Paciente / *Patient Care Team* / *Grupo de Atención al Paciente*. Na base Medline foram utilizadas palavras-chave em inglês, enquanto nas demais foram utilizadas palavras-chave em português, espanhol e inglês.

Além dos descritores, foram definidos os seguintes termos ou palavras-chave para a estratégia de busca por “Título, resumo, assunto”, nas línguas portuguesa e inglesa: trabalho em equipe / *teamwork*; trabalho colaborativo / *collaborative work*; trabalho interprofissional / *interprofessional work*;

interprofissionalidade / *interprofessionality*; e colaboração interprofissional / *interprofessional collaboration*.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: artigos científicos no idioma inglês, português e/ou espanhol; disponibilizados na íntegra (texto completo); publicados entre 2010 e 2020; institucionalmente afiliados ao Brasil; e que abordassem a interprofissionalidade, o trabalho em equipe e/ou o trabalho colaborativo como objetivo do estudo. Já como critérios de exclusão, foram definidos: artigos que envolveram abordagem uniprofissional ou atividades de ensino e formação; com enfoque clínico ou terapêutico; publicações duplicadas, sem resumo ou texto completo disponíveis; não realizadas no contexto brasileiro; do tipo relato de experiência, ensaio reflexivo ou reflexão teórica, revisão bibliográfica, editorial, carta, artigo de opinião, comentário, biografia e produções acadêmicas como monografia, dissertação e tese.

Na etapa de categorização, os estudos foram organizados em uma tabela contendo as seguintes informações: título, ano, descritor ou termo, periódico, língua, país de publicação e endereço eletrônico (*link* da publicação). Para a seleção dos artigos, procedeu-se a leitura dos títulos e dos resumos e, considerando os critérios de inclusão e exclusão, os artigos foram lidos integralmente. Por conseguinte, todas as etapas foram concluídas de modo independente por dois pesquisadores devidamente treinados, não havendo discordância durante o processo.

Os resultados são apresentados de maneira descritiva, através da exposição dos dados relacionados aos artigos e da análise de conteúdo de tais estudos.

## **RESULTADOS**

A busca nas duas bases de dados identificou 4.986 publicações, sendo 4.097 capturadas no LILACS e 889 no MEDLINE. Após a exclusão de 1.550 artigos duplicados, 3.436 foram selecionados para a leitura do título e resumo. Desse novo total, 2.828 artigos foram excluídos a partir dos seus títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão adotados.

Posteriormente à leitura dos objetivos das 598 publicações remanescentes, 549 foram excluídas por não evidenciarem a interprofissionalidade, o trabalho em equipe e/ou o trabalho colaborativo. Ainda, no que se refere à exclusão dos artigos,

09 foram excluídos por destacarem a interdisciplinaridade e seus correlatos na definição dos objetivos do estudo. A partir dos critérios e procedimentos apresentados, foram incluídos 40 artigos nesta revisão, conforme sintetizado no Quadro 1, no qual são apresentadas as informações extraídas.

Verificou-se que 65% ( $n=26$ ) dos estudos incluídos nesta revisão foram publicados no período de 2016 a junho de 2020, sugerindo o crescimento recente das temáticas em questão. Considerando a classificação de periódicos da Capes para o quadriênio 2013-2016 na área de avaliação da Saúde Coletiva, 77,5% ( $n=31$ ) das publicações encontravam-se em periódicos classificados nos estratos A2 a B2 (A2=5%, B1=52,5% e B2=20%).

Foi possível identificar que 11 artigos (27,5%) apresentavam seu objetivo a partir do termo “interdisciplinaridade”, publicados em sua maioria ( $n=9$ ) entre os anos de 2016 a junho de 2020 (81,8%). O termo “trabalho em equipe” foi identificado no objetivo de 15 artigos (37,5%). Destes, nove publicados entre os anos de 2010 e 2015 (60%) e os demais de 2016 a junho de 2020. Expressivos 62,5% ( $n=25$ ) possuíam em seu objetivo os termos ou seus correlatos “interprofissionalidade” ou “colaboração” e essas publicações concentraram-se entre os anos de 2016 a junho de 2020 (80%).

Quadro 1 – Artigos incluídos e informações extraídas.

Autor, ano	Objetivo(s)	Principais conceitos	Método(s) / Técnica(s) de pesquisa	Nível de atenção/ Local do estudo
Vendruscolo <i>et al.</i> (2020)	Analisar a implicação do processo de formação/educação permanente dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (AB) para a sua <b>atuação interprofissional</b> .	Atuação interprofissional: WHO (2010). Trabalho em rede: Campos <i>et al.</i> (2014).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ NASF-AB
Bandeira <i>et al.</i> (2019)	Compreender as <b>práticas colaborativas</b> dentro das <b>equipes interprofissionais</b> para o acompanhamento odontológico pré-natal na atenção primária à saúde (APS).	Colaboração interprofissional: Araújo <i>et al.</i> (2017). Interprofissionalidade: Loch-Neckle <i>et al.</i> (2009).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ UBS
Cintra; Doricci; Guanaes-Lorenzi (2019)	Compreender como profissionais de saúde descrevem o <b>trabalho em equipe</b> e, ao mesmo tempo, ilustrar conexão entre essa descrição e o modo como operam como equipe.	Trabalho em equipe: Scherer <i>et al.</i> (2013); Doricci (2018). Interdisciplinaridade: Santos & Cutolo (2004).	Qualitativo/ Grupo de Discussão	Primário/ USF
Condeles <i>et al.</i> (2019)	Identificar as percepções dos profissionais de saúde a respeito de <b>trabalho em equipe</b> na Estratégia Saúde da Família.	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001). Processo de trabalho: Gonçalves (1992).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ ESF
Moreira <i>et al.</i> (2019)	Descrever e analisar estratégias de <b>comunicação interprofissional efetiva</b> no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente.	Comportamento antiprofissional: Oliveira <i>et al.</i> (2016). Comunicação interprofissional efetiva: Longo & Smith (2011).	Qualitativo/ Entrevista	Terciário/ Hospital público
Andrade; Garcia; Perez (2018)	Descrever uma rede local de promoção da atividade física e identificar os fatores associados ao <b>trabalho em colaboração</b> ou parceria entre os seus atores.	Rede/relação de colaboração: Newman (2010).	Quantitativo/ Entrevista	Primário/ Clubes, ONGs e Setor público
Arruda; Moreira (2018)	Analisar a percepção dos profissionais de saúde do NAI/UnATI/UERJ em relação à <b>colaboração interprofissional</b> , a fim de se compreenderem os sentidos da colaboração, a interação entre os profissionais e a produção do cuidado.	Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005).	Qualitativo/ Análise documental; Entrevista semiestruturada	Secundário/ Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)
Barros; Spadacio; Costa (2018)	Analisar os potenciais e desafios do <b>trabalho interprofissional</b> com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no contexto da APS.	Trabalho multiprofissional: Agreli <i>et al.</i> (2017); D'Amour <i>et al.</i> (2005). Trabalho interprofissional: Barros <i>et al.</i> (2008).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ UBS
Bispo Júnior; Moreira (2018)	Analisar o <b>cuidado colaborativo</b> exercido entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de referência com base no Apoio Matricial.	Cuidado colaborativo: Mulvale <i>et al.</i> (2016). Apoio Matricial: Campos <i>et al.</i> (2014).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ NASF e ESF
Escalda; Parreira (2018)	Identificar as dimensões do <b>trabalho interprofissional</b> e das <b>práticas colaborativas</b> desenvolvidas por uma equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde.	Interprofissionalidade: D'Amour <i>et al.</i> (2008). Trabalho em equipe: Peduzzi (2001).	Qualitativo/ Observação participante	Primário/ UBS

Farias <i>et al.</i> (2018)	Caracterizar a perspectiva interdisciplinar na ESF numa capital do Brasil, relacionando-a à <b>interprofissionalidade</b> .	Interdisciplinaridade: Japiassu (1976); Furtado (2009). Interprofissionalidade: Costa <i>et al.</i> (2015); Peduzzi <i>et al.</i> (2013).	Quali-quantitativo/ Questionário; Observação participante	Primário/ ESF
Freire Filho <i>et al.</i> (2018)	Comparar atitudes em relação à <b>colaboração interprofissional</b> de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.	Colaboração Interprofissional: PAHO (2017); Crisp & Chen (2014); Frenk <i>et al.</i> (2015). Interprofissionalidade: CAIPE (2017).	Quantitativo/ Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI); Questionário	Primário/ ESF
Peruzzo <i>et al.</i> (2018)	Apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao <b>trabalho em equipe</b> na Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte no Sul do Brasil.	Equipe interprofissional: Peduzzi <i>et al.</i> (2012); Gelbcke <i>et al.</i> (2012). Trabalho em equipe: Camelo (2011).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ ESF
Previato; Baldissera (2018a)	Analisar a comunicação enquanto domínio da <b>prática interprofissional colaborativa</b> em Saúde no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS).	Trabalho multiprofissional e interprofissional: Araújo <i>et al.</i> (2017).	Qualitativo/ Grupo Focal	Primário/ UBS
Previato; Baldissera (2018b)	Analisar a <b>Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde</b> na perspectiva de profissionais das equipes em atuação na Atenção Primária à Saúde (APS).	Prática Interprofissional Colaborativa em Saúde (PICS): WHO (2010); Matuda <i>et al.</i> (2015).	Qualitativo/ Questionário; <i>Photovoice</i>	Primário/ UBS (ESF e NASF)
Reuter; Santos; Ramos (2018)	Analisar as inovações e os desafios apontados pelas coordenadoras da AB para o <b>exercício interprofissional</b> e intersetorial, e a importância dessas práticas como potencializadoras do cuidar e do ensinar a cuidar na APS.	Trabalho interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2008); Peduzzi <i>et al.</i> (2013). Intersetorialidade: Teixeira & Paim (2000).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ Coordenação de Atenção Básica (CAB)
Agreli; Peduzzi; Bailey (2017)	Explorar a <b>Colaboração Interprofissional</b> (CIP) em equipes de APS e compreender como a avaliação do clima da equipe pode fornecer insights sobre a CIP.	Colaboração interprofissional: Fox & Reeves (2014). Clima de equipe: Anderson & West (1998).	Quali-quantitativo/ Entrevista semiestruturada; Escala de Clima na Equipe (ECE)	Primário/ ESF
Teixeira; Couto; Delgado (2017)	Analisar os facilitadores e as barreiras para o <b>cuidado colaborativo</b> entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), no Rio de Janeiro/RJ.	Trabalho em rede: Duarte <i>et al.</i> (2010). Trabalho colaborativo: Bower <i>et al.</i> (2006).	Qualitativo/ Grupo Focal e Grupo de Intervenção	Primário e Secundário/ ESF e CAPSi
Araújo Neto <i>et al.</i> (2016)	Identificar a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre os fatores restritivos do <b>trabalho em equipe multiprofissional</b> .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001). Colaboração interprofissional: Piroló; Ferraz & Gomes (2011).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital público (UTI)

Barros; Ellery (2016)	Compreender a relação entre os profissionais de saúde, numa unidade de terapia intensiva, explorando a <b>colaboração interprofissional</b> .	Prática colaborativa: Ellery (2014). Colaboração interprofissional: WHO (2010); Pirolo <i>et al.</i> (2011).	Qualitativo/ Entrevista	Terciário/ Hospital público (UTI)
Castro; Oliveira; Campos (2016)	Caracterizar as equipes e o processo de <b>trabalho interprofissional</b> do Apoio Matricial desenvolvido na Atenção Básica (AB) do SUS de Campinas (SP).	Apoio Matricial: Campos (1999); Campos (2007); Cunha (2011).	Quantitativo/ Questionário	Primário/ Serviços de Atenção Básica
Dias <i>et al.</i> (2016)	Analisar o nível de <b>colaboração interprofissional</b> no PSPE em um município de médio porte, na região do Nordeste brasileiro, a partir das dimensões e indicadores preconizados por D'Amour e Oandasan.	Colaboração interprofissional: D'Amour & Oandasan (2005). Trabalho em equipe: Marques <i>et al.</i> (2007).	Qualitativo/ Análise documental; Questionário	Primário/ PSPE (Projeto Saúde e Prevenção na Escola)
Faquim; Frazão (2016)	Descrever percepções e atitudes de profissionais da atenção primária sobre as <b>relações interprofissionais</b> na assistência odontológica durante o pré-natal.	Colaboração interprofissional: Matuda <i>et al.</i> (2015); D'Amour <i>et al.</i> (2008); WHO (2010).	Quantitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ ESF
Goulart <i>et al.</i> (2016)	Identificar, junto à equipe multiprofissional, aspectos facilitadores e dificultadores do <b>trabalho em equipe</b> em Unidade Coronariana.	Trabalho em equipe: Silva & Moreira (2015); Peduzzi (2001); Rissardo & Carreira (2014).	Quali-quantitativo/ Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital público
Jacowski <i>et al.</i> (2016)	Descrever a percepção dos trabalhadores de equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o <b>trabalho em equipe</b> .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Roseni <i>et al.</i> (2007); Oliveira <i>et al.</i> (2011).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ ESF
Rocha; Barreto; Moreira (2016)	Analisar a <b>colaboração interprofissional</b> entre gestores e docentes de três IES privadas que adotam a ESF como campo de estágio curricular para seus discentes, gestores e profissionais das EqSF, em Juazeiro do Norte-CE.	Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005); CAIPE (2012). Equipe interprofissional: D'Amour & Oandasan (2005).	Qualitativo/ Análise documental; Entrevista	Primário/ IES e ESF (SMS)
Matuda <i>et al.</i> (2015)	Captar a percepção de profissionais que atuam na atenção primária à saúde (APS) sobre o trabalho compartilhado e a <b>colaboração interprofissional</b> .	Colaboração interprofissional: Feeley <i>et al.</i> (2005); D'Amour <i>et al.</i> (2005); Oandasan (2004); Way <i>et al.</i> (2001). Apoio Matricial: Campos (1999); Campos & Domitti (2007).	Qualitativo/ Entrevista	Primário/ NASF e ESF
Silva; Moreira (2015)	Desvelar o significado do <b>trabalho em equipe</b> dentro da complexidade de uma Unidade Neonatal.	Trabalho em saúde: Barros <i>et al.</i> (2007); Barros & Barros (2007); Bonaldi <i>et al.</i> (2007).	Qualitativo/ Observação participante; Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital público (UN)
Araújo; Galimbertti (2013)	Compreender o processo de <b>colaboração interprofissional</b> , no contexto do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Colaboração interprofissional: D'Amour <i>et al.</i> (2005). Interprofissionalidade: D'Amour & Oandasan (2005).	Qualitativo/ Observação participante	Primário/ NASF
Gonçalves <i>et al.</i> (2013)	Investigar se uma intervenção de treinamento para aumentar a <b>colaboração entre profissionais</b> de saúde mental e atenção primária melhorou a detecção e gestão de problemas de saúde mental na APS em quatro grandes cidades do Brasil.	Cuidado colaborativo: Bower <i>et al.</i> (2006).	Quantitativo/ Questionário: <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-12)	Primário/ Serviços de Atenção Primária

Navarro; Guimarães; Garanhani (2013)	Compreender o significado do <b>trabalho em equipe</b> para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).	Trabalho em equipe: Sousa & Hamann (2009); Ribeiro <i>et al.</i> (2004).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ ESF
Pereira; Rivera; Artmann (2013)	Analisar o <b>trabalho em equipe multiprofissional</b> em saúde com base no referencial teórico da teoria das conversações de Echeverria e nos critérios de análise construídos por Peduzzi.	Trabalho em equipe (multiprofissional): Peduzzi (2001); Peduzzi (2007).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada Observação participante/ direta	Primário/ UBS
Silva; Oliveira Filho (2013)	Analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de <b>atuação em equipe</b> .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001).	Quantitativo/ Entrevista semiestruturada	Secundário/ CAPS
Duarte <i>et al.</i> (2012)	Apreender o <b>trabalho em equipe</b> a partir da prática dos profissionais em uma instituição de saúde.	Trabalho em equipe (multiprofissional): Peduzzi (2001); Peduzzi (2007); Fortuna <i>et al.</i> (2005).	Qualitativo/ Grupo de Discussão (Comunidade Ampliada de Pesquisa)	Terciário/ Hospital filantrópico
Uchôa <i>et al.</i> (2012)	Discutir avanços e desafios do <b>trabalho em equipe</b> multiprofissional na reabilitação infantil.	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Peduzzi (2007). Integralidade do cuidado: Pinheiro (2007); Pinheiro & Mattos (2004).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Secundário/ Centro de Reabilitação Infantil (CRI)
Martins <i>et al.</i> (2011)	Analisar forças impulsoras e restritivas para o <b>trabalho em equipe</b> em um Centro de Material e Esterilização de um hospital, a partir de aproximação da Teoria de Campo de Kurt Lewin.	Interdependência (do trabalho em equipe): Lewin (1939).	Quali-quantitativo/ Questionário	Terciário/ Hospital público (CME)
Peduzzi <i>et al.</i> (2011)	Estudar a contribuição da ação gerencial para a promoção da <b>prática interprofissional</b> .	Trabalho em equipe: Peduzzi (2001); Peduzzi (2007); Fortuna (1999).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Multinível/ Serviços Públicos de Saúde
Piroló; Ferraz; Gomes (2011)	Analisar a <b>atuação interprofissional</b> na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde no contexto da UTI.	Interação interprofissional: Merhy <i>et al.</i> (1997). Interação social: Habermas (1997).	Qualitativo/ Observação direta; Entrevista semiestruturada	Terciário/ Hospital (UTI)
Silveira; Sena; Oliveira (2011)	Discutir os limites e as possibilidades do <b>trabalho em equipe</b> na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e suas implicações para a promoção da saúde.	Promoção da Saúde: Lalonde (1974); Buss (1998). Trabalho em equipe: Piancastelli (2000); Campos & Wendhausen (2007).	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	Primário/ UBS
Kell; Shimizu (2010)	Conhecer como se desenvolve o <b>trabalho em equipe</b> no Programa Saúde da Família.	Transdisciplinaridade: Fazenda (1996). Trabalho em equipe: Peduzzi (1998).	Qualitativo/ Grupo Focal	Primário/ ESF

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A partir do exposto, foi possível identificar os marcos conceituais adotados nos estudos desta revisão. Para a definição de “interprofissionalidade” e seus correlatos, os autores mais citados foram Marina Peduzzi e Danielle D’Amour. Já para as “práticas colaborativas” e seus correlatos a teoria apresentada por Danielle D’Amour e Ivy Oandasan. O “trabalho em equipe” foi conceituado, especialmente, a partir das contribuições da autora Marina Peduzzi.

Quanto ao nível de atenção à saúde em que se desenvolveram os estudos, no nível primário foram 31 (77,5%), abrangendo múltiplos cenários, como: Estratégia Saúde da Família – ESF ( $n=14$ ), Unidade Básica de Saúde – UBS ( $n=8$ ), Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF ( $n=5$ ) e Programa Saúde na Escola – PSE ( $n=1$ ), entre outros. O nível secundário foi relatado em 5 (12,5%) artigos, incluindo: Centro de Atenção Psicossocial adulto – CAPS ( $n=1$ ) e infanto-juvenil – CAPSi ( $n=1$ ), Centro de Reabilitação Infantil – CRI ( $n=1$ ) e Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI ( $n=1$ ). Por conseguinte, foram identificados 9 (22,5%) estudos no nível terciário, que ocorreram em hospitais públicos ( $n=7$ ) e filantrópico ( $n=1$ ), envolvendo a Unidade de Terapia Intensiva – UTI ( $n=3$ ), a Unidade Neonatal – UN ( $n=1$ ) e Centro de Material e Esterilização – CME ( $n=1$ ).

Ao relacionar os objetivos ao nível de atenção no qual se desenvolveram os estudos, foi possível identificar que o conceito de “trabalho em equipe” esteve mais presente nas discussões que englobavam os níveis primário (53,3%) e terciário (33,3%). Ademais, os termos associados à “interprofissionalidade” e à “colaboração” foi amplamente abordado nos estudos de nível primário, respectivamente 69,2% e 82,3%. Por outro lado, o trabalho ou a prática colaborativa foi discutida de modo incipiente nos estudos realizados no nível terciário (5,8%).

Quanto ao método utilizado, 80% ( $n=32$ ) utilizaram o qualitativo, destacando-se os estudos transversais, descritivos e exploratórios, discutidos a partir da análise de conteúdo. Apenas 15% ( $n=6$ ) dos artigos usaram o método quantitativo e apenas 10% ( $n=4$ ) o misto. Em relação às técnicas de pesquisa empregadas, predominaram, nesta ordem: entrevistas ( $n=27$ ); observações ( $n=8$ ), direta ou participante; questionários ( $n=7$ ); grupos focais ou de intervenção ou de discussão ( $n=6$ ); análises documentais ( $n=3$ ); escalas ( $n=2$ ); entre outras mais específicas, como o *photovoice* ( $n=1$ ). As escalas utilizadas foram a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI (*Jefferson Scale of Attitudes*

*Toward Trade Collaboration*) e a Escala de Clima na Equipe – ECE (*Team Climate Inventory*), ambas validadas e adaptadas para a realidade brasileira.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO**

Os resultados desta revisão evidenciaram o perfil das publicações brasileiras sobre interprofissionalidade, trabalho em equipe e trabalho colaborativo. Nesse sentido, o referido método teve como finalidade sintetizar os dados obtidos em pesquisas anteriores sobre a temática, de maneira ordenada, a fim de fornecer informações mais abrangentes acerca do problema em questão, constituindo, assim, um corpo de conhecimento.

Para Cronin e George (2020), uma revisão integrativa examina “o que”, “como” e “por que” o tema foi estudado, além de tomar emprestado técnicas de outros veículos de síntese do conhecimento ao reunir e avaliar estudos (revisão sistemática), descrever o panorama de uma pesquisa sobre um determinado tópico (revisão narrativa), avaliar as conclusões de um estudo em relação a um construto específico (metanálise) e determinar implicações para saber “como” e “por que” um tema deve ser estudado (teoria) futuramente.

A estratégia de busca e seleção dos estudos se mostrou efetiva porque, além de proporcionar o alcance do objetivo da pesquisa, se apoiou em uma produção científica qualificada. A apresentação da síntese do conhecimento aqui expressa se baseia em publicações de elevado rigor científico, sendo que mais de três quartos delas estão incluídas nos estratos de A2 a B2, de acordo com a classificação Qualis da Capes (2013-2016) na área da Saúde Coletiva.

A respeito desse sistema de classificação, ele representa o principal critério adotado para avaliação da produção intelectual dos programas de pós-graduação no Brasil. Conforme aponta Barata (2016), a área da Saúde Coletiva adota critérios rigorosos para a avaliação de periódicos, que consideram as bases bibliográficas nas quais as revistas estão indexadas, assim como os indicadores de citação, a exemplo do índice *h* e do fator de impacto. Sendo assim, a classificação B2 ou superior nessa área engloba um seleto grupo de periódicos nacionais e internacionais, e expressa sua relevância para divulgação da produção científica (GARCIA; DUARTE, 2017).

Em relação ao período de publicação dos estudos, verificou-se que aproximadamente dois terços deles compreendiam os últimos cinco anos. Ao

visualizar essa abordagem crescente sobre a temática, nota-se também uma maior importância atribuída às relações profissionais, especificamente na Saúde, que se desenvolve a partir do estabelecimento de políticas públicas.

Nesse contexto, a portaria nº 2.436 de 2017, que aprovou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reafirmou o trabalho em equipe como sendo fundamental para o processo de trabalho na Atenção Básica (AB), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, além de matriciamento ao processo de trabalho cotidiano (BRASIL, 2017).

Confirmando essa tendência de discussão, Farias *et al.* (2018) relata que na conjuntura atual do setor saúde, há um debate crescente acerca da interprofissionalidade, no que se refere à integração de práticas, mediante a articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões. Previato e Baldissera (2018a) complementam afirmando que, ultimamente, a prática interprofissional colaborativa se apresenta como uma estratégia de suma importância no cenário da saúde, pois possibilita a reversão do modelo hegemônico de atenção, aumentando a resolutividade do trabalho em equipe.

A incorporação desses últimos termos, interprofissionalidade e colaboração, é mais recente que o trabalho em equipe, como se verificou no levantamento dos estudos integrantes desta revisão. Essa constatação pode ser elucidada a partir dos resultados apresentados pelos autores, especialmente no nível primário de atenção. Condeles *et al.* (2019) concluíram que os profissionais percebem o trabalho em equipe como aquele baseado na ajuda mútua, colaboração e nos objetivos comuns, porém, na prática, o trabalho segue uma tendência mais individualizada. Ainda, Barros, Spadacio e Costa (2018) observaram que, em muitos casos, o trabalho em equipe existe, mas não se fundamenta na colaboração. No nível terciário, Barros e Ellery (2016) encontraram que a colaboração entre os profissionais de saúde é um fator imprescindível, mas na prática não se efetiva devido à falta de dispositivos para integração da equipe, ausência de liderança e superlotação dos serviços.

Em síntese, apesar da percepção favorável à interprofissionalidade e ao trabalho colaborativo, em todos os níveis de atenção, ainda existem barreiras para a

efetivação desses conceitos no campo da atenção à saúde. Todavia, há um movimento de reflexão e desconstrução, refletido tanto na melhoria das práticas como no aumento de publicações que discutem tais temáticas. Ao examinar os principais conceitos evidenciados nos estudos, percebe-se que ainda ocorre uma variação ao longo da última década.

Entre os anos de 2010 e 2015, os artigos exploravam, principalmente, o trabalho em equipe e as variantes do termo “disciplinaridade” (multi, pluri, inter e transdisciplinaridade). Já a partir de 2016, os autores passaram a conceituar mais frequentemente o trabalho ou a prática colaborativa, assim como a colaboração interprofissional, com destaque para a interprofissionalidade. Verifica-se, desse modo, uma modificação, ainda que paulatina, no vocabulário utilizado pelos autores para a concepção dos estudos. Enquanto a interdisciplinaridade refere-se à integração de saberes, a interprofissionalidade está relacionada à integração de práticas, mediante a articulação proposital e colaborativa entre as diferentes profissões (FARIAS *et al.*, 2018), sendo essa última um dos focos de investigação desta revisão.

Os conceitos apresentados para o trabalho em equipe e seus correlatos foram principalmente associados aos vocábulos “trabalho em saúde” e “integralidade do cuidado”. Nesse sentido, Peduzzi (2009) assegura que, no campo da saúde, existe um consenso em torno do trabalho em equipe, porém, ainda persiste a noção de equipe que se reduz à coexistência de vários profissionais compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que implica dificuldades para a prática profissional, visto que a equipe precisa de uma maior integração a fim de assegurar a integralidade da atenção ao usuário.

A conceituação atribuída à interprofissionalidade foi acompanhada dos termos “trabalho interprofissional” e “colaboração interprofissional”. Por conseguinte, em relação aos conceitos de colaboração, estes foram mais associados ao “cuidado colaborativo” e também à “colaboração interprofissional”. Percebe-se, portanto, uma aproximação conceitual marcante entre a interprofissionalidade e a colaboração, sendo até mesmo usadas em conjunto nos objetivos de dois estudos. Pullon *et al.* (2016) corrobora esse achado ao afirmar que a colaboração interprofissional é descrita como um princípio fundamental da APS, mas que, na prática, possui um conceito de compreensão variável e de difícil implementação na AB.

Uma constatação relevante que se faz é acerca da concentração dos estudos na Atenção Primária à Saúde (APS). Do total de publicações analisadas, mais

de dois terços delas ( $n=27$ ) situam-se exclusivamente no nível primário de atenção. Peduzzi e Agreli (2018) apontam que, no Brasil, a APS representa o *locus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde baseadas no trabalho em equipe e na prática colaborativa. Barros, Spadacio e Costa (2018) assinalam que o trabalho interprofissional na APS, teoricamente, se mostra como de fácil execução, contudo, desenvolver a colaboração e a integração entre os diversos núcleos de saberes e práticas continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Considerando a organização dos serviços de saúde no país, sabe-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial da APS, fundamentando-se no trabalho de equipes em um território adstrito e nas ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local. Assim, especialmente na atenção primária, as equipes estão envolvidas em uma nova organização da dinâmica de trabalho, com o desafio de transformar o modelo tradicional de assistência à saúde – curativo, individual, hospitalocêntrico e centrado no médico, em um modelo de assistência interprofissional (BRITO *et al.*, 2018).

Além do que já foi discutido, é válido enfatizar a utilização expressiva da metodologia qualitativa em detrimento da quantitativa ou mista, o que representa uma mudança na concepção das pesquisas em saúde. Para Santos *et al.* (2016) o reconhecimento do método qualitativo no campo da saúde aumentou significativamente nas últimas décadas, pois, historicamente, a abordagem quantitativa predominava, sendo relevante para o entendimento de dados sobre populações e ocorrência de determinadas doenças ou problemas de saúde.

Essa nova realidade no âmbito das ciências da saúde põe em evidência a determinação social do processo saúde-doença e, ainda mais, a complexidade do objeto de cuidado dos profissionais de saúde – o ser humano, influenciado por fatores socioculturais e emocionais. Segundo Taquette (2016), a abordagem qualitativa busca compreender essa realidade que os dados de uma pesquisa quantitativa indicam, mas não revelam. Assim, como o trabalho em equipe também envolve questões relacionais e subjetivas importantes, justifica-se o uso do método qualitativo pelos autores.

Por último, o emprego de instrumentos quantitativos, como as escalas, se mostrou pouco utilizado nos estudos sobre trabalho em equipe, interprofissionalidade e colaboração. Ademais, aqueles que aplicaram a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e a Escala de Clima na Equipe

utilizaram também outras técnicas de pesquisa a fim de atingirem seus objetivos, como questionário e entrevista semiestruturada. Por meio dessa observação, inferiu-se a complexidade da referida temática ao mesmo tempo que isso implica a necessidade de estudos mais abrangentes na área.

É importante salientar que o estudo apresentou algumas limitações, como a busca de termos restrita a três idiomas, que pode ter reduzido o número de artigos capturados, além de empregar a mesma estratégia de busca em idiomas distintos, o que pode ter introduzido viés de seleção. No entanto, os resultados desta revisão permitiram identificar um aumento no número de publicações sobre o tema nos últimos cinco anos, bem como revelar lacunas conceituais acerca dos termos explorados.

## CONSIDERAÇÕES

Esta revisão permitiu a identificação de algumas características que possibilitou traçar um perfil dos estudos realizados no contexto brasileiro sobre interprofissionalidade, trabalho em equipe e trabalho colaborativo. Observou-se o crescimento nos últimos cinco anos do número de publicações, que ocorreram em periódicos com boa classificação Qualis Capes.

A análise temporal das publicações desvelou que o “trabalho em equipe” como objetivo das publicações foi mais frequente entre os anos de 2010 e 2015 e aquelas com “interprofissionalidade” e “colaboração” a partir de 2016, demonstrando a incorporação destes dois últimos conceitos nas abordagens do trabalho de equipes da área de saúde. Ademais, destacou-se as relevantes contribuições teóricas/conceituais de Peduzzi *et al.* e D’Amour *et al.*

Os estudos concentraram-se na APS, seguidos daqueles realizados no nível terciário e de forma muito incipiente, no secundário. Foram, majoritariamente, conduzidos com metodologia qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas. Houve, ainda, pouca utilização dos instrumentos quantitativos adaptados e validados ao contexto brasileiro.

Sugere-se, portanto, a realização de estudos nos demais níveis de atenção do SUS com a inclusão da metodologia quantitativa, e, dada a complexidade desse objeto de estudo, por meio de métodos mistos.

## REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *J. interprof. care*, v. 31, n. 2, p. 184-186, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098>. Acesso em: 25 out. 2020.
- ANDRADE, D. R.; GARCIA, L. M. T.; PEREZ, D. C. P. Colaborações locais para a promoção da atividade física: uma análise de rede. *Cad. saúde pública*, v. 34, n. 10, e00127517, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00127517>. Acesso em: 25 out. 2020.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.*, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out. 2020.
- ARAÚJO NETO, J. D. *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev. bras. promoç. saúde*, v. 29 n. 1, p. 43-50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>. Acesso em: 25 out. 2020.
- ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Acesso em: 25 out. 2020.
- BANDEIRA, M. V. R. *et al.* Colaboración interprofesional para el seguimiento odontológico prenatal en atención primaria de la salud. *Salud colect.*, v. 15, e2224, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2224>. Acesso em: 25 out. 2020.
- BARATA, R. C. B. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. *RBPG*, v. 13, n. 30, p. 13-40, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2016.v13.947>. Acesso em: 27 out. 2020.
- BARBOSA, L. A. S. *et al.* Projeto colaboração Interprofissional na Pandemia: reflexões de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o trabalho em equipe. *Res., soc. dev.*, v. 9, n. 10, e2739108476, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8476>. Acesso em: 19 dez. 2020.
- BARROS, E. R. S.; ELLERY, A. E. L. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. *Rev. Rene (Online)*, v. 17, n. 1, p. 10-19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100003>. Acesso em: 25 out. 2020.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*, v. 42, supl.1, p. 163-173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>. Acesso em: 25 out. 2020.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis*, v. 28, n. 3, e280310, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>. Acesso em: 25 out. 2020.

BORGES, G. M. Health transition in Brazil: regional variations and divergence/convergence in mortality. *Cad. saúde pública*, v. 33, n. 8, e00080316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00080316>. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 28 nov. 2020.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 77-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BULJAC-SAMARDZIC, M.; DOEKHIE, K. D.; VAN WIJNGAARDEN, J. D. H. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum. resour. health*, v. 18, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde colet.*, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>. Acesso em: 25 out. 2020.

CINTRA, T. S.; DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. *Rev. SPAGESP*, v. 20, n. 1, p. 24-38, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702019000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003). Acesso em: 25 out. 2020.

CONDELES, P. C. *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 23, n. 4, e20190096, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0096>. Acesso em: 25 out. 2020.

CRONIN, M. A.; GEORGE, E. The Why and How of the Integrative Review. *Organizational Research Methods*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1094428120935507>. Acesso em: 27 out. 2020.

DAHLKE, S.; STAHLKE, S.; COATSWORTH-PUSPOKY, R. Influence of teamwork on health care workers' perceptions about care delivery and job satisfaction. *J. gerontol. nurs.*, v. 44, n. 4, p. 37-44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00989134-20180111-01>. Acesso em: 18 dez. 2020.

DIAS, M. A. S. *et al.* Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. *Ciênc. saúde colet.*, v. 21, n. 6, p. 1789-1798, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>. Acesso em: 25 out. 2020.

DUARTE, E. D. *et al.* O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev. eletrônica enferm.*, v. 14, n. 1, p. 86-94, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.10627>. Acesso em: 25 out. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BARRETO, I. C. H. C. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: produções mediadas pelos afetos. *In: Trabalhar e aprender em conjunto: por uma técnica e ética da equipe de saúde. Série Vivências em Educação na Saúde. Rede Unida*, 2020; p.36-49.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C. M. S. F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl.2, p. 1717-1727, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>. Acesso em: 25 out. 2020.

FAQUIM, J. P. S.; FRAZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde debate*, v. 40, n. 109, p. 59-69, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610905>. Acesso em: 25 out. 2020.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 25 out. 2020.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 26, e3018, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>. Acesso em: 25 out. 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil classificada como Qualis/Capes B2 na área da Saúde Coletiva [editorial]. *Epidemiol. serv. saúde*, v. 26, n. 2, p. 243-244, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200001>. Acesso em: 27 nov. 2020.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 35, n. 3, p. 304-308, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.003>. Acesso em: 25 out. 2020.

GOULART, B. F. *et al.* Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 50, n. 3, p. 482-489, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400015>. Acesso em: 25 out. 2020.

JACOWSKI, M. *et al.* Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. baiana enferm.*, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15145>. Acesso em: 25 out. 2020.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúde colet.*, v. 15, supl.1, p. 1533-1541, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700065>. Acesso em: 25 out. 2020.

MARTINS, V. M. F. *et al.* Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. 5, p. 1183-1190, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500022>. Acesso em: 25 out. 2020.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde colet.*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 19 dez. 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Acesso em: 21 out. 2020.

MIRANDA, G. M. D. Saúde e Desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais. Doutorado em Saúde Pública [Tese]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife 2015; p.189.

MOREIRA, F. T. L. S *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev. gaúch. enferm.*, v. 40, e20180308, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>. Acesso em: 25 out. 2020.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev. min. enferm.*, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>. Acesso em: 25 out. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl.2, 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em Equipe. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Acesso em: 25 out. 2020.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde*, v. 18, supl.1, e0024678, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>. Acesso em: 25 out. 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>. Acesso em: 25 out. 2020.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017>. Acesso em: 25 out. 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, supl.2, 1535-1547, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 25 out. 2020.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Rev. gaúcha enferm.*, v. 39, e2017-0132, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>. Acesso em: 25 out. 2020.

PULLON, S. *et al.* Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *J. interprof. care*, v. 30, n. 6, p. 787-794, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1220929>. Acesso em: 29 nov. 2020.

RAMALHO NETO, J. M. *et al.* Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.*, v. 69, n. 1, p. 162-168, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>. Acesso em: 21 out. 2020.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 22, n. 4, e20170441, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0441>. Acesso em: 25 out. 2020.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 57, p. 415-426, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0370>. Acesso em: 25 out. 2020.

RYDENFÄLT, C.; ODENRICK, P.; LARSSON, P. A. Organizing for teamwork in healthcare: an alternative to team training? *J. health organ. manag.*, v. 31, n. 3, p. 347-362, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2016-0233>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTOS, R. P.; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patrícia Benner. *Rev. bras. enferm.*, v. 69, n. 1, p. 178-182, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SCHMUTZ, J. B.; MEIER, L. L.; MANSER, T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 9, e028280, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc. saúde colet.*, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.20622014>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, J. C. B.; OLIVEIRA FILHO P. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estud. psicol.*, v. 30, n. 4, p. 609-617, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400014>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. *REME Rev. Min. Enferm.*, v. 15, n. 2, p. 196-201, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

TAQUETTE, S. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. *Atas – Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2, p. 524-533, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso em: 30 nov. 2020.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidada colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciênc. saúde colet.*, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>. Acesso em: 25 out. 2020.

UCHÔA, A. C. *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. *Physis*, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100021>. Acesso em: 25 out. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. *Rev. bras. enferm.*, v. 73, n. 2, e20180359, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>. Acesso em: 25 out. 2020.

**Apêndice 2: Roteiro de Entrevista com Profissionais da ESF**

**EQUIPE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2022  
**NOME:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_  
**PROFISSÃO:** (1) ACS (2) CIRURGIÃO-DENTISTA (3) ENFERMEIRO (4) MÉDICO  
**SEXO:** (1) MASC (2) FEM **DESEJAVA TRABALHAR NA ESF?** (1) SIM (2) NÃO  
**TEMPO NA ATUAL EQUIPE:** \_\_\_\_\_ **TEMPO TOTAL NA ESF:** \_\_\_\_\_  
**SENTE-SE REALIZADO TRABALHANDO NA ATUAL EQUIPE?** (1) SIM (2) NÃO  
**POR QUÊ?** \_\_\_\_\_

*Agora, nós vamos conversar um pouco sobre o seu trabalho, o trabalho em equipe aqui na saúde da família. Vamos lá?*

**1) Para você, o que é trabalho em equipe?**

*1.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu (do seu entendimento sobre trabalho em equipe) acontece aqui, na sua equipe?*

**2) Na sua opinião, o que é preciso para se trabalhar em equipe?**

*2.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**3) Para você, quais são os impactos do trabalho em equipe no seu cotidiano aqui na unidade?**

*3.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**4) E para os usuários do seu serviço de saúde, quais são os impactos do trabalho em equipe?**

*4.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**5) A partir da sua vivência, o que facilita o trabalho em equipe?**

*5.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**6) A partir da sua vivência, o que dificulta o trabalho em equipe?**

*6.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**7) O que você acha que poderia ser feito (pela equipe, pela gestão, etc.) para promover o trabalho em equipe aqui em sua unidade?**

**8) Como é a comunicação entre vocês, membros desta equipe, para trabalharem juntos, quer dizer, em equipe?**

*8.1) Você pode dar exemplos de como acontece essa comunicação na equipe?*

**9) Aqui, nesta equipe, temos várias profissões juntas. Você sabe claramente o papel, a função de cada uma?**

*9.1) Você pode dar alguns exemplos de como são desenvolvidas as funções dos seus colegas?*

**10) Como você acha que os outros profissionais da equipe vêem o seu trabalho?**

**11) Como você explica essa visão que eles têm do seu trabalho?**

**12) Pensando agora na relação da EqSF com o NASF-AB, como ocorre a articulação entre a sua equipe e o NASF-AB?**

**13) Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades para o trabalho integrado entre a sua equipe e a do NASF-AB?**

**14) Para finalizar, descreva para mim, como é a sua semana típica de trabalho.**

*(Aqui você pode falar sobre as atividades que você normalmente desenvolve durante a semana, se são individuais ou coletivas, onde elas ocorrem e como são realizadas)*

### Apêndice 3: Roteiro de Entrevista com Profissionais do NASF-AB

**EQUIPE:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2022  
**NOME:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_  
**PROFISSÃO:** (1) A. SOCIAL (2) FISIO (3) FONO (4) NUTRI (5) PROF. ED.FÍSICA  
(6) PSICO (7) TO (8) OUTRA: \_\_\_\_\_ **SEXO:** (1) MASC (2) FEM  
**DESEJAVA TRABALHAR NO NASF-AB?** (1) SIM (2) NÃO  
**TEMPO NA ATUAL EQUIPE:** \_\_\_\_\_ **TEMPO TOTAL NO NASF-AB:** \_\_\_\_\_  
**SENTE-SE REALIZADO TRABALHANDO NA ATUAL EQUIPE?** (1) SIM (2) NÃO  
**POR QUÊ?** \_\_\_\_\_

*Agora, nós vamos conversar um pouco sobre o seu trabalho, o trabalho em equipe aqui no NASF-AB. Vamos lá?*

#### **1) Para você, o que é trabalho em equipe?**

*1.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu (do seu entendimento sobre trabalho em equipe) acontece aqui, na sua equipe?*

#### **2) Na sua opinião, o que é preciso para se trabalhar em equipe?**

*2.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

#### **3) Para você, quais são os impactos do trabalho em equipe no seu cotidiano aqui no NASF-AB?**

*3.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

#### **4) E para os usuários do seu serviço de saúde, quais são os impactos do trabalho em equipe?**

*4.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

#### **5) A partir da sua vivência, o que facilita o trabalho em equipe?**

*5.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**6) A partir da sua vivência, o que dificulta o trabalho em equipe?**

*6.1) Você pode dar exemplos de como isso que você me descreveu acontece aqui, na sua equipe?*

**7) O que você acha que poderia ser feito (pela equipe, pela gestão, etc.) para promover o trabalho em equipe aqui no NASF-AB?**

**8) Como é a comunicação entre vocês, membros desta equipe, para trabalharem juntos, quer dizer, em equipe?**

*8.1) Você pode dar exemplos de como acontece essa comunicação na equipe?*

**9) Aqui, nesta equipe, temos várias profissões juntas. Você sabe claramente o papel, a função de cada uma?**

*9.1) Você pode dar alguns exemplos de como são desenvolvidas as funções dos seus colegas?*

**10) Como você acha que os outros profissionais da equipe vêem o seu trabalho?**

**11) Como você explica essa visão que eles têm do seu trabalho?**

**12) Pensando agora na relação da EqSF com o NASF-AB, como ocorre a articulação entre a sua equipe e EqSF?**

**13) Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades para o trabalho integrado entre a sua equipe e a EqSF?**

**14) Para finalizar, descreva para mim como é a sua semana típica de trabalho.**

*(Aqui você pode falar sobre as atividades que você normalmente desenvolve durante a semana, se são individuais ou coletivas, onde elas ocorrem e como são realizadas).*

#### Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**Título da Pesquisa:** O “nós” e os “nós” do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde.  
**Pesquisador responsável:** Júlio César Guimarães Freire, fisioterapeuta e discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Celular: (83) 98667-6104. E-mail: [juliopb87@gmail.com](mailto:juliopb87@gmail.com)

**Orientador:** Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito, docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – RENASF/UFPB. E-mail: [eduardo.guedes.ufpb@gmail.com](mailto:eduardo.guedes.ufpb@gmail.com)

**Comitê de Ética em Pesquisa:** Centro de Ciências da Saúde - 1º andar. Campus I - Cidade Universitária. João Pessoa-PB. Telefone: (83) 3216-7791. E-mail: [comitedeetica@ccs.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccs.ufpb.br)

Prezado(a) Senhor(a),

Desejamos realizar um estudo que tem o objetivo de analisar a orientação para o trabalho em equipe e as competências para a colaboração interprofissional de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) de João Pessoa-PB. Para isso, utilizaremos instrumentos de pesquisa (roteiros de entrevistas) que nos auxiliará a apreender as percepções de profissionais e usuários da APS acerca do trabalho em equipe e seus impactos na produção do cuidado; caracterizar o processo de trabalho na APS; e verificar os fatores associados e qualificadores da orientação para o trabalho interprofissional de profissionais da APS.

Como benefício dos resultados deste estudo, poderemos contribuir para a identificação de elementos potencializadores e de barreiras para a efetivação da interprofissionalidade, assim como oferecer subsídios para o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na Atenção Básica (AB). Acerca dos riscos e desconfortos que possam vir a acontecer, estes serão de ordem subjetiva, ocasionados por um possível constrangimento gerado por alguma pergunta durante a entrevista, o que prontamente será corrigido pelo pesquisador. Sendo assim, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da entrevista semiestruturada, a qual seguirá um roteiro norteador, com tempo médio de 25 minutos. Assim, esclarecemos o seguinte:

a) Sua participação é totalmente voluntária. Caso aceite, terá liberdade para desistir a qualquer momento, sem nenhum custo ou prejuízo. Do mesmo jeito, não haverá nenhum dano para o senhor(a) se não aceitar participar;

b) As respostas/informações fornecidas pelo senhor(a) durante a entrevista serão mantidas em total sigilo;

c) Os dados coletados durante a entrevista poderão ser utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos, garantindo seu sigilo e privacidade, não sendo revelada qualquer informação ou dado que o identifique;

d) As perguntas contidas no roteiro de entrevista são de fácil entendimento, sendo relacionadas às suas experiências com os serviços ofertados pela AB, no caso de usuário, ou sobre o processo de trabalho e trabalho em equipe/interprofissional, se profissional de saúde; não sendo requisitados conhecimentos específicos;

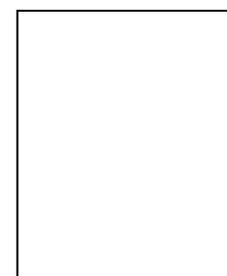
e) Informamos que a sua participação não trará nenhum risco previsto à sua saúde, bem como nenhum benefício material, como o recebimento de doações de medicamentos ou vantagens financeiras, sendo totalmente voluntária;

f) Antes da entrevista, será apresentado este documento para que nos autorize a realizar do estudo. Ainda, o(a) senhor(a) receberá uma via do presente termo.

Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o(a) senhor(a) como participante da pesquisa. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa



Impressão  
datiloscópica  
do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador/entrevistador

## Apêndice 5: Produtos e atividades desenvolvidas durante o Mestrado

- **PRODUTOS** (Artigos, capítulos e outras publicações)

a) Artigo publicado no periódico **Ciência & Saúde Coletiva** (Qualis A1)

BRITO, G. E. G.; FORTE, F. D. S.; FREIRE, J. C. G.; MOREIRA, L. B.; PAREDES, S. O.; SILVA, S. L. A. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2495-2508, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>

b) Artigo publicado no periódico **Sociedade em Debate** (Qualis A2)

DUTRA, M. C.; FREIRE, J. C. G.; BRITO, G. E. G.; CARVALHO, G. A. Humanização no cuidado ao idoso na Unidade de Terapia Intensiva: uma reflexão importante no contexto da pandemia. *Sociedade em Debate*, v. 28, p. 155-170, 2022. Disponível em:

<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2925/1867>

c) Artigo publicado no periódico **Contexto & Saúde** (Qualis A4)

CRUZ, A. P.; BRITO, G. E. G.; FREIRE, J. C. G.; BRAVIN, P. K.; SILVA, S. L. A.; BATISTON, A. P. Análise comparativa do perfil do fisioterapeuta, como parte integrante da equipe de saúde nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Contexto & Saúde*, v. 22, p. e12329, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.12329>

d) Artigo publicado no periódico **Revista de Atenção à Saúde** (Qualis B2)

CRUZ, A. P.; BRITO, G. E. G.; BARBALHO, S. L. S.; FREIRE, J. C. G.; ALVES, A. K. O.; MEDEIROS, B. N. F.; OLIVEIRA, M. I. S.; NEVES, R. F. Fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 19, p. 135-149, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7875>

e) Artigo publicado no periódico **Research, Society and Development** (Qualis C)

SILVA, S. L. A.; CRUZ, A. P.; FREIRE, J. C. G.; SILVA, A. M.; VASCONCELOS, F. G. G.; SANTOS, G. A.; LIMA, M. V. D. S.; OLIVEIRA, M. P. C.; BRITO, G. E. G. Fisioterapia na Atenção Primária no Brasil baseado em um Programa de Avaliação da Qualidade: estudo transversal. *Research, Society and Development*, v. 10, p. e15110212389, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12389>

f) Capítulos publicados em livros:

*Interprofissionalidade e Colaboratividade na Formação e no Cuidado no Campo da Atenção Primária à Saúde (RENASF/Ed. UVA, 2021)*. Título: Trabalho em Equipe, Interprofissionalidade e Colaboração em Saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros (Autor Principal). ISBN: 978-65-87115-15-3

- g) *Aprendizagem, afetações e sentimentos na formação acadêmica em tempos de pandemia da COVID-19: a reinvenção em período remoto* (**Editora Active, 2021**). Título: CAPÍTULO IV – Processo ensino-aprendizagem de uma turma de mestrado profissional: experiência discente durante a pandemia da COVID-19 (Autor principal). ISBN: 978-65-994189-7-6
- h) *Fisioterapia: teoria e prática baseada em evidências* (**VirtualBooks Editora, 2022**). Título: CAPÍTULO 2 – Atenção fisioterapêutica no manejo da Síndrome da Fragilidade em idosos (Coautor). ISBN: 978-65-5606-234-1
- i) *Aprendizagem, afetações e sentimentos na formação acadêmica em tempos de pandemia da COVID-19: a reinvenção em período remoto* (**Editora Active, 2021**). Título: CAPÍTULO V - Integração ensino-serviço-comunidade no contexto da COVID-19: atividades remotas e híbridas como propostas de intervenção (Coautor). ISBN: 978-65-994189-7-6
- j) Trabalhos publicados em Anais de eventos científicos:  
ANDRADE, A. J. B.; FREITAS, M. M. S.; CRUZ, A. P.; FREIRE, J. C. G.; BRAVIN, P. K.; BRITO, G. E. G. As competências colaborativas e o trabalho interprofissional em saúde na atenção primária brasileira: uma revisão de literatura. In: **Anais - I Encontro Nacional de Educação Interprofissional em Saúde: diálogos sobre práticas colaborativas**. Campo Grande: Editora Inovar, 2021, v. 1, p. 153-155.
- k) SILVA, L. G. C.; SILVA, S. L. A.; FREIRE, J. C. G.; NASCIMENTO, E. S.; ANDRADE, P. R.; PEREIRA, D. S.; BRITO, G. E. G. Intervenção fisioterapêutica com foco em exercícios físicos na síndrome da fragilidade: revisão sistemática e meta-análise. In: **Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Fisioterapia**. Campinas: Galoá, 2022, v. 01.
- l) FREIRE, J. C. G.; BRITO, G. E. G.; GOMES, T. B.; ANDRADE, A. J. B.; CRUZ, A. P.; SILVA, M. O.; SILVA, S. L. A. Competências para o trabalho colaborativo e satisfação com o trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2022. v. 01.
- m) FREIRE, J. C. G.; BRITO, G. E. G.; GOMES, T. B.; ANDRADE, A. J. B.; CRUZ, A. P.; SILVA, M. O.; SILVA, S. L. A. Trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2022. v. 01.
- n) SILVA, M. O.; BRITO, G. E. G.; FREIRE, J. C. G.; GOMES, T. B. Perfil das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2009 a 2021. In: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2022, Salvador/BA. **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2022. v. 01.

o) GOMES, T. B.; BRITO, G. E. G.; SILVA, S. L. A.; SILVA, L. G. C.; NASCIMENTO, E. S.; FREIRE, J. C. G.; SILVA, L. I. L. P.; OLIVEIRA, E. M. B. Profissionais fisioterapeutas nos serviços de saúde do Brasil: uma análise do CNES entre os anos de 2007 a 2021. In: **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Campinas: Galoá, 2022. v. 01.

- **ATIVIDADES** (Eventos científicos, oficinas, debates e cursos de qualificação)

a) Participação nas reuniões remotas do grupo de pesquisa: **TRABALHO EM SAÚDE: desafios, avanços e perspectivas**, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

b) Participação no “**SIMPÓSIO ONLINE DE INTERPROFISSIONALIDADE: os desafios para o trabalho interprofissional na atenção primária, divulgando saberes e potencialidades**”, promovido pelo PET-Saúde Interprofissionalidade, da UFJF, 2021.

c) Participação no I **ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE**, realizado pelo PET-Saúde Interprofissionalidade, da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2021.

d) Participação na **OFICINA – INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE** do PET-Saúde Interprofissionalidade. UFPB, 2021.

e) Participação na Roda de Conversa “**O TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA NO CONTEXTO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA APS**”, promovido pela Faculdade de Fisioterapia da UFJF, 2021/2022.

f) Realização do **CURSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL “Preceptoria na Atenção Primária à Saúde”**, produzido pela UFCSPA/UNA-SUS, 2022.

g) Participação no **SEMINÁRIO INTERNACIONAL E GERONTOLOGIA E ENVELHECIMENTO ATIVO**, realizado de forma híbrida em Palmas/TO, 2022.

h) Participação no **IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO**, realizado em Campina Grande, 2022.

i) Participação no **13º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, realizado em Salvador/BA, 2022.

j) Participação na “**I MOSTRA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA: o SUS é o nosso lugar**”, realizada pela Escola de Saúde Pública da Paraíba, 2022.

**ANEXOS**

## Anexo 1: Escala de Clima de Equipe (ECE)

### ESCALA DE CLIMA DA EQUIPE – TEAM CLIMATE INVENTORY

**PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE:** Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Por favor, circule a resposta que você acha que melhor descreve a sua equipe.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
<b>2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. Nós nos influenciemos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
<b>11. Temos contato como Equipe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

Fonte: Silva *et al.*, 2016.

## Anexo 2: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

### ESCALA JEFFERSON DE ATITUDES RELACIONADAS À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL – JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

**INSTRUÇÕES:** Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, escrevendo o número apropriado entre os parênteses disponibilizados antes de cada afirmação. Por favor, use a escala de 7 pontos abaixo:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

**Discordo totalmente**

**Concordo totalmente**

1. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
2. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
3. (\_\_\_) O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.
4. (\_\_\_) As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
5. (\_\_\_) Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente.
6. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
7. (\_\_\_) A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
8. (\_\_\_) O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
9. (\_\_\_) A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.

10. (\_\_\_) A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
11. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
12. (\_\_\_) A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
13. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.
14. (\_\_\_) Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
15. (\_\_\_) Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.
16. (\_\_\_) Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.
17. (\_\_\_) Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
18. (\_\_\_) Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.
19. (\_\_\_) Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
20. (\_\_\_) Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.

TOTAL: \_\_\_\_\_ pontos.

---

Fonte: Abed, 2015.

**Anexo 3: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB**

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** Geraldo Eduardo Guedes de Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10794919.2.1001.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciência da Saúde

**Patrocinador Principal:** CNPQ

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.281.041

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um Projeto de pesquisa aprovado pela Chamada Universal MCTIC/CNPQ 2018 nº. 28/2018– Universal/Faixa A., sob a coordenação do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito. Tendo como membros: ARTHUR DE ALMEIDA MEDEIROS, FRANKLIN DELANO SOARES FORTE, LAÍS ALVES DE SOUZA BONILHA, MARCELO VIANA DA COSTA, FERNANDO PIERETTE FERRARI, KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO e ADRIENE PIRES BATISTON.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o trabalho interprofissional na Atenção Básica.

Objetivos Secundários:

- a) Traçar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de trabalhadores da ESF e do NASF-AB;
- b) Caracterizar o processo de trabalho na ESF e nos NASF-AB;
- c) Identificar o grau de orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PE SSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.281.041

NASF-AB e de suas equipes;

a) Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB;

b) Apreender as percepções de trabalhadores e usuários da ESF e dos NASF-AB acerca do trabalho interprofissional e seus impactos na produção do cuidado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Este estudo possui risco mínimo. O principal risco relacionado à participação no estudo é algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público. Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados primários.

Benefícios:

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o trabalho interprofissional no contexto da Atenção Básica em duas capitais do Brasil. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, analisar o trabalho interprofissional na Atenção Básica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

**Recomendações:**

RECOMENDAMOS QUE, CASO OCORRA QUALQUER ALTERAÇÃO NO PROJETO (MUDANÇA NO TÍTULO, NA AMOSTRA OU QUALQUER OUTRA), O PESQUISADOR RESPONSÁVEL DEVERÁ SUBMETER EMENDA SOLICITANDO TAL(IS) ALTERAÇÃO(ÕES), ANEXANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.281.041

DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL E DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS MESMOS FORAM COLETADOS, AMBOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista o cumprimento das formalidades éticas e legais, somos de parecer favorável a aprovação do presente protocolo de pesquisa, da forma como se apresenta, salvo melhor juízo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1322810.pdf	27/03/2019 11:02:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonaintegralfinal.docx	27/03/2019 11:02:08	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cnpq.pdf	27/03/2019 10:55:17	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cg.pdf	27/03/2019 10:54:26	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	jp.pdf	27/03/2019 10:52:57	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ufpb.docx	27/03/2019 10:51:19	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	27/03/2019 10:48:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMS.pdf	27/03/2019 09:36:30	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.281.041

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_inter.docx	27/03/2019 09:35:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
---	-----------------	------------------------	---------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 24 de Abril de  
2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de  
Sousa (Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br