



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Flávia Campos Pontes

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Sobral-CE

2016

Flávia Campos Pontes

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Socorro de Araújo Dias.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Gestão e Atenção à Saúde

SOBRAL-CE

2016

FLÁVIA CAMPOS PONTES

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Banca Examinadora:



Prof.^a Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente/Orientadora)

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof.^a Dr.^a Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Fundação Oswaldo Cruz – Unidade CE (FIOCRUZ)



Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Sobral- CE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Pontes, Flávia Campos

Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família
[recurso eletrônico] / Flávia Campos Pontes. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho
acadêmico com 119 folhas.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -
Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da
Saúde

1. Colaboração Interprofissional . 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Trabalho em equipe. I. Título.

Ao meu pai (*in memoriam*), que com sua caminhada, seu exemplo de vida e sementes lançadas, fez das nossas vidas uma grande viagem de experiências inesquecíveis, conhecimento e construção de valores.

AGRADECIMENTOS

À minha gratidão:

A Deus por me conceder a graça da concretização de mais um sonho e grande desafio superado!

Ao meu filhote abençoado e amado, Saymon Lucas, que me acompanhou durante todo o mestrado, tendo sempre a colaboração de me esperar ao final das aulas e de acompanhar durante muitas madrugadas (indevidamente, mas para estar ao meu lado) de produção científica. A sua presença, em minha vida, mudou meu foco e objetivos.

Ao meu querido esposo, Marcelo, por todo apoio e paciência durante todos os momentos difíceis dessa caminhada, pela dedicação no compartilhamento das responsabilidades sobre nossa família. Com sua incrível positividade e força de vontade, me motivou à sempre olhar o lado bom de tudo, transformando as águas turbulentas em águas calmas e claras para se contemplar.

À minha amada e abençoada mãe Célia, que mesmo à distância sempre iluminou o meu caminho mostrando por onde deveria seguir. Com sua fé inabalável, grande sabedoria e força indescritível é coluna de sustentação da nossa família, exemplo para todas as gerações que nos sucederão. Meu muito obrigado por acreditar e apostar sempre em mim e nos meus sonhos. E como, Saymon fala: “você é nossa fadinha mágica”! E essa vitória é sua!

Aos meus irmãos, Fernanda e Marcelo, que de alguma forma sempre cuidaram de mim. Companheiros nessa longa caminhada de nossas vidas, onde compartilhamos muitos momentos difíceis, de superação, de ressignificação das nossas próprias vidas, mas que acima de tudo nos unimos mais e mais através do amor.

À Professora Socorro, minha orientadora, que sempre esteve disponível em direcionar o caminho que eu deveria; pela sua sensibilidade e persistência em ter me dado as mãos quando percebida as minhas fragilidades e momentos difíceis de administração de prioridades; pelos encontros de orientação onde construção do conhecimento se tornava tão simples e agradável. Levo dessa convivência exemplo e aprendizagem de foco, disciplina e dedicação, valores que estão além do grande conhecimento técnico científico.

Ao Amigo e Tutor Junior, com quem sempre pude contar para que os processos do trabalho não sufocassem o meu andamento no mestrado. Agradeço pela sua disponibilidade, pelos seus conhecimentos técnicos nos processos de trabalho deixando a minha carga muitas vezes mais leve e me conduzindo por onde deveria andar, e pela sua energia sempre muito positiva.

Aos competentes integrantes da banca examinadora por aceitarem o convite e pelas contribuições na construção deste estudo. Professor Reginaldo, por quem eu tenho profunda admiração pelo seu conhecimento e sabedoria na condução de sua práxis e Professora Sharmênia, que apesar de não conhecer pessoalmente, reconheço sua trajetória e expertise com o tema abordado neste estudo. Profissionais educadores pelos quais tenho grande admiração e respeito.

A todos os docentes e em especial, a Professora Maristela Coordenadora deste Programa de Pós-Graduação e que me acompanha desde a RMSF como minha orientadora. Contribuiu muito através dos conhecimentos técnicos, científicos e emocionais. E em momentos cruciais demonstrou muita sensibilidade, empatia, tolerância e compreensão diante toda trajetória da nossa formação.

À Turma II do Mestrado Profissional, meus queridos companheiros nessa caminhada, pela troca de conhecimento e vivências, pela construção e fortalecimento de laços de amizade. Somos todos pescadores de UVA... Somos todos cúmplices de um sonho realizado.

Aos companheiros do trabalho, pela cobertura durante os momentos de ausência no território, por me incentivarem a prosseguir e pelos laços de amizade construídos. Grande equipe com a qual aprendo todos os dias e que tornam muito mais fácil esse desafio de Gerenciar um CSF!

À Coordenação da Atenção Primária na pessoa de Carina, pelo apoio e direcionamento dado em todas as ocasiões, seja voltada para as questões profissionais ou para as questões acadêmicas das quais compartilhávamos das nossas angústias, alegrias e descobertas.

Às coordenações da RMSF, NASF e ESUS pela disponibilidade em contribuir.

Aos sujeitos do estudo por terem aceitado o convite e colaborado com suas opiniões e depoimentos importantíssimos!

Ao Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transportadora e Saúde Coletiva – LABSUS, na pessoa da mestrandia Lielma pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

Deus abençoe a todos!

“Ao encontrar um precipício não ceda ao salto, mas encontre alguém para construir uma ponte!”

(Autor Desconhecido)

RESUMO

A complexidade do trabalho em saúde passou a exigir a incorporação de novos saberes e ressignificação de práticas. Diante desta complexidade elucida-se o trabalho em equipe como exercício necessário. A Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto Política de Saúde estruturante presume o trabalho em equipe e requer um agir colaborativo. Este estudo orientou-se por este entendimento e analisou o nível de colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo orientado pela episteme da natureza qualitativa, realizado em um município de médio porte populacional e com cobertura total pela ESF. O referencial teórico-metodológico do Modelo de Colaboração Interprofissional de D'Amour (1997) subsidiou a elaboração dos roteiros dos instrumentos, a organização, a análise e a interpretação dos dados. Tomou-se como dados empíricos a base de dados do Sistema de Informação e-SUS; uma escala likert elaborada pelos autores e aplicada individualmente junto aos profissionais da ESF; e textos extraídos de grupos focais realizados junto as equipes. Considerando o referencial, os resultados evidenciaram que: os profissionais da equipe macro da ESF realização de suas atividades em torno de objetivos comuns; guiam suas condutas fortemente orientados por interesses profissionais, tendo irregularmente o cliente como foco central; existem oportunidades para interação da(s) equipe(s), mas os espaços nem sempre assumem este fim, apresentando ainda dificuldades para a pertencibilidade de todos os profissionais a equipe macro; há manifestação de confiança na(s) equipe(s), embora incipiente; os acordos (in)formais decorrem de consensos na ESF com regras definidas em conjunto. A infraestrutura favorece movimentos de compartilhamento de informação, entretanto não é usada adequadamente; há o reconhecimento da presença de uma liderança, entretanto, com posições verticalizadas, tornando-a pouco impactante; existem momentos de capacitação assim como espaços para discussão, mas precisam ser potencializadas. Tais resultados sinalizam um nível 2 de colaboração interprofissional na ESF no município estudado, ou seja, uma colaboração interprofissionais na(s) equipes da ESF em desenvolvimento. Infere-se, por fim, a existências de desafios a serem suplantados, mas que a ESF apresenta potencialidades para alcançar um nível de colaboração ativa (nível 3).

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional. Estratégia Saúde da Família.
Trabalho em equipe.

ABSTRACT

The complexity of health work started to require the incorporation of new knowledge and re-signification of practices. Faced with this complexity, team work is elucidated as a necessary exercise. The Family Health Strategy (FHS) as a structuring Health Policy presumes teamwork and requires collaborative action. This study was guided by this understanding and analyzed the level of interprofessional collaboration in the Family Health Strategy. It is a study oriented by the episteme of the qualitative nature, carried out in a municipality of medium population and with full coverage by the ESF. The theoretical and methodological framework of the D'Amour Interprofessional Collaboration Model (1997) subsidized the elaboration of the instrument scripts, the organization, analysis and interpretation of the data. The data base of the e-SUS Information System was used as empirical data; A likert scale elaborated by the authors and applied individually to the FHS professionals; And texts extracted from focus groups held with the teams. Considering the benchmark, the results showed that: the professionals of the macro team of the ESF perform their activities around common goals; Guide their conduct strongly guided by professional interests, irregularly having the customer as a central focus; There are opportunities for interaction of the team (s), but the spaces do not always assume this purpose, presenting difficulties for the members of the team to belong to the macro team; There is confidence in the team (s), although incipient; The (in) formal agreements derive from consensuses in the ESF with rules defined jointly. Infrastructure favors information sharing movements, however it is not used properly; There is the recognition of the presence of a leadership, however, with vertical positions, making it little shocking; There are moments of empowerment as well as spaces for discussion, but they need to be strengthened. These results indicate a level 2 of interprofessional collaboration in the ESF in the municipality studied, that is, an interprofessional collaboration in the teams of the ESF in development. Finally, the existence of challenges to be overcome is inferred, but the ESF has the potential to reach an active level of collaboration (level 3).

Keywords: Interprofessional Collaboration. Family Health Strategy. Teamwork.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Dimensões da colaboração interprofissional de acordo com tipologia de D'Amour.....	44
Figura 2 - Gráfico de Kiviat-Nível de colaboração interprofissional	47
Figura 3 - Esquema de correspondência entre escala Likert e níveis de colaboração Interpessoal segundo D'amour.....	57
Gráfico 1- Gráfico de Kiviat – Nível de colaboração interprofissional da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-Ce, 2016	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das dimensões e respectivos indicadores de colaboração interprofissional, Sobral-CE, 2015	40
Quadro 2 – Indicadores de colaboração interprofissional, de acordo com a tipologia De D'amour, Sobral-CE, 2015.....	45
Quadro 3 – Matriz de sistematização da colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família, Sobral-CE, 2016	56

LISTA DETABELAS

Tabela 1 – Matriz do relatório de monitoramento do e-SUS das atividades coletivas do tipo reuniões na Estratégia Saúde da Família, Sobral-CE, 2015/2016	60
Tabela 2 – Matriz do relatório de monitoramento do e-SUS das atividades coletivas do tipo outras atividades de saúde na Estratégia Saúde da Família, Sobral-CE, 2015/2016	63
Tabela 3 – Matriz do relatório de distribuição do escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados às dimensões e indicadores	66
Tabela 4 – Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão objetivos compartilhados e visão, no que tange o indicador objetivo	69
Tabela 5 – Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão objetivos compartilhados e visão, no que tange o indicador orientação cliente-centrada x outras.....	71
Tabela 6 – Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão internalização no que tange o indicador convivência mútua	74
Tabela 7 - Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão internalização, no que tange o indicador confiança	77
Tabela 8 – Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão formalização, no que tange o indicador ferramentas.....	79
Tabela 9 - Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão formalização, no que tange o indicador troca de informação	81
Tabela 10 – Distribuição dos escores obtidos pela escla Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão governança, no que tange o indicador centralidade.....	84
Tabela 11 – Distribuição dos ecores obtidos pela escala Likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão governança, no que tange o indica	

dor liderança	85
Tabela 12 – Distribuição dos escores obtidos pela escala Likert de colaboração inter profissional relacionados a dimensão governança, no que tange o indica dor suporte	88
Tabela 13 - Distribuição dos escores obtidos pela escala Liker de colaboração inter profissional relacionados a dimensão governança, no que tange o indica dor conectividade	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CI	Colaboração Interprofissional
CSF	Centro de Saúde da Família
EL	Escala Likert
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS	Estratégia de Informação do SUS
FD	Fonte Documental
GF	Grupo Focal
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PMAQ – AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SDSS	Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAI	Sistema de Informação do NASF
SIREMU	Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Geral	23
2.2	Específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Estratégia Saúde da Família	24
3.2	Colaboração interpessoal	29
3.3	Referencial colaboração interprofissional orientador do estudo	38
4	PERCURSO METODOLÓGICO	48
4.1	Abordagem e tipologia do estudo	48
4.2	Cenário do estudo	48
4.3	Seleção dos participantes	52
4.4	Período do estudo	52
4.5	Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados	53
4.6	Organização e análise dos dados	55
4.7	Princípios éticos	58
5	RESULTADOS	59
5.1	Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: aproximações e distanciamentos registrados em base documental	59
5.2	Nível de colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE A- ROTEIRO ORIENTADOR PARA LEVANTAMENTO DE DADOS POR MEIO DO E-SUS	106
	APÊNDICE B- ESCALA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	107
	APÊNDICE C- ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL	109
	APÊNDICE D- MATRIZ DE SISTEMATIZAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	110
	APÊNDICE E- MATRIZ DE SISTEMATIZAÇÃO NÍVEL DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	111

APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECI DO	112
APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS, DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL	113
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	115
ANEXO B- FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA O E-SUS	117
ANEXO C- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA	119

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, diversos estudos e eventos científicos nacionais e internacionais contribuíram para repensar a organização dos cuidados em saúde e as relações entre os profissionais, de forma a responder a necessidades emergentes.

Um marco deste movimento foi o relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, que estabeleceu a base para impulsionar o desenvolvimento de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, 1978, com a proposta: “Saúde para Todos no ano 2000” e a Estratégia Primária a Saúde (LALONDE, 1978). A visão de ser a saúde resultante da multiplicidade de fatores vem sendo reafirmada nas Conferências Mundiais de Promoção da Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que possa haver efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente eficaz e resolutiva. É definida como uma dos primeiros contatos na rede assistencial dentro de um sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, da atenção à saúde centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência dos profissionais (STARFIELD, 2002).

Compreendendo a importância da APS, é implantado no Brasil, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com a finalidade de contribuir na reorientação do modelo assistencial em conformidade aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade e os princípios organizativos como acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. A concepção de trabalho no PSF supera a centralização na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas, participativas, organizada em equipe de trabalho responsável por uma área adstrita (BRASIL, 2006).

O PSF consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) e organiza-se em equipes multiprofissionais para atender as necessidades de saúde da população, considerando os princípios do SUS. No entanto, a equipe de referência da ESF, constituída por enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene bucal, médico e Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) não é suficiente para atender todas as necessidades em saúde, portanto, compreendendo a complexidade vivenciada pelas equipes da ESF em relação ao cuidado à saúde, bem como o compromisso com aumento da resolubilidade foi incorporado no processo de trabalho da ESF, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O NASF foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2008. Constitui-se equipe de apoio a equipe de referência. A implantação do NASF amplia a atuação da ESF, ancorada num conceito amplo do processo saúde-doença-cuidado, a partir de um trabalho integrado entre os profissionais.

Em meio a esse cenário repleto de mudanças surgem discussões em torno da formação profissional na área da saúde, pois se questiona: a formação destes profissionais visa ao desenvolvimento de competência para uma atuação nesta concepção ampliada de saúde e para um trabalho em equipe? Assim, nos últimos anos uma série de iniciativas de formação, a exemplo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) vem sendo ofertada. Esta formação pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema (ROSA; LOPES, 2010).

Podemos reconhecer, portanto, que no Estado brasileiro a APS representada pelo modelo da ESF envolve a equipe de referência, NASF e, em alguns lugares a RMSF. No cotidiano, identifica-se que as equipes de referências têm dinâmicas organizacionais específicas, mas que se reorganizam na busca da formação de uma única equipe vinculada a um dado território com vistas ao desenvolvimento de uma atenção integral. Situação que denota uma necessária colaboração entre os profissionais.

Do exposto, infere-se o desafio do exercício da colaboração interprofissional na ESF, considerando que estas três equipes referidas atuam num mesmo território. Registra-se que o trabalho na ESF propõe a incorporação de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada membro, buscando, pelo diálogo, a pactuação de uma ação conjunta dos profissionais (MARSAGLIA, 2004). Situação que coaduna com a colaboração interprofissional para responder adequadamente os processos orientados pelo conceito ampliado de saúde.

Quando nos referimos ao conceito amplo de saúde, refletimos o princípio da Integralidade em todas as suas dimensões. Para Mattos (2001), o primeiro sentido de integralidade relaciona-se com um movimento conhecido como “medicina integral”, que criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma avaliação e consequente intervenção focada na queixa, portanto, fragmentada; já que se reconhece o homem com um ser indivisível. Esta postura fundada na especialização passou a ser apropriada pelos demais profissionais de saúde, contribuindo para hegemonia de modelo de atenção à saúde que é conhecido como modelo biomédico, no qual a atenção em saúde é centralizada no conhecimento médico e focada na doença.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade proposto por Mattos (2001) relaciona-se à organização dos serviços e das práticas de saúde ou a denominada integralidade da atenção (compreendendo os vários níveis de atenção à saúde). Desse modo a integralidade é aqui entendida como modo de organização do processo de trabalho.

Portanto, emerge a necessidade de organização contínua do processo do trabalho nas equipes da ESF, a partir de competências que reconheçam os saberes de cada categoria profissional, mas não mais dissociada de um campo comum. Contudo, embora haja relativo consenso quanto a este entendimento; sabemos que vivenciá-lo não é simples, já que envolve aspectos de múltiplas naturezas objetiva e subjetiva, tornando a interprofissionalidade um processo complexo no interior das organizações. Desta problematização, emerge a indagação: O processo de trabalho na ESF apresenta evidência de colaboração interprofissional?

Segundo D'Amour *et al.* (2005) Colaboração Interprofissional (CI) num contexto sanitário-primária é baseada no conceito de ação coletiva da sociologia organizacional que é um tipo de raciocínio para a análise dos processos políticos, sociais e econômicos, entendendo a ação coletiva como um produto das ações e comportamentos decorrente de diversos parceiros.

A insuficiência de colaboração tem se configurado como problema central em qualquer empreendimento coletivo. Parte-se da premissa de que os profissionais devem trabalhar em conjunto para consecução do objetivo pleiteado. Entretanto, a presença de interesses e valores individuais, por vezes, se aflora sob a égide da autonomia e independência. Isto é o que podemos inferir no cotidiano dos serviços.

Sendo a colaboração interprofissional imprescindível para a qualidade da gestão e atenção à saúde da ESF, e que esta enfrenta dificuldades para se instaurar nos serviços de saúde devido aos modelos, ainda, vigentes na formação dos profissionais da saúde e de organização dos processos de trabalho na ESF é que estamos motivados para analisar como se apresenta a colaboração interprofissional na ESF.

Embora, por princípio, a colaboração interprofissional seja orientação implícita para o processo de trabalho na ESF; identifica-se inexpressível produção acadêmica da colaboração interprofissional na ESF. Busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no ano 2015, a partir do cruzamento “colaboração interprofissional” *and* “estratégia saúde da família”, sem filtros de ano de publicação e nem idioma, revelou seis artigos; sendo um artigo em duplicidade. Ressalta-se que, dos cinco (05) artigos identificados, quatro apresentam como campo empírico de investigação o estado do Ceará. Destes, um foi realizado no município que é campo desta investigação com foco no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, distinguindo, portanto, do interesse desta que visa ampliar este olhar da interprofissionalidade na ESF, considerando os diferentes programas e estratégias que se articulam no interior os processos de trabalho; exemplificando: Equipe de referência, NASF e RMSF.

Pelo exposto, justifica-se o presente estudo.

Soma-se a esta justificativa expressa, a vivência da mestrandia em um itinerário de formação articulada a uma prática na atenção e gestão na ESF. Educadora física da RMSF (2008– 2010), posteriormente integrante do NASF (2011-2013) e, desde outubro de 2013, gerente de um Centro de Saúde da Família. Esta experiência aliada as leituras e reflexões do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) levou-me a perceber (in) visibilidade de uma efetiva ação colaborativa entre os profissionais. Este pressuposto não está em consonância com as diretrizes da ESF para o desenvolvimento dos processos assistenciais e gerenciais de uma equipe, resultando na fragilidade da Atenção à Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o nível de Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família em um município com cobertura plena.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe da ESF.
- Examinar a internalização da interdependência de conhecimentos mútuo e confiança entre os profissionais da ESF.
- Verificar, como se expressam, as ferramentas de formalização e troca de informações entre os profissionais da ESF.
- Conhecer o nível de governança da equipe da ESF para o desenvolvimento de ações interprofissionais e interorganizacionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo de revisão está estruturado em três tópicos que convergem diretamente com o objeto desta investigação. Inicia-se com uma descrição histórica, conceitual e organizacional da ESF sinalizando a pertinência desta com a colaboração interprofissional. Prossegue-se, amparado em diferentes autores, na essência dos processos de trabalhos na ESF que é o trabalho em equipe; aqui denominado colaboração/cooperação interprofissional e finaliza-se com a apresentação do referencial de Colaboração Interprofissional que iluminará este estudo.

3.1 Estratégia Saúde da Família

O Brasil é um país em desenvolvimento que, ao longo de séculos, vem buscando a organização de seus sistemas: econômico, de educação e de saúde. Constituído por uma unidade territorial privilegiada, vê-se frente ao desafio de estruturar-se e organizar-se para melhor utilização de seus recursos com vistas a garantir qualidade de vida à sua população.

Nesse processo, a saúde tem sido pauta de intensos debates e constantes movimentos que visam assegurar a garantia de acesso, a integralidade da atenção e o equilíbrio entre recurso e demanda (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2006; ANDRADE, 2007).

A efetivação de um SUS cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade se traduz como um desafio de grande ordem, ao considerarmos que o país se compõe de mais de 5.500 municípios com diversidades política, sócio-econômica, cultural, educacional e estrutural, e exige o estabelecimento de diretrizes que possibilitem adequação ao perfil desses municípios (MERHY e ONOCKO, 2002).

As dificuldades para organização de um sistema de saúde efetivamente integral traduzem o grande desafio de adequação das políticas de saúde aos diferentes contextos sociais.

Na trajetória da planificação e construção desse sistema, os movimentos da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), do Pacto pela Saúde e da adoção de programas estratégicos como o Programa de Agentes

Comunitários (PACS) e o PSF representam a intencionalidade de organizar um sistema de saúde efetivamente integral (BRASIL, 1988, BRASIL, 1991; BRASIL 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2001).

O PSF, criado em 1994 na sucessão do PACS, estabeleceu princípios e diretrizes para a organização da Atenção Primária. A Unidade de Saúde da Família (USF) deve configurar-se em primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Deve organizar-se de modo a atender aos princípios e diretrizes do SUS como Universalidade e igualdade de acesso; tomando em consideração os indicadores epidemiológicos, de risco, vulnerabilidade e exclusão social da população adscrita; Integralidade, organizando seus processos de trabalho e ações com foco na inversão da hegemonia do modelo médico-assistencial; Equidade, fundamentado no princípio de disponibilidade de recursos na proporção da necessidade, devendo priorizar as necessidades, estabelecendo relação de prioridade (OHARA, 2008).

Doze anos após, já em processo de consolidação, o Ministério da Saúde, assume que o, então, PSF cumpre um papel estratégico na consolidação da atenção primária; passando a denominar-se de Estratégia Saúde da Família. A ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS. Essas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade (ANDRADE; BARRETO e BEZERRA, 2012).

A qualificação da atenção primária, por meio da adoção da ESF, possibilita definição de um conjunto de prioridades. As diretrizes dessa estratégia mantêm relação íntima com os princípios declarados no SUS e representa um avanço de contraposição à hegemonia do modelo assistencial centrado na doença. Os pressupostos dessa estratégia estão no desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (CAMPOS, 1994).

A ESF orienta-se por uma série de diretrizes para sua efetivação, tais como: Reconhecimento do Território e suas famílias; Identificação dos problemas de saúde prevalentes e condições de risco; Elaboração do plano local; Organização e planejamento estratégicos; Sistema de referência e contra-referência; Abordagem

domiciliar (visita domiciliar); Participação de grupos comunitários; promoção de ações intersetoriais; Desenvolvimento de processos educativos e novas tecnologias de intervenção. Tendo a integralidade como norteador e os processos orientados pelos fundamentos da Promoção da Saúde (SAITO, 2008).

A definição de integralidade como princípio ético declarado na Constituição de 88, no artigo 7, determina que, os processos de trabalho e a organização do sistema, devem estabelecer relação com cada caso. Essa declaração pressupõe atenção às diferentes necessidades de adequação às especificidades de cada usuário desse sistema. A integralidade, sob essa perspectiva, assume uma dimensão ampla e exige considerações de diversas ordens para a atenção das necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde (SAITO, 2008).

O conjunto de determinantes para o resultado da atenção integral passa a exigir aproximações e olhares específicos aos modelos de assistência (SILVA JUNIOR, 2006), aos processos de educação e formação em saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004) à gestão e gerência (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2006), à participação da sociedade.

Vale destacar que, esses determinantes, dialogam ininterruptamente nas práticas em saúde e, por apresentarem esse comportamento, exigem ações integradas e direcionadas para que a integralidade seja garantida.

Frente a esses pressupostos, a integralidade da assistência na ESF é um desafio de amplas dimensões para profissionais, administradores e para a população e articula em si várias faces e perspectivas, tais como: a estrutural, político-administrativo (acesso, acessibilidade e gestão dos processos de trabalho, recursos e financiamentos); os modelos tecnoassistenciais na relação de complementaridade, integração e do trabalho como ferramenta de diálogo e reconhecimento de necessidades (MERHY, 2006; SILVA JUNIOR, 2006); a formação e educação permanente em saúde como possibilidade e recurso para práticas totalizadoras no campo saúde, transcendendo a lógica de objetivação do sujeito-usuário para a lógica de sujeito propriamente. (BRASIL, 2004); o perfil epidemiológico (riscos e vulnerabilidades: determinantes sócios/culturais, antropológicos, da historicidade, das classes sociais e das formas de produção de cada comunidade), conforme Luz, (2006).

A Integralidade em suas diferentes faces e perspectivas se traduz totalidade a partir do reconhecimento das diversas faces que a compõem, assim, concretiza-se numa assistência integral, à medida que, suas categorias são consideradas e atendidas.

Entre os modelos assistenciais construídos em municípios do país de forma coerente com o processo discursivo da ESF, podemos destacar, a partir de 2001, a proposta produzida por Gastão Wagner de Sousa Campos chamado de Método Paideia. Para Campos (2003), o método objetiva fazer clínica, saúde pública e gestão em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas considerando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisando a ação social em defesa da vida.

Segundo Andrade, Barreto & Bezerra (2006), a proposta leva em conta de que a implantação da ESF deveria produzir uma atuação que focasse numa alteração do modelo assistencial bem como do modelo gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários tendo como principais características a adscrição territorial; vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias; responsabilização pelo cuidado; ampliação da prática clínica com inclusão de sua dimensão social e subjetiva; integração das ações de representantes do governo, dos trabalhadores e usuários em conselhos deliberativos. Suas diretrizes para viabilizar a implantação são a Clínica Ampliada; cadastro de saúde da população vinculação de famílias à equipe local de referência; Acolhimento e responsabilização; Sistemas de co-gestão coletiva.

Dentre as diretrizes em consonância com o foco dessa pesquisa, destaca-se a Clínica ampliada que é considerada a clínica produzida por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença, isso implica em valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isso, sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínicas das diversas categorias profissionais sem, portanto, fundi-las em um campo comum.

Em consonância com esse novo modelo e as necessidades de ampliação da ESF para responder seus objetivos e diretrizes, os NASF foram criados pelo

Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica (AB) no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). (BRASIL, 2008).

O trabalho no NASF é organizado e desenvolvido a partir da utilização de algumas ferramentas, como o apoio matricial, dispositivo que opera como uma retaguarda especializada para equipes da ESF. É um trabalho complementar que oferece suporte assistencial e técnico-pedagógico para a construção compartilhada de projetos terapêuticos entre as equipes (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Tem por objetivo ampliar a clínica com a agregação, de forma dialógica, de outras especialidades e profissões, para uma abordagem integral. Para que o apoio matricial se efetive é necessário um elevado grau de cooperação interprofissional.

Por reforçar a necessidade da articulação do conhecimento nas equipes de saúde, do aprimoramento da interação entre os integrantes das equipes, do desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho, o NASF se constitui como um recurso para a mudança do modelo de prática, em um contexto, ainda, marcado pelo modelo biomédico de atenção.

Tendo em vista essa nova proposta, era evidente a necessidade de melhorar a formação dessas novas categorias para o SUS. Nessa perspectiva, podemos destacar a iniciativa de Sobral, com a criação da RMSF em 1999 em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Prefeitura Municipal de Sobral (BARRETO et al., 2001), na qual a formação dos profissionais na área da saúde da família ocorre por meio da aproximação da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema.

A RMSF reúne diferentes categorias profissionais da saúde, com o objetivo de superar a fragmentação do conhecimento e do cuidado tendo como função primordial preparar esses profissionais para trabalhar em equipe multidisciplinar na ESF, com base nos princípios e diretrizes do SUS (GIL, 2005).

A coletivização e aumento da variedade de profissionais nas equipes de saúde, observados neste contexto, são algumas das principais características dos processos de trabalho em saúde na atualidade, cuja finalidade é assegurar a integralidade da atenção. Uma das exigências para oferecer respostas adequadas

às necessidades de saúde da população é o trabalho associado interdependente, em regime de cooperação, seja em uma unidade isolada (equipe) ou em uma organização, instituição ou sistema (LEARTHARD, 2003).

Maior variedade de profissionais na equipe de saúde modifica a estrutura do trabalho, mas não garante, por si só, a mudança requerida no processo de trabalho e a qualificação da assistência (SHAW et al., 2005). Para tanto, é preciso avançar na compreensão do processo nas equipes de saúde, olhando para o trabalho e a maneira como os profissionais cooperam entre si (SILVA, 2005; FRANCO e MERHY, 2007), a fim de subsidiar a gestão dos serviços de saúde.

Concordando com o exposto, passamos a abordar a categoria conceitual colaboração interprofissional enquanto expressão de um processo de trabalho em equipe, o qual é requerido da equipe multiprofissional que integra a ESF.

3.2 Colaboração Interprofissional

O trabalho em saúde requer permanentemente um fazer/refazer de sua práxis. A complexidade envolvida exige um trabalho multiprofissional atuando em um mesmo campo e direcionados para os mesmos objetivos.

No campo da ciência, a categoria trabalho tem sido objeto de estudos há vários anos. Teorias defendem e comprovam que os processos de trabalho e seus modos de produção determinam relações de poder e subordinação, valores e comportamentos de uma sociedade e os modos de enfrentamento das situações consideradas adversas ao bem-estar do homem (VIEIRA, 2008).

O processo de trabalho em seus elementos simples e abstratos é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independentemente de qualquer forma de vida, sendo antes igualmente comum a todas as formas sócias (MARX. 1985).

Marx e os diversos estudos derivados de suas bases teóricas e conceituais a respeito do processo de trabalho e das necessidades dele resultantes, permite-nos inferir que um grande desafio no campo da saúde é simultaneidade a produção do bem/produto/ação em saúde e o consumo em ato. Nesse campo, Mendes (1988) tece uma discussão e amplia a análise do processo de trabalho em saúde para o campo teórico conceitual da intencionalidade. O autor fundamenta a

tese de que a intencionalidade no trabalho em saúde cria e constrói novas ferramentas e estratégias e potencializa os recursos disponíveis.

Contribuem e ampliam essa discussão, os pressupostos apresentados por Gadamer (1993) ao discutir a objetivação instrumental do corpo como resultante de uma ciência que evolui sob bases da reducionalidade de corpos aos limites fisiofuncionais. Como possibilidade de ampliação dessa perspectiva, Gadamer refere que o Ser em sua integralidade significa também o Ser saudável, apesar disso, a doença mobiliza o sentido para pensar o modo como vivemos e o que esse desequilíbrio significa. Desse modo, o sujeito da transformação do desequilíbrio não poderá ser apenas o profissional da saúde, mas ambos (profissional e usuário), ao estabelecerem um horizonte comum.

Com base nos pressupostos teóricos de Gadamer (1993) e Mendes (1988), podemos observar que práticas em saúde significam desafios, pois além de lidarem com a subjetividade do portador da necessidade, dependerá da legitimação ou não dessa necessidade por parte daquele a quem se atribui a capacidade de atendê-la (o profissional de saúde). A partir do diálogo, entre uma e outra, e da consideração da necessidade, é que a intencionalidade dotada de finalidade mobilizará as tecnologias disponíveis para o atendimento da necessidade trazida e reconhecida.

Nesse contexto (de portador de necessidade - o usuário e de legitimador da necessidade - o profissional), a intervenção sobre um estado de desequilíbrio saúde-doença passa a requerer ações que transcendam à simples lógica técnica processual e passa a exigir um trânsito pelos campos das relações e dos comportamentos. O determinante dos resultados é o diálogo entre necessidade sentida pelo usuário, interpretada e validada pelo profissional da saúde e os horizontes de ambos. Nesse encontro, uma grande gama de possibilidades tenderá a definir os processos de trabalho, o uso das ferramentas e tecnologias em saúde e mais que isso, a possibilidade de vínculos entre usuário e profissional, transcendendo ao monólogo entre sujeito/profissional e objeto/paciente, para o diálogo sujeito/profissional e sujeito/usuário (ARAÚJO, 2006).

Dialogar com usuários portadores de necessidades de saúde passou a exigir diversas competências; constitui-se um campo de grande complexidade e um desafio de grande dimensão. A complexidade do trabalho em saúde, passou a exigir ampliação dos sentidos e resignificados para as práticas e evidenciou a necessidade

da adoção de estratégias que possam responder às demandas do contexto agora evidenciado.

Dentre as estratégias, o trabalho em equipe é visto como possibilidade. A dimensão do trabalho discutida até aqui amplia-se e adquire maior complexidade ao serem atribuídos a uma equipe o papel e a responsabilidade de manterem um diálogo entre necessidades, práticas e ações em saúde. Ao se instituir uma equipe de saúde, pressupõe-se que os diversos conhecimentos e competências poderão interpretar “melhor” as necessidades trazidas aos serviços de saúde e intervir coerentemente sobre elas.

Autores descrevem o trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 324).

Equipe, para Peduzzi (2001), consiste em uma ação integrada, regida por normas consensuais, baseada na intersubjetividade da compreensão e do reconhecimento mútuo, isenta de coerção. A equipe possui um desempenho coletivo, com associação gerencial de habilidade e talentos individuais em uma habilidade coletiva, produzindo atividades e atuações de maneira mais eficiente e efetiva, na qual o resultado é maior do que a soma das partes individuais (ABREU, MUNARI, QUEIROZ & FERNANDES, 2005).

Na perspectiva de Queiroz e Araújo (2009), a atuação do trabalho em equipe visa um atendimento integral, fortalecendo a autonomia e a qualidade de vida do paciente. Todavia, para que a assistência prestada favoreça a compreensão do usuário acerca do seu estado de saúde e estimule o exercício de sua autonomia, faz-se necessária uma melhor integração da equipe, bem como uma atuação articulada e coerente. Para a integração da equipe, é de vital importância à clarificação, entre todos os seus integrantes, das suas atribuições, papéis, limitações e possibilidade de intervenção.

Neste sentido, pode-se assegurar que um bom relacionamento entre equipe-usuário-família favorece todos os envolvidos, visto que a inclusão do usuário e da família no trabalho da equipe, contribuindo para uma postura ativa e participativa, proporciona maior confiança, segurança, acolhimento do paciente, refletindo em um melhor enfrentamento do processo de saúde-doença.

O trabalho em equipe pode adquirir várias configurações, de acordo com o seu modo de funcionamento, tais como pluridisciplinar, multidisciplinar,

interdisciplinar e transdisciplinar. O foco do estudo é na equipe multiprofissional, com a expectativa de um processo de trabalho interdisciplinar.

A atuação multiprofissional se configura como um trabalho coletivo organizado por profissionais de diversas categorias, cuja contribuição individual ressoa no produto final, atendendo às particularidades de cada área na solução de problemas diagnosticados em conjunto pelos seus membros. A interação da equipe de saúde propicia aos profissionais um enriquecimento de sua prática, aprofundamento do saber, permitindo a ampliação do conhecimento por meio da contribuição das diferentes categorias profissionais, potencializando a atuação da equipe. (ARAÚJO, 2006).

A partir dos pressupostos e das teorias sobre o processo de trabalho em saúde, do reconhecimento dos sujeitos envolvidos e da definição do que se constitui trabalho em equipe, podemos considerar que a atuação multiprofissional, desenvolvida sob bases de uma equipe, é uma estratégia que tende a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada segundo as necessidades trazidas pelos usuários no âmbito da saúde. Assim, o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Para além do trabalho em equipe, a ação multidisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional de reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que então inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/família é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multi e interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre diferentes fatores que interferem no equilíbrio saúde-doença. (SAITO, 2008)

A dimensão processual para o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar amplia-se no campo da saúde pública e alcança um status de necessidade interna diante da complexidade e da diversidade que compõem o país em relação às suas diferenças socioeconômicas, educacionais e culturais. Frente a esse perfil, desponta a necessidade de a instituição adotar práticas que garantam a eficácia da atenção às necessidades de saúde e, além disso, manter uma face humana.

Galván (2007) expõe que a interdisciplinaridade leva a uma reflexão profunda a respeito do conceito de ciência, possibilitando o resgate da unidade do seu objeto de estudo, no caso o paciente.

Neste sentido, o trabalho interdisciplinar, tem como foco as necessidades do usuário, favorecendo a integração dos profissionais de saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, visando seu bem-estar. As dificuldades e situações inesperadas vivenciadas pelos usuários do serviço de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ressoam no trabalho da equipe, demonstrando que uma única categoria profissional não consegue abarcar todos os fatores intrínsecos ao processo de saúde e doença e aqui visto saúde dentro de sua concepção ampla.

Santo e Sebastiani (1996) destacam que as disputas e as divergências estão vinculadas a uma formação profissional geradora de sentimentos onipotentes, centralizadores e individualistas, os quais estimulam as barreiras da relação entre os profissionais e, conseqüentemente, acabam interferindo nas relações da equipe com os usuários e seus familiares.

O desconhecimento do saber do outro propicia a hegemonia de determinadas profissões sobre as outras, favorecendo tanto a desvalorização, quanto a subordinação indevida, dentro equipe (FOSSI e GUARESCHI, 2004). Podem-se constatar, também, dificuldades institucionais da organização do serviço expressas na falta de espaço qualificado de construção dentro das rotinas de uma UBS, comprometendo a comunicação da equipe.

Abreu (2005), expõe em seus estudos que o fator que mais interfere na ação integrada, acarretando insegurança e insatisfação, é o relacionamento interprofissional. O respeito e a comunicação se configuram como fundamentais para um processo de trabalho, atuando na amenização dos conflitos. É importante ressaltar, entretanto, que a configuração de trabalho em equipe, ainda, encontrasse em construção, possuindo inúmeras limitações e barreiras (QUEIROZ e ARAÚJO, 2009).

Leite e Vila (2005) frisam que a equipe multiprofissional vivencia momentos estressantes, tais como a dificuldade frente à resolubilidade e aos recursos materiais e humanos insuficientes. Em suma, esse cenário promove tensões e interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário. A delimitação dos papéis profissionais dos membros da equipe de saúde favorecem a diminuição da ansiedade e estimula o profissional a se responsabilizar pelas suas atitudes.

Desse modo, deve-se incentivar o desenvolvimento do relacionamento da equipe por meio da valorização do diálogo construtivo, da honestidade, da amizade e do respeito mútuo, bem como impulsionar a motivação do grupo para a construção de uma equipe articulada, harmoniosa e comprometida com a assistência de qualidade.

Fazendo referência a Silva, Scapin e Batista (2001), a convivência e a formação interprofissional alteram atitudes e percepções negativas entre os membros. A abordagem interdisciplinar e a busca da integralidade nos sistemas universais trazem para a agenda a necessidade da adoção de estratégias para melhorar a interação entre os profissionais, para uma atenção centrada nas necessidades dos pacientes e das comunidades e que alcance melhores condições de saúde.

As discussões na área da saúde sobre a colaboração interprofissional começaram na primeira metade do século XX, porém, a importância da temática nas produções científicas e nos projetos de prática multiprofissional aumentou significativamente somente após a Segunda Guerra Mundial (BALDWIN, 2007). Na década de 1970, seguindo a mesma direção das discussões sobre a APS, a OMS passa a considerar a educação interdisciplinar como estratégia complementar aos programas tradicionais de ensino na formação dos profissionais de saúde (OANDASAN, 2004).

Esse movimento influenciou diversos países, como o Reino Unido, onde a estratégia da cooperação interprofissional faz parte do planejamento e da política de governo adotada pelo seu sistema de saúde. Tal política governamental reforça a necessidade de modernização e mudança do sistema de formação profissional e de serviços de saúde, enfatizando a importância da cooperação e a necessidade de partilhar conhecimentos e aprendizados (LEATHARD, 2003).

No Canadá, iniciativas na formação e no exercício profissional apoiadas por políticas governamentais e acordos entre os sistemas de saúde e educação são exemplos de cooperação interprofissional (OANDASAN, 2004).

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anuncia a criação de um grupo de estudos em educação interprofissional e prática colaborativa, respondendo a uma necessidade de formação de mais profissionais para a área da saúde de maneira interdisciplinar e elaboração de novas estratégias de ensino,

reconhecendo a necessidade dessa temática na construção de sistemas e programas de saúde na atualidade (YAN, 2007).

Essas estratégias são endossadas em 2010 com o lançamento da publicação: “Framework for action on interprofessional education & collaborative practice (WHO, 2010)”, afirmando a colaboração interprofissional como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos.

Considerando o exposto é preciso atentar-se, ainda, às especificidades do trabalho em uma equipe de referência da ESF e as equipes de apoio, já que quanto maior a equipe a probabilidade de que as relações sejam mais complexas. Na ESF, a equipe de saúde vivencia o adoecimento familiar, a mudança de sua estrutura familiar e suas conseqüentes adaptações ao processo saúde-doença. Com isso, a atuação da equipe não se restringe ao usuário, mas, envolve toda a família. Esta família tem direito a integralidade da Atenção por meio de um trabalho articulado com a rede de Atenção em Saúde desenhando suas linhas do cuidado.

Neste sentido, pode-se dizer que a colaboração dos diversos profissionais no desenvolvimento do cuidado é imprescindível. Nessa proposta, o processo de trabalho deve ser conduzido por equipes de saúde compostas por diferentes profissionais, refletindo a ampliação da concepção do processo saúde-doença, por meio da oferta de tecnologias específicas de APS e da organização das ações a partir das necessidades do território (STARFIELD e SHI, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os profissionais deverão reorganizar suas práticas de modo que o diagnóstico de saúde da comunidade, componente do processo de planejamento e programação local de suas ações, seja realizado a partir de uma abordagem interdisciplinar que leve em consideração os determinantes sociais da saúde-doença, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a intersetorialidade, entre outros (BRASIL, 1997).

Passados mais de quinze anos da implantação da ESF, diversos autores (MENDES, 2002; CAMPOS, 2007; FRANCO e MERHY, 2007) têm analisado aspectos referentes à organização e estrutura do modelo brasileiro de APS. Embora, considerem que, a implementação da ESF se configure como um importante desafio

da gestão, apontam, sob diferentes pontos de vista, vários obstáculos relacionados à necessidade de se estabelecer um processo de compartilhamento de responsabilidades e ampliar conceitos, conhecimentos e tecnologias que, ainda, não são de pleno domínio pelos profissionais e gestores.

A oferta de profissionais preparados para a atuação nesse modelo de APS é baixa. A formação profissional, ainda, é marcada pelo modelo convencional de atenção, baseado nas especialidades médicas e em um sistema de saúde fragmentado, com pequeno grau de coordenação e planejamento da assistência (MENDES, 2002; CAMPOS, 2007).

Apesar de existirem diretrizes para a reorganização dos serviços, ainda, permanecem desafios a serem superados, pois esse arranjo altera as relações de poder entre profissionais, usuários e gestores. Uma cultura médico-centrada permanece orientando a organização do processo de trabalho das equipes, que tendem a operar sob a lógica da produção de procedimentos. Uma mudança efetiva do modelo assistencial requer o desenvolvimento de ações que reorganizem as práticas das equipes em seus processos decisórios no cotidiano de trabalho (FRANCO; MERHY, 2007).

Para isso, Franco e Merhy, (2007) reconhecem a necessidade de articulação do conhecimento nas equipes de saúde para o aprendizado das dinâmicas relacionais e interação com o outro (usuário ou integrante da equipe). Consideram necessário, ainda, avançar no domínio do uso das tecnologias leves (principalmente as de comunicação e interação); no desenvolvimento de novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, outra micropolítica para esse trabalho e nova ética que o conduza.

A colaboração interprofissional pode ser definida como o conjunto de relações e interações que acontecem entre profissionais que trabalham juntos, no âmbito de equipes de saúde. É um processo complexo, de múltiplos determinantes, voluntário e dinâmico, que implica constante negociação (D'AMOUR, 2005).

Em revisão de literatura, D'Amour et al. , (2005) identificaram termos relativos à definição do conceito de colaboração interprofissional, classificados de acordo com as seguintes palavras-chave: (1) partilha (sharing), descrita como divisões de responsabilidades, compartilhamento de tomada de decisão; (2) parceria (partnership), referindo-se a relações de afinidade, comunicação aberta, respeito e confiança mútuos; (3) interdependência (interdependency), mútua dependência,

participação de cada profissional nos projetos terapêuticos; e (4) poder (power), empoderamento de cada integrante, que tem seu poder/valor reconhecido pela equipe. Para esses autores, o agrupamento de profissionais em equipes de saúde não leva necessariamente à colaboração. Para que esta ocorra, é necessário o desenvolvimento de processos colaborativos no âmbito das equipes, trabalhando as dinâmicas relacionais, bem como a relação com os demais determinantes.

Para alguns especialistas, a prática de colaboração relaciona-se com um compartilhamento de poder entre os parceiros de trabalho, uma busca de objetivos pactuados em discussões e negociações, uma participação ativa e um envolvimento do profissional nos processos de trabalho coletivo (FEELEY et al., 2005). Algumas características, como dinamismo profissional, capacidade de compartilhar poder, resolutividade, flexibilidade, capacidade de respeitar mutuamente e disposição para aprender, podem facilitar a prática colaborada (OANDASAN et al., 2004).

A colaboração é mais propensa a acontecer quando os profissionais partilham interesses, valores e filosofias similares (GABOURY et al., 2009).

Sobre os determinantes da colaboração podemos destacar três categorias de análise (SAN MARTIN-RODRIGUEZ et al., 2005): A primeira refere-se aos fatores sistêmicos, relativos a elementos externos às organizações (sistemas social, cultural, educacional e profissional). Nessa categoria, ressalta-se a importância da distribuição igualitária de poder entre os membros das equipes e a existência de uma cultura dominante da autonomia profissional, que tende a aumentar o individualismo e especialização em detrimento da cooperação. A segunda, refere-se aos fatores organizacionais, como o tipo de estrutura organizacional (centralizada ou descentralizada; vertical ou horizontal), a filosofia da organização, o apoio administrativo e os recursos para o trabalho que podem potencializar ou impedir a cooperação, dependendo de seus termos. A terceira categoria refere-se: aos fatores interacionais, como a receptividade aos ideais da colaboração e o compromisso com a prática cooperada; a confiança pessoal e na equipe/colega; a comunicação efetiva e o respeito mútuo.

Os efeitos da prática de colaboração podem alcançar desde uma melhor resolubilidade das ações (OANDASAN et al., 2004; GABOURY et al., 2009), incluindo o aumento da diversidade de sua oferta (GABOURY et al., 2009; D'AMOUR et al., 2005) até a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do

respeito entre os integrantes das equipes (OANDASAN et al., 2004). Pode melhorar os resultados no cuidado a pacientes de grupos específicos (STRASSER et al., 2008; SINCLAIR et al., 2009); usuários de serviços de práticas complementares (GABOURY et al., 2009); e de equipes de saúde da família (GOLDMAN et al., 2010; WAY et al., 2001). Outros estudos demonstram que, equipes que colaboram entre si, estarão mais aptas e capazes para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população/comunidade e desenvolver novas tecnologias de atenção, produzindo respostas às demandas de saúde (OANDASAN et al., 2004).

Para McDonald e McCallin (2010) quatro questões permanecem como desafios. Como a colaboração interprofissional é um conceito multidimensional, para muitos profissionais ela é um objeto ainda obscuro, em relação ao qual não se sabe exatamente o que está envolvido. O segundo aspecto diz respeito aos desafios relacionados à presença de diferentes prestadores de serviços, o que torna mais complexa a problemática da definição de padrões para assegurar segurança e qualidade na assistência. Conhecimento das atribuições e responsabilidades e boa capacidade de comunicação são aspectos cruciais para uma colaboração interprofissional efetiva. Por fim, quase sempre os papéis do paciente e da família não estão claros na interação com e entre os profissionais, o que pode representar dificuldades adicionais em um modelo de prática colaborativa.

Tendo descrito sobre o trabalho na ESF e o desafio da colaboração interprofissional entre estes, passamos a apresentar um referencial de colaboração interprofissional. O referencial proposto por D'Amour, o qual orientará este estudo.

3.3 Referencial de colaboração Interprofissional orientador do estudo

Danielle D'Amour, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Montreal, no Canadá, em seu estudo sobre ação coletiva e colaboração interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde desenvolveu um Modelo de Colaboração Interprofissional.

D'Amour et al (2005), analisando os modelos teóricos, em uma acepção estrita, identificaram dois estudos derivados da teoria organizacional: um apoiado na sociologia organizacional e outro na teoria da troca social. No primeiro, os pesquisadores propuseram um modelo que levava em consideração aspectos

ligados à tarefa, à composição do grupo e aos contextos culturais e organizacionais. Eles estudaram equipes do sistema de saúde do Reino Unido e os achados mostraram, entre outros aspectos, que equipes que trabalham bem, juntas, são mais efetivas e inovadoras. No segundo estudo foram investigados centros de saúde comunitária em Quebec (Canadá). Os resultados mostraram que a colaboração interprofissional depende das características do conflito, incluindo as complexidades das regras e dos compromissos profissionais.

No estudo apoiado na sociologia organizacional (D'AMOUR et al., 2008) o processo de colaboração é conceituado em quatro dimensões: finalização (objetivos compartilhados), que se refere à existência de objetivos comuns e o reconhecimento de motivações divergentes e múltiplos compromissos e sua apropriação pela equipe; interiorização (senso de pertencimento), dada pela consciência dos profissionais de sua interdependência; formalização (estruturação do cuidado clínico), por meio de protocolos que regulam a ação; e governança, que diz respeito às lideranças em níveis central e local, às expertises e ao grau de conexão entre elas. Esse modelo foi aplicado para analisar a colaboração entre profissionais, atuando em diferentes tipos de organização, que faziam parte de uma rede. Os resultados mostraram que, maior grau de colaboração, estava associado à forte liderança e a serviços mais acessíveis e contínuos (D'AMOUR et al., 2005).

Segundo os pesquisadores, a teoria da troca social parte da suposição de que as estruturas sociais podem ser entendidas pela análise das transações interpessoais. A compreensão das interações seria a chave para o entendimento dos comportamentos sociais complexos entre os grupos (D'AMOUR et al., 2005).

Portanto, o Referencial Teórico e metodológico conhecido como Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por D'Amour (1997), possui como marco teórico a Teoria da Ação Coletiva a qual está relacionada à sociologia organizacional e à análise estratégica desenvolvida por Crozier e Friedberg (1977). E pode ser utilizado para analisar os níveis de colaboração em sistemas complexos com modos heterogêneos de interação entre seus vários atores e sugere que a ação coletiva ou colaboração interprofissional pode ser analisada com base em quatro dimensões, operacionalizadas a partir de 10 indicadores (D'AMOUR et al., 2008).

Duas dimensões que envolvem relações entre os indivíduos e duas que envolvem o ambiente organizacional (que influencia a ação coletiva). As quatro dimensões são interdependentes e se influenciam mutuamente. As dimensões relacionais são:

- 1) **Objetivos comuns e Visão**, que se refere à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e lealdades múltiplas, e a diversidade de definições e expectativas em relação colaboração. Indicadores (Objetivos, orientação centrada no usuário versus outras orientações);
- 2) **Internalização**, que se refere a uma tomada de consciência pelos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-los, e que se traduz num sentimento de pertença, o conhecimento de cada um dos outros valores e disciplina e confiança mútua. Indicadores (Conhecimento mútuo e confiança).

As dimensões organizacionais são:

- 1) **Formalização** (estruturação de atendimento clínico), a medida em que os procedimentos documentados que se comunicam resultados desejados e comportamentos existem e estão sendo usadas. Formalização esclarece as expectativas e responsabilidades. Indicadores (Ferramentas de formalização e Troca de informações);
- 2) **Governança**, isto é, as funções de liderança que a colaboração de apoio. Governança dá direção e apoia os profissionais como implementar inovações relacionadas com interprofissionais e interorganizacionais práticas colaborativas. Indicadores (Centralização, liderança, suporte para inovação, conectividade).

Objetivando maior visibilidade das dimensões e dos indicadores a elas vinculados, passamos a apresentar no formato de Quadro uma síntese do referencial.

Quadro 1 - Descrição das dimensões e respectivos indicadores de Colaboração Interprofissional

(Continua)

Dimensão	Indicador	Descrição
Objetivos compartilhados e visão	Objetivos Orientação cliente-centrada x outras-lealdades	Este indicador está relacionado com os valores profissionais e os objetivos comuns. Identificação e partilha de objetivos comuns é um ponto de partida essencial

Quadro 1 - Descrição das dimensões e respectivos indicadores de Colaboração Interprofissional.

(Continua)

		<p>para uma empresa colaborativa. Os dados sugerem que o objetivo mais susceptível de conseguir partes interessadas é o da promoção da assistência centrada no cliente, portanto, responder às necessidades destes, torna-se um objetivo central com o qual todos poderiam concordar. A questão é que esse objetivo implica numa transformação radical de valores e práticas e a sua concretização seria realmente uma inovação.</p> <p>Há geralmente uma estrutura complexa de interesses envolvendo uma variedade de tipos de lealdade: à clientela, à profissão, à organização, ao interesse privado etc. O resultado é, portanto, uma assimetria de interesses entre os parceiros ou parcial convergência de interesses. Ajustes mútuos são necessários diante da necessidade de negociação mais importante. Em alguns casos, é possível negociar. Em outros, não há nenhum processo de negociação. Quando objetivos comuns não são compartilhados, o risco é que os interesses privados venham a surgir, resultando num comportamento oportunista e numa concomitante perda de foco da colaboração cliente-centrada.</p>
Internalização	<p>Convivência mútua</p> <p>Confiança</p>	<p>Os dados evidenciam que os profissionais devem conhecer-se pessoalmente e profissionalmente, uma vez que, eles estão a desenvolver um sentimento de pertença a um grupo e pretendem obter sucesso na formulação de objetivos comuns. Conhecer-se pessoalmente significa conhecer os valores dos outros e de seu nível de competência, ao passo que conhecer-se profissionalmente implica conhecer sobre o quadro disciplinar de referência, a abordagem aos cuidados e âmbito da prática do outro. E o processo de familiariza</p>

Quadro 1 - Descrição das dimensões e respectivos indicadores de Colaboração Interprofissional

(Continua)

		<p>ção destes sujeitos ocorrem ocasiões sociais, atividades de formação e troca de informações formais e informais; portanto, se faz necessária a viabilização de condições sociais que venham a promover a colaboração, especialmente por meio da interação social.</p> <p>Segundo os profissionais, a colaboração só é possível quando se tem confiança nas competências e capacidade de assumir responsabilidades dos outros. Confiança reduz a incerteza. Profissionais que não sabem bem uns sobre os outros, devem constantemente avaliar os riscos e permitirem-se a se colocarem em posição vulnerável. Quando há muita incerteza, dados mostram que os profissionais de saúde tendem a monopolizar a responsabilidades seus clientes o maior tempo possível, para evitar colaborar. Tais ações vão contra a metade construção de redes. Profissionais devem usar os resultados da colaboração para avaliar os outros e construir a confiança.</p>
Formalização	<p>Ferramentas de formalização</p> <p>Troca de informação</p>	<p>A formalização é um importante meio de clarificar as responsabilidades dos diversos parceiros e negociar como as responsabilidades são compartilhadas. Existem muitos tipos de ferramentas de formalização: acordos interorganizacionais, protocolos, sistemas de informação, etc. Para profissionais, é importante saber o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros.</p> <p>A troca de informações refere-se à existência e ao uso adequado de uma infraestrutura de informações para permitir a troca rápida e completa da informação entre os profissionais envolvidos. Os resultados sugerem que os profissionais se utilizem de sistemas de informação para reduzirem a incerteza em suas relações com parceiros que não conhecem bem.</p>

Quadro 1 - Descrição das dimensões e respectivos indicadores de Colaboração Interprofissional

(Continua)

		<p>O feedback faz com que os profissionais forneçam e recebam informações das quais precisam para darem seguimento ao tratamento de seus clientes, bem como para avaliar os seus parceiros, com base na qualidade das trocas de informações. Este é um aspecto importante para o estabelecimento de relações de confiança.</p>
Governança	<p>Centralidade</p> <p>Liderança</p> <p>Suporte para inovação</p> <p>Conectividade</p>	<p>Centralidade refere-se à existência de uma direção clara e explícita que se destina a orientar a ação, neste caso, para a colaboração. Os dados revelam a importância do envolvimento de algumas autoridades centrais em fornecer uma direção clara e estabelecer um papel estratégico e político para promover a implementação de estruturas e processos colaborativos. Os gestores podem exercer influência significativa sobre colaboração interorganizacional, formalizada através de acordos para oficializar a colaboração.</p> <p>Liderança local é necessária para o desenvolvimento de colaboração interprofissional e interorganizacional. Liderança pode tomar uma variedade de formas e pode ser categorizada como emergente ou estar relacionada à posição. No que se refere à colaboração, a liderança pode ser exercida pelos gerentes que impõe fazê-la ou por profissionais que tomam a iniciativa. Neste último caso, liderança é compartilhada por diversos parceiros e está sujeita a um amplo acordo. Quando a liderança está relacionada com uma posição de alimentação, não deve ser concentrada nas mãos de um único parceiro, todos os parceiros devem ser capazes de ouvir as outras opiniões e participar na tomada de decisão.</p>

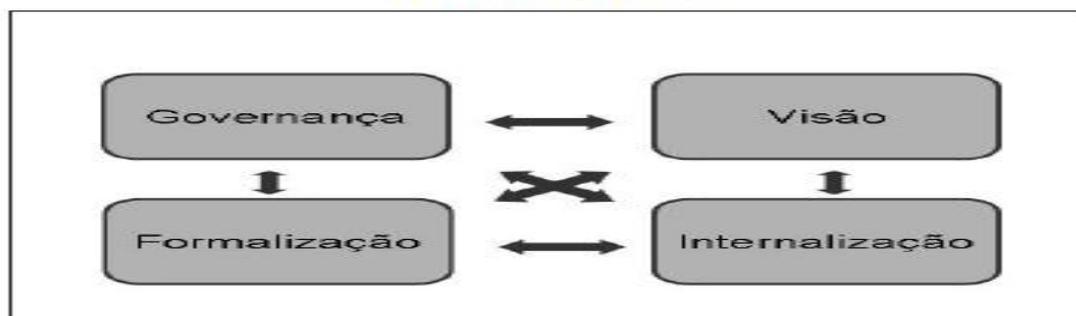
Quadro 1 - Descrição das dimensões e respectivos indicadores de Colaboração Interprofissional

		(Conclusão)
		<p>A colaboração leva ao desenvolvimento de novas atividades e divide responsabilidade de forma diferente entre os profissionais e entre instituições. Necessariamente implica mudanças nas práticas clínicas e na partilha de responsabilidades entre parceiros. Estas mudanças representam inovações reais que devem ser desenvolvidas e implementadas. Colaboração não se pode fazer sem uma aprendizagem complementar e sem a presença de um <i>expertise</i> no desenho ou externo para apoiar este processo de aprendizagem.</p> <p>Conectividade refere-se ao fato de que indivíduos e organizações estão interligados, e que deve haver lugares para a discussão e a construção de vínculos entre eles.</p> <p>Conectividade é o oposto do isolamento e torna possível fazer ajustes nas práticas do cuidado.</p>

Fonte: D'AMOUR et al. (2008) adaptado por VIEIRA e DIAS (2013).

Juntas, essas quatro dimensões e a interação entre eles capturam os processos inerentes à colaboração. Eles estão sujeitos à influência de fatores externos e estruturais, tais como recursos, restrições financeiras e políticas e devem ser tomados em consideração como determinantes de processos colaborativos.

Figura 1. Dimensões da colaboração interprofissional, segundo modelo de D'amour, D. et al. (2008)



Fonte: D'AMOUR, D. et al Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v.8, 2008.

A autora propõe a partir das dimensões e seus indicadores a classificação do nível de colaboração existente; ou seja, se o nível de colaboração é ativo (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), potencial ou latente (nível 1), conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia
(Continua)

Indicadores	Colaboração Ativa – Nível 3	Colaboração em desenvolvimento – Nível 2	Colaboração potencial ou latente – Nível 1
Objetivos	Objetivos consensuais e abrangentes	Alguns objetivos compartilhados	Objetivos conflitantes ou ausência de objetivos comuns (compartilhados)
Orientação cliente-centrada x outras-lealdades	Orientação cliente-centrada	Orientações dirigidas por interesses profissionais ou organizacionais	Tendência às orientações dirigidas aos interesses privados
Convivência mútua	Oportunidades frequentes de convivência, realização de atividades regulares conjuntas	Poucas oportunidades de interação entre a equipe, poucas atividades conjuntas realizadas	Sem oportunidades para interação da equipe, sem atividades conjuntas realizadas
Confiança	Confiança fundamentada	Confiança é condicional está tomando forma	Falta de confiança
Ferramentas de formalização	Acordos consensuais, regras definidas em conjunto	Acordos não consensuais, em processo de negociação ou construção	Sem acordo ou acordo não respeitado, uma fonte de conflito

Quadro 2 - Indicadores de Colaboração Interprofissional, de acordo com a tipologia.
(Conclusão)

Troca de informação	Infra-estrutura comum para coleta e troca de informação	Infra-estrutura de troca de informação incompleta, que não atende ou é usada inadequadamente	Relativa ausência de qualquer infra estrutura comum ou mecanismo para coleta ou troca de informação
Centralidade	Corpo forte, ativo e central que promove consenso	Corpo central com um papel político mal definido, papel estratégico e político ambíguos	Ausência de um corpo central, quase ausência de um papel político
Liderança	Liderança compartilhada e consensual	Sem foco, liderança fragmentada, pouco impactante	Não-consensual, liderança monopolista
Suporte para inovação	Especialistas promovem colaboração e inovação	Especialistas com práticas fragmentadas e esporádicas	Poucos ou sem especialistas acessíveis para o suporte de colaboração e inovação
Conectividade	Muitos espaços para discussão e participação	Espaços de discussão relacionados a questões específicas	Quase ausência de espaços para discussão

Fonte: D'AMOUR et al. (2008) adaptado por VIEIRA e DIAS (2013).

Por fim, é elaborado o gráfico de Kiviat, que apresenta a função de estabelecer uma visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido em um processo de trabalho, como no caso deste estudo.

Conforme descrito na pagina a seguir.

Figura 2 - Gráfico de Kiviat - Níveis de colaboração profissional



Fonte: D'AMOUR, D. et al Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, v.8, 2008.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem e tipologia do estudo

Estudo exploratório e descritivo fundamentado nos princípios da abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Triviños (1987), o pesquisador opta pelo estudo exploratório a fim de resgatar o máximo de informações que o ajudem a compreender melhor os problemas que assolam determinada comunidade e, assim, poder chegar a uma resposta satisfatória.

O caráter descritivo procura aprofundar o conhecimento da realidade, oferecendo subsídios para compreender as motivações e razões dos fenômenos sociais em questão (GIL, 2007).

Esta investigação nos conduz ao referencial da abordagem qualitativa, consoante ao que anuncia Minayo (2007, p. 57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, localizado na zona norte do estado do Ceará – Brasil. Com uma área de unidade territorial igual 2. 122,897 km² e densidade demográfica de 88,67 hab/km². Sua população está estimada em 203.682 habitantes e um PIB per capita a preços correntes – 2013 de 17.138,29 reais (IBGE, 2016).

O cenário apresenta algumas particularidades no que tange a implantação e a forma de gestão da saúde. Sobral, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2002 encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conferindo a Secretaria Desenvolvimento Social e Saúde (SDSS) do Município a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde. Seguindo uma lógica de funcionamento ancorada em estratégia como a Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família, tendo como base constituinte

de organização do sistema os territórios de atuação das equipes de saúde da família (ANDRADE et al., 2004; SOBRAL, 2001; ANDRADE e MARTINS, 1999).

Em 1995, o Governo do Estado do Ceará, através de sua Secretaria de Saúde, definiu o PSF como sendo um programa estruturante por viabilizar a inversão do modelo de atenção à saúde até então predominantemente - centrado na doença, com enfoque individual. Em termos de princípios norteadores, o PSF, em nível estadual, adotou a universalização, a equidade, a integralidade da atenção, fortalecendo as ações de promoção e prevenção das doenças e a participação da comunidade. Como princípios organizativos foram adotados: impacto; orientação por problema; intersetorialidade; planejamento e programação local; hierarquização; autoridade local sanitária; co-responsabilidade; intercomplementariedade; integralidade; adstrição; heterogeneidade e realidade. (BARRETO et al., 1999)

O município de Sobral, a partir de abril de 1998, criou paulatinamente trinta e uma equipes de saúde da família, compostas cada uma de um médico, um ou dois profissionais de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, totalizando 77 profissionais de nível superior, cobrindo aproximadamente 100% da população do município. Atualmente o Sistema de Saúde do município conta com uma série de serviços na Atenção Primária à Saúde, dos quais merecem destaque para este estudo: 36 Centros de Saúde da Família, sendo 21 na sede e 15 nos distritos. Uma forma de organização da gestão da ESF dar-se por meio de macroáreas. São quatro (04) macroáreas, assim distribuídas: Macro 1 é composta por doze Centro de Saúde da Família (CSF) e dezesseis equipes de ESF, Macro 2 dez CSF e vinte três equipes de ESF, Macro 3 oito CFS e quatorze equipes de ESF, e Macro 4 com seis CSF e nove equipes. Totalizando 62 equipes de Saúde da Família (SOBRAL, 2016).

A necessidade de capacitar os profissionais da ESF para implementar as ações previstas, o município definiu investir na capacitação dos profissionais. Ideia que culminou com um projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em 1998, sendo a primeira turma iniciada em 1999 para as categorias de medicina e enfermagem. A partir da segunda turma, iniciada em 2001, o novo desafio apresentado foi a ampliação das categorias profissionais envolvidas como odontologia, fisioterapia, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, educação física, terapia ocupacional e farmácia (SOBRAL, 2002).

Segundo Junior et al (2008), a RMSF em Sobral tem como marco teórico-metodológico os princípios da Promoção da Saúde, da Educação Permanente, da Educação Popular e da Educação por competência. Está organizada em quatro eixos estruturantes que se interpenetram e se alimentam reciprocamente, a saber: Vivências teórico-conceituais desenvolvidos transversalmente; Vivências nos territórios de Saúde da Família; Vivências de extensão das categorias; Vivência em produção científica. Os atores da RMSF são o residente que é um profissional, que assume responsabilidades inerentes à sua categoria profissional, executa ações, responde por essas ações, e que deve incorporar no seu processo de trabalho o estudar, refletir a prática, reconstruir a prática; os preceptores/tutores como educadores, são profissionais que compartilham de uma mesma ação educativa, de um mesmo foco e objetivo que é o processo de trabalho e facilitar o processo de construção de competências pelo residente.

Atualmente a RMSF está em sua décima primeira e décima segunda turma concomitante, mas em períodos diferentes, portanto temos as equipes de R1 e equipes de R2, contando ao todo com 56 residentes onde estão distribuídos em 10 equipes de Residentes Multiprofissionais.

No que concerne às equipes do NASF, estas foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, ou seja, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. Desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-

pedagógica. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009).

O NASF do município está na modalidade 3 cobrindo de três a quatro equipes de Saúde da Família, conta com 06 (seis) equipes com profissionais das seguintes categorias: assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional. Estão distribuídos nos CSF de Distrito preferencialmente e, em quase todos da sede, de acordo com as necessidades epidemiológicas territoriais.

De acordo com as nomenclaturas utilizadas pelo Ministério da Saúde, para definir os tipos de equipes que trabalham em conjunto na Atenção Básica, é identificado como equipe mínima ou de referência a ESF, aquela formação de cunho obrigatório constando com: enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem. Como equipe ampliada a integração desta equipe mínima com a Equipe de Saúde Bucal (ESB). O NASF é identificado como equipe multiprofissional vinculado às equipes de referência. As equipes de residentes também se identificam como multiprofissional (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

No entanto, para fins dessa pesquisa, iremos identificar a equipe de saúde da família com equipe de saúde bucal como **Equipe Mínima** e equipes do NASF e RMSF como **Equipes Multiprofissionais** e a junção destas como **Equipe Macro da ESF**.

Considerando que este estudo definiu estudar a colaboração interprofissional com a equipe macro da ESF, elegeram-se os seguintes critérios para participação neste estudo: pela definição de equipe macro, far-se-ia necessário atuar, no mesmo território, a equipe mínima (podendo ser mais de uma) e as equipes multi (NASF e RMSF). Considerando que o objeto deste mesmo estudo é a colaboração interprofissional, optou-se por restringir a territórios que tivessem residentes no segundo ano, visto que se espera que estes tenham ao longo do primeiro ano estabelecidos relação de pertencimento ao território e aos colegas de trabalho. Assim, identificou-se 03 CSF como *locus* do estudo. Destaca-se que a atuação das equipes multi está relacionada ao CSF responsável por um dado território, podendo responsabilizasse por mais de uma equipe de mínima.

4.3 Seleção dos participantes

Considerando os critérios de seleção já explicitados acerca dos territórios e equipes, chegou-se ao quantitativo de 109 profissionais, sendo: 72 pertencentes às equipes mínimas da ESF, 19 as equipes NASF e 18 integrantes das equipes de RMSF. Da mesma forma que se optou por convidar para participar do estudo apenas R2 (residentes no segundo ano), aplicaram-se este critério de inclusão para os demais profissionais integrantes das demais equipes. Esses profissionais contemplam a representatividade das 3 macroáreas da sede do município.

No que concerne aos profissionais do NASF 11 se encontravam com menos de um ano de atuação no território, portanto, o número de convidados a participar foi de 08. Os profissionais da equipe mínima atenderam sem distinção a este critério. Sendo assim, todos os 72 foram convidados. Em relação aos residentes, considerando um dos critérios de seleção dos territórios (residentes no segundo ano), todos foram convidados; ou seja, 18 residentes.

De modo que se obteve uma amostra de 98 profissionais. Sendo que destes, 77 aceitaram participar do estudo. Dos 21 que não participaram, citam-se como motivos: recusa para participação, férias profissionais, mudança de território de atuação e desligamento de profissionais do sistema em virtude de processo seletivo realizado no período do estudo.

Dos 77 participantes, 58 eram da equipe mínima, 08 da equipe NASF e 11 da RMSF. Os 77 participantes responderam o instrumento de pesquisa, mas apenas 33 participaram do Grupo Focal por incompatibilidade de agendas entre as equipes.

4.4 Período do estudo

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a agosto de 2016, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), uma vez que este estudo envolve seres humanos. Considerando que nos estudos de abordagem qualitativa, a análise, dar-se, em um dado momento, concomitante a coleta de dados, o período de agosto a outubro foi destinado à análise. No entanto, para fins de coleta de dados documentais foi considerado o período de janeiro de 2015 à Outubro de 2016.

4.5 Instrumentos e procedimento de coleta dos dados

Foram utilizados três procedimentos para coleta de dados, que se apresentam de maneira complementar, sendo eles: consultas às fontes documentais, Escala de *Likert* (EL) relacionada aos indicadores de colaboração e Grupo Focal (GF). De acordo com Markoni e Lakatos (2010), toda pesquisa implica o levantamento de fontes variadas, independentemente de quais métodos sejam utilizados.

No que concerne aos dados documentais foi identificado o Sistema de Informação do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) como base de dados capaz de contribuir com o exame do registro de colaboração interprofissional na ESF. O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da AB em nível nacional (BRASIL, 2016). Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

O e-SUS foi implantado em Sobral no final de 2014. Para fins deste estudo tomaremos em consideração os dados relativos ao período de janeiro de 2015 a outubro de 2016 por considerar que o processo de implantação se deu de forma progressiva, de modo que, considera que o sistema estava sendo implementado no município a partir de 2015. E o corte temporal em outubro de 2016 ocorreu em função do período de coleta de dados.

O exame desta fonte documental orientou-se para a identificação de sujeitos, processos, instituições/setores envolvidos no desenvolvimento de ações colaborativas, envolvendo pelo menos duas categorias profissionais, com vistas a identificação das atividades, dos produtos e/ou resultados alcançados com o trabalho interprofissional. Para este fim, foi adotado um roteiro (Apêndice A), o qual subsidiou o registro das informações.

Como exposto inicialmente utilizou-se ainda o modelo de Escala desenvolvido por Rensis Likert (1932) para mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais. A escala de verificação de Likert consiste em formular um construto e, em seguida, o respondente identifica entre cinco opções a sua concordância com aquela que melhor represente o entendimento em relação ao referido construto.

Para abordagem direta aos participantes utilizou-se ainda a estratégia de Grupo Focal (GF) com questões que visavam apreender a vivência da equipe e sua aproximação com a colaboração interprofissional (Apêndice C). Para fins deste estudo elaborou-se um roteiro composto por 10 itens orientado pelo referencial e para cada item, aplicou-se como escala de graduação: nunca (1), raramente (2), ocasionalmente (3), na maior parte do tempo (4) e sempre (5) como exposto no Apêndice G. A escala foi aplicada a todos os participantes desta investigação.

Ressalta-se que o GF é uma técnica de coleta de dados que se caracteriza pela constituição de grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica distingue-se por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados. Permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas. Também, proporciona descontração para os participantes responderem as questões em grupo, em vez de individualmente. Segundo Debus (1997), oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. E ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano.

Cabe enfatizar que o GF permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema. Mas também proporciona explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isto se relaciona à comunicação.

Para sua operacionalização, este estudo orientou-se por Westphal et al (1996) que recomendam que o grupo seja composto por no mínimo seis e no máximo quinze pessoas, número que sofre variações dependendo dos autores consultados. O tempo médio de duração é de 90 (noventa) minutos. Os critérios para a composição do grupo foram compatíveis com os objetivos do estudo, ou seja, intencional, pois os profissionais selecionados foram aqueles que apresentavam mais possibilidade de fornecer informações para a pesquisa, conforme critérios já mencionados anteriormente.

Como forma de registro, foi utilizada o recurso da gravação. Contou-se com a presença de um observador o qual foi responsável por fazer as anotações para complementação do material gravado, anotando a disposição física das

pessoas no local, expressões gestuais que poderiam ser significativas para análise e elaboração de outros registros que pudessem ser importantes para a pesquisa.

Foram realizados três grupos focais, sendo um em cada território. O quantitativo de profissionais que participaram dos grupos focais foi de 33, sendo que os primeiros grupos de um total de 08 profissionais esperados participaram 11; no segundo 06 esperados, foram 12 ;e no terceiro 06 de foram 10.

Assim como a aplicação da escala Likert, os grupos focais foram realizados após anuência dos participantes e pactuação de melhor, dia, horário e local para realização deste.

4.6 Organização e análise dos dados

Analisar significa acionar o papel de interprete do pesquisador, a partir de todo o material obtido durante a pesquisa. A tarefa de análise implicou, em um primeiro momento, na organização dos dados coletados. Seguiu-se, relacionando todo o material empírico procurando identificar tendências e padrões relevantes.

Para fins de organização e análise dos dados coletados, orientamo-nos pelo Modelo de Colaboração Interprofissional desenvolvido por D'Amour (1997)

Operacionalmente, as respostas a cada questionamento e os registros feitos a partir das diferentes fontes de dados foram examinadas no intuito de apreender as expressões chaves que apresentaram relação com os indicadores descritos no referencial de D'Amour (1997). Em seguida, partiu-se para cada dimensão de acordo com os indicadores correlacionados. No preenchimento da matriz de sistematização (Quadro 3) dos registros a partir das quatro dimensões previstas pelo referencial de Colaboração Interprofissional: Objetivos compartilhados e visão, Internalização, Governança e Formalização e dos dez indicadores a elas relacionadas. Registrando-se a sinalização de evidências para indicadores e dimensões, de acordo com a origem da fonte da informação (FD para Fonte Documental, EL para Escala de Likert e GF para Grupo Focal).

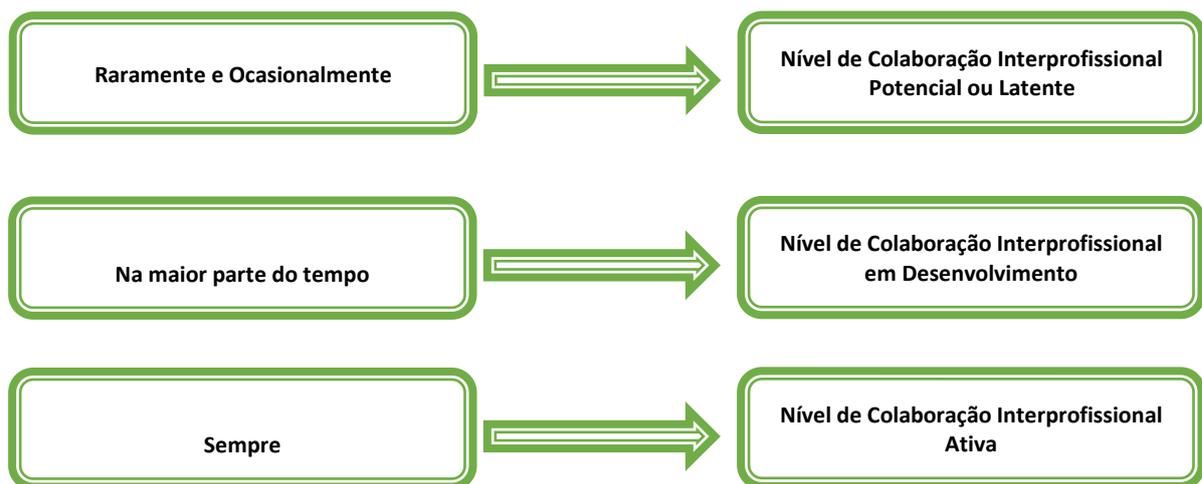
Quadro 3 - Matriz de sistematização da Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2016

Dimensão	Indicador	Fonte de Informação
Objetivos compartilhados e visão	Objetivos	Escala Likert Grupo Focal
	Orientação cliente-centrada x outras-lealdades	Escala Likert Grupo Focal
Internalização	Convivência mútua	Escala Likert Grupo Focal
	Confiança	Escala Likert Grupo Focal
Formalização	Ferramentas de formalização	Fonte Documental Escala Likert Grupo Focal
	Troca de informação	Escala Likert Grupo Focal
Governança	Centralidade	Escala Likert Grupo Focal
	Liderança	Escala Likert Grupo Focal
	Suporte para inovação	Escala Likert Grupo Focal
	Conectividade	Escala Likert Grupo Focal

Fonte: Primária.

Passando-se a fase de organização, caminhou-se rumo à interpretação e análise, visando a classificação do nível de colaboração existente; considerando que D'Amour aponta três níveis de colaboração, ou seja, se o nível de colaboração é ativo (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), potencial ou latente (nível 1). Adotou-se na análise um esquema de correspondência entre os níveis de D'Amour e o proposto pela escala Likert utilizada no estudo, expresso na figura 2.

Figura 3 - Esquema de correspondência entre Escala Likert e níveis de colaboração interprofissional segundo D'amour



Fonte: Primária.

Ressalta-se aqui que, para além dos escores (Raramente, Ocasionalmente, Na maior parte o tempo e Sempre) inferidos no esquema de correspondência, o escore “Nunca” da Escala Likert, não foi considerado nesta correspondência, uma vez que, este não expressa indícios da existência de uma Colaboração - objeto deste estudo. De modo que os resultados estão estruturados em duas categorias, a primeira embasada pela análise documental do e-SUS proporcionando uma visão geral das ações e a segunda pela EL e GF aprofundando e identificando o nível de CI tendo sua culminância com elaboração do gráfico Kiviat, que expressa a visão esquemática do nível de colaboração desenvolvido entre as equipes da ESF no município estudado.

4.7 Princípios éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, este estudo seguiu as orientações dos princípios descritos na Resolução nº 466/12: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 2012a).

Para a realização do estudo, este inicialmente, foi submetido à apreciação da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, o qual obteve anuência, em seguida foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA, sob o Certificado da Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53855116.9.0000.5053, obtendo parecer de aprovação com protocolo N°0002/2016 (ANEXO A).

Por conseguinte, buscando-se atender a essas exigências, a fim de garantir a eticidade do estudo, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE F), apresentando-o aos participantes no momento da aplicação da escala likert e do grupo focal, de modo a permitir a participação legal no estudo, com o esclarecimento do objetivo do trabalho e as vantagens, considerando as prerrogativas da Resolução N° 466/12 e garantindo o anonimato das informações fornecidas pelos sujeitos sociais do estudo, que foram identificados como P1, P2, e o número subsequente até a sequência total de participantes deste estudo. Foi utilizado também um Termo de Compromisso (APÊNDICE G) junto à Coordenação de Atenção Básica para viabilizar o acesso às fontes documentais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados de uma investigação expressam uma leitura sobre a realidade, sabendo-se que esta não apresenta verdades absolutas e objetivas, mas, uma teia de relações estruturadas as quais os agentes sociais atribuem significados (DIAS, 2001).

Guiado pelo exposto, este capítulo de resultados e discussões, após processamento dos dados obtidos através do Sistema de Informação do e-SUS, aplicação da escala de likert e discursos produzidos pelos grupos focais; permitiu a elaboração de duas categorias temáticas que guiaram a escrita, sendo elas:

- Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: aproximações e distanciamentos registrados em base documental.
- Nível de Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família de Sobral - CE.

A primeira refere-se à descrição dos registros das ações desenvolvidas pelos profissionais que compõe a equipe macro da ESF, neste estudo compreendida pela integração da equipe mínima da ESF, da equipe NASF e equipe da RMSF; permitindo uma visualização da dinâmica do processo de trabalho na ESF de Sobral para o desenvolvimento/efetivação da colaboração interprofissional. Em seguida apresenta-se o nível de Colaboração Interprofissional na ESF do município de Sobral, segundo o referencial de D'Amour (1997).

5.1 Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: aproximações e distanciamentos registrados em base documental

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em âmbito nacional que visa um processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL, 2016).

O e-SUS é constituído por diversas fichas, as de Cadastro e as de Atendimento. Das fichas de atendimento temos a Ficha de Atendimento Domiciliar, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, e Ficha de Atividade Coletiva.. Todas essas fichas são geradas e digitadas a partir das ações em cada CSF e enviadas semanalmente para

a Gerência do e-SUS do Município que é responsável por monitorar e alimentar os outros sistemas interligados ao e-SUS.

O e-SUS foi implantado em Sobral em 2014. A partir de 2015, pode-se considerar o e-SUS como um sistema implementado no município. Para fins desta pesquisa optamos por analisar o período de janeiro de 2015 a outubro de 2016 e por ter como base a ficha de atividade coletiva (ANEXO B), já que é com este enfoque que o objeto se alinha. Esta vem sendo utilizada como ferramenta de registro, organização e monitoramento dos processos de trabalho e ações coletivas realizadas pelos profissionais de cada Centro de Saúde da Família do Município.

A ficha de Atividade coletiva do e-SUS permitiu uma visão geral das atividades desenvolvidas. O exemplo, se a atividade identificada foi uma reunião, pode-se verificar se esta envolveu somente a equipe mínima, ou se agregou outras equipes (NASF e RMSF) ou ainda se teve caráter intersetorial. Podem-se identificar os temas abordados (questões administrativas/funcionamento, processo de trabalho, diagnóstico do território/monitoramento do território, discussão de casos/projeto terapêutico singular, educação permanente, planejamento/monitoramento das ações da equipe, e outros). Permite ainda identificar o registro de outros tipos de atividades: se foi um Atendimento em Grupo, se foi Avaliação/Procedimento Coletivo, se houve realização de Educação em saúde, ou ainda uma prática de Mobilização social. E a especificidade de sua natureza no âmbito de prática e temas para saúde.

Na Tabela 1, a seguir, temos a matriz do Relatório de Monitoramento das ações de Atividade de Reuniões registradas no Sistema de Informação e-SUS através das fichas de Atividade Coletiva, das equipes deste estudo, no período de Janeiro de 2015 a Outubro de 2016.

Tabela 1 -Matriz do Relatório de Monitoramento do e-SUS das Atividades Coletivas do tipo Reuniões dos Territórios do Centro, Sinhá Sabóia e Cohab 3, da Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016.

(Continua)

ATIVIDADES			
TIPO DE REUNIÃO		TEMAS DAS AÇÕES – REUNIÃO	
Com outras equipes de saúde	19	Diagnóstico do território/ Monitoramento do Território	6
		Discussão de caso/ Projeto terapêutico singular	-
Equipe	46	Educação Permanente	18

Tabela 1 - Matriz do Relatório de Monitoramento do e-SUS das Atividades Coletivas do tipo Reuniões dos Territórios do Centro, Sinhá Sabóia e Cohab 3, da Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016

(Conclusão)			
		Planejamento/Monitoramento das ações da equipe	22
Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle	10	Processo de Trabalho	20
		Questões administrativas/Funcionamento	5
		Outros	25
Total	75	Total	96

Fonte: elaborada pela autora baseada a partir da Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS.

Na Atenção à Saúde, as informações são imprescindíveis para o atendimento individual e coletivo, podendo gerar políticas específicas para a formulação de planos e de programas, contribuindo no apoio aos processos de gestão (MOTA e CARVALHO, 2003). A informação deve ser precisa, completa e recebida com regularidade (MORAES e SANTOS, 2001), representando uma ferramenta essencial para a operacionalização e o fortalecimento do SUS, na perspectiva de avaliação, monitoramento e planejamento das ações.

Entende-se que os registros do e-SUS coadunam com responsabilidades expressas na Política Nacional da Atenção Básica (2012) e que são comuns as três esferas de Governo, tais como: Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades; Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica; Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação; e Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica.

Diante da coleta das informações na ficha de Atividade Coletiva para identificação e análise das ações interprofissionais nos CSFs, foi detectado um número pequeno de registro de ações coletivas para o período de Janeiro de 2015 a Outubro de 2016 nos três Territórios, conforme expresso na Tabela 1. A interrogativa que nos assola é: Há insuficiência de realização de ações coletivas ou o que vem ocorrendo possa ser um subregistro das ações realizadas?

Outra reflexão que aflora relaciona-se ao fato da recém implantação do e-SUS e, embora seja um sistema de informação que necessariamente deve ser

preenchido pelos sistemas municipais de saúde, a cultura institucional de incorporação de novos saberes e fazeres, às vezes, demanda um relativo tempo. Além de dificuldades com a informatização dos Centros de Saúde da Família.

Registra-se, ainda, que há uma diversidade de sistema/instrumentos para coleta de informações no município, no que concernem as três equipes NASF, RMSF e equipe mínima da Saúde da Família; no entanto, com pouco frequência de registro de ações coletivas que envolva as três equipes já referidas. Podendo, assim, o município estar vivenciando um processo de transição de algumas bases de dados para a consolidação de uma única base que incorpore todas as demais.

É importante esclarecer que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a partir de seus instrumentos, não contemplava de maneira detalhada as ações realizadas por equipes de apoio como NASF e RMSF, havendo um campo de preenchimento apenas com “ações desenvolvidas por outros profissionais”, assim, não era possível identificar pelo SIAB nem pelo SIA-SUS quais as ações eram desenvolvidas, limitando o processo de planejamento em saúde desses profissionais, motivando, portanto, a formulação de novos instrumentos de informação/monitoramento/avaliação para as equipes de apoio multiprofissional.

Partindo deste reconhecimento é que, por iniciativa do município de Sobral foram desenvolvidos sistemas locais para registro de ações realizadas pelo NASF, o Sistema de Informação do NASF (SINAI) em 2004, e para a RMSF em 2011 o Sistema de Informação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (SIREMU), este último tendo obtido, em 2014, o primeiro lugar no Prêmio Inova SUS do Departamento de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde do Brasil.

Com a implantação do e-SUS a deficiência no instrumento de informação para as equipes do NASF e RMSF melhorou muito, pois através da diversidade de fichas que o compõe, todas as ações podem ser registradas, e principalmente, consolidadas de forma que teremos a visão do todo interligando as atividades realizadas pelas equipes, contribuindo para a unificação destas no contexto da ESF. No entanto, parece que a potencia deste não foi incorporada plenamente pelos profissionais.

Tendo registrado algumas ponderações na análise deste resultado, entende-se que há uma fragilidade no processo de trabalho coletivo na ESF, para além do componente registro. Referimo-nos aos tipos de atividades realizadas. Se

considerarmos que Reunião de Equipe alcançou 46 registros e Reunião com Outras Equipes de Saúde (aqui entendemos NASF e RMSF) 19 registros. Causa estranhamento também, o fato de nenhum registro de Discussão de caso ou Projeto terapêutico singular ter se configurado entre os temas das reuniões, reconhecendo o potencial dessa ferramenta para fortalecimento da colaboração interprofissional.

A ficha de Atividade Coletiva, no tópico Reuniões sinaliza para a direção de dimensões e indicadores expressos no referencial de D'amour (base teórica metodológica desta pesquisa). Recordamos que entre as Dimensões Organizacionais temos a Dimensão Formalização e nesta os indicadores Ferramentas de formalizações e Troca de informações, os quais enfatizam a importância de desenvolver as equipes para pactuação, organização e compartilhamento de informações e para divisões de responsabilidades consensuais. Nesta ótica, infere-se a necessidade, pelo menos no campo do registro, de maior organização e compartilhamento de informações.

No que concerne a Temas orientadores das reuniões, destaca-se o quantitativo de registro da temática Planejamento/Monitoramento das ações de equipe, instrumento importante para deflagrar a colaboração interprofissional, pois é possível definir objetivos, propor serviços a serem disponibilizados para a população por cada profissional/equipe, e organizar os mecanismos e métodos de intercâmbios de informações dividindo as responsabilidades entre as equipes.

Na Tabela 2 a seguir, temos a matriz do Relatório de Monitoramento das outras Atividades de Saúde registradas no Sistema de Informação e-SUS através das fichas de Atividade Coletiva, das equipes deste estudo, no período de Janeiro de 2015 a Outubro de 2016.

Tabela 2 - Matriz do Relatório de Monitoramento do e-SUS das Atividades Coletivas do tipo Outras Atividades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016
(Continua)

ATIVIDADES			
OUTRAS ATIVIDADES DE SAÚDE		PRÁTICAS/ TEMAS PARA SAÚDE	
Atendimento em Grupo	276	Práticas Corporais/Atividade Física	255
Avaliação/Procedimento Coletivo		Antropometria	21
		Saúde Ocular	15

Tabela 2 - Matriz do Relatório de Monitoramento do e-SUS das Atividades Coletivas do tipo Outras Atividades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016
(Conclusão)

Educação em Saúde	211	Alimentação saudável	59
		Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	39
		Saúde mental	8
		Saúde sexual e reprodutiva	58
		Envelhecimento(Climatério, Andropausa, etc)	9
		Saúde do trabalhador	10
		Semana Saúde na Escola	4
		Saúde Bucal	31
		Plantas medicinais/Fitoterapia	4
		Outros	131
Mobilização social	24	Prevenção da violência e promoção da cultura de paz	5
		Cidadania e direitos humanos	12
		Saúde ambiental	11
Total	542	Total	562

Fonte: elaborada pela autora baseada na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS.

Em 'Outras Atividades de Saúde' sobressai o atendimento em grupo com registro de 276 ações. Nestas se destacam em Práticas/Temas para Saúde o registro de 255 ações de Práticas Corporais/Atividade Física, desenvolvidas por algumas categorias específicas, a saber: fisioterapia, nutrição, profissional de educação física e ACS.

Assim, ao falar em exercício físico, referimos também as práticas corporais que ultimamente vêm ganhando espaço na ESF, pois se caracterizam como a cultura corporal do homem através de seus movimentos, sua gestualidade e formas de se expressar corporalmente (WARSCHAUER et al., 2009). O grupo de práticas corporais é um espaço onde há socialização, que proporciona momentos de encontros para realizar diversas atividades, como alongamento, ginástica, danças, rodas de conversas, educação em saúde, atividades de lazer (PORTELLA, 2004). Constitui-se um importante espaço de colaboração interprofissional através da atuação conjunta de diferentes profissionais.

É possível verificar também registro mais frequente no preenchimento das fichas de atividade coletiva do e-SUS, no que tange a opção "avaliação/procedimentos". Infere-se aqui, talvez, pela necessidade/obrigatoriedade

do registro de uma ação em particular, que são as ações (avaliação da acuidade visual e antropometria). Ações estas necessárias para a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE), no intuito de realizar acompanhamento anual de todos os alunos da rede pública de ensino, em cada território adscrito por determinado CSF.

Segundo Ministério da Saúde (2007), o PSE é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituídas em 2007, voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. Trata-se de um programa interministerial que visa promover saúde e educação integral por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde. Vale salientar que os Municípios habilitados têm o direito ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao conjunto de ações realizadas, correspondente ao alcance de metas pactuadas no Termo de Compromisso. As avaliações de indicadores que determinaram os percentuais do incentivo financeiro são realizadas a partir das informações registradas nos sistemas de monitoramento vigentes (e-SUS AB e SIMEC).

É possível identificar ainda que, além do expressivo maior de registro se relacionar a ações relativas as metas do PSE, nestas também se identifica a participação da equipe Macro (equipe NASF, equipe RMSF e equipe mínima) no planejamento e execução das ações, inclusive com cronograma para desenvolvimento especificando os profissionais/equipes responsáveis.

Para além das fontes documentais, podemos evidenciar através dos diálogos nos Grupos Focais e escores obtidos pela EL, o envolvimento e participação das equipes em ações como planejamento, atendimentos e organização de processos; os quais passamos a analisar.

5.2 Nível de Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família de Sobral - CE

Nesta categoria apresentamos os resultados orientados pelas quatro dimensões e os dez indicadores do modelo de D'amour, reproduzido de forma esquemática pelo gráfico de Kiviat, o que possibilita visualizar qual a situação atual

da colaboração interprofissional na ESF no município de Sobral em um *continuum* de 1 a 3, a depender dos níveis de realização de colaboração apresentados.

Para isto, apresentaremos na Tabela 3 a compilação das Dimensões e Indicadores e os resultados encontrados nas afirmativas com escala de likert de colaboração interprofissional onde podemos contemplar de maneira geral o destaque em percentual no escore *na maior parte do tempo* como resposta das afirmativas.

Posteriormente, retomaremos os conceitos orientadores do processo de colaboração interprofissional por meio das dimensões apontadas por D'Amour analisando separadamente e correlacionando os respectivos questionamentos e afirmativas aplicadas à equipe Macro por meio do GF e Questionário com a escala likert.

Tabela 3 - Matriz do Relatório dos resultados da Escala de Likert de Colaboração Interprofissional relacionados às Dimensões e Indicadores nos três Centros de Saúde da Família pesquisados da Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016

(Continua)

DIMENSÃO	INDICADOR	AFIRMATIVA	ESTRATIFICAÇÃO	N	f(%)
OBJETIVOS COMPARTILHADOS E VISÃO	Objetivo	Item EL: Os objetivos da ESF são consensuais entre os profissionais que a integram.	Nunca (1)	-	-
			Raramente (2)	3	3,89%
			Ocasionalmente (3)	2	2,59%
			Na maior parte do tempo (4)	61	79,22%
			Sempre (5)	11	14,28%
	Orientação cliente-centrada x outras - lealdades	Item EL: O processo de trabalho das equipes é orientado por interesses centrado no usuário/família.	Nunca (1)	-	-
			Raramente (2)	-	-
			Ocasionalmente (3)	3	3,89%
			Na maior parte do tempo (4)	57	74,02%
			Sempre (5)	17	22,07%

INTERNALIZAÇÃO	Item EL: As equipes desfrutam de oportunidades frequentes de convivência e regularidade na realização de atividades conjuntas.	Nunca (1)	-	-
		Raramente (2)	7	9,09%
		Ocasionalmente (3)	7	9,09%
		Na maior parte do tempo (4)	52	67,53%
		Sempre (5)	11	14,28%

Tabela 3 - Matriz do Relatório dos resultados da Escala de Likert de Colaboração Interprofissional relacionados às Dimensões e Indicadores nos três Centros de Saúde da Família pesquisados da Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016

(Continua)

	Confiança	Item EL: Todos os profissionais das equipes compartilham uma relação de confiança e respeito uns com os outros.	Nunca (1)	1	1,29%	
			Raramente (2)	10	12,98%	
			Ocasionalmente (3)	15	19,48%	
			Na maior parte do tempo (4)	37	48,05%	
			Sempre (5)	14	18,18%	
FORMALIZAÇÃO	Ferramentas de formalização	Item EL: As regras que orientam o processo de trabalho das equipes são definidas em conjunto o que geram acordos consensuais	Nunca (1)	-	-	
			Raramente (2)	9	11,68%	
			Ocasionalmente (3)	18	23,37%	
			Na maior parte do tempo (4)	47	61,03%	
			Sempre (5)	3	3,89%	
			Item EL: A mesma infraestrutura está à disposição para todas as equipes, condição que contribui para troca de informações entre estes.	Nunca (1)	8	10,39%
				Raramente (2)	18	23,37%
				Ocasionalmente (3)	14	18,18%
				Na maior parte do tempo (4)	31	40,25%
				Sempre (5)	6	7,79%
GOVERNANÇA	Centralidade	Item EL: As equipes contam com um corpo central(gerencia) que desempenha um papel bem definido.	Nunca (1)	-	-	
			Raramente (2)	2	2,59%	
			Ocasionalmente (3)	1	1,29%	
			Na maior parte do tempo (4)	48	62,33%	
			Sempre (5)	26	33,76%	
	Liderança		Item EL: As equipes compartilham de um processo de liderança que visa a produção de consensos.	Nunca (1)	-	-
				Raramente (2)	3	3,89%
				Ocasionalmente (3)	13	16,88%
				Na maior parte do tempo (4)	56	72,72%
				Sempre(5)	5	6,49%

Tabela 3 - Matriz do Relatório dos resultados da Escala de Likert de Colaboração Interprofissional relacionados às Dimensões e Indicadores nos três Centros de Saúde da Família pesquisados da Estratégia Saúde da Família, Sobral - CE, 2015/2016

		(Conclusão)		
Suporte para inovação	Item EL: As equipes contam com especialistas (colaboradores, tutores, professores) que promovem colaboração e inovação no processo de trabalho.	Nunca (1)	2	2,59%
		Raramente (2)	2	2,59%
		Ocasionalmente (3)	4	5,19%
		Na maior parte do tempo (4)	49	63,63%
		Sempre (5)	20	25,97%
Conectividade	Item EL: As equipes dispõem de espaços (não só físicos) para discussão e participação.	Nunca (1)	3	3,89%
		Raramente (2)	13	16,88%
		Ocasionalmente (3)	12	15,58%
		Na maior parte do tempo (4)	37	48,05%
		Sempre (5)	12	16,88%

Fonte: Primária.

Nas **Dimensões Relacionais** foram analisados os indicadores Objetivos Compartilhados e Visão. Estes se referem à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, o reconhecimento de motivos divergentes e lealdades múltiplas, e a diversidade de definições e expectativas em relação colaboração. Na expectativa de analisar o nível de colaboração a este indicador foi apresentado o seguinte questionamento no grupo focal - *Como ocorre a definição dos objetivos que orientam o processo de trabalho da equipe?* Enquanto que as premissas que buscavam identificar o nível de colaboração viam escala, anunciava: *Os objetivos da ESf são consensuais entre os profissionais que a integram. (Indicador Objetivos) e O processo de trabalho das equipes é orientado por interesses centrado no usuário/família. (Indicador Orientação cliente-centrada x outras-lealdades).*

Por meio destas, procurou-se explorar e tencionar a partir das respostas (EL) e falas (GF) se os objetivos são compartilhados, se há lealdade no seguimento destes e se há divergências ou singularidades – reconhecer o porquê.

Na busca de reconhecer o nível de colaboração interprofissional na ESF de Sobral foi possível inferir por meio da aplicação da escala likert e discursos obtidos pelo GF, em termos da Dimensão *Objetivos compartilhados e visão*, do Indicador *Objetivos*, que os profissionais que compõe a equipe ampliada integrantes

dos Centros de Saúde da Família estudados vivenciam parcialmente o desenvolvimento de atividades colaborativas ao partilharem objetivos comuns. De modo que alcançam o nível 2 de colaboração interprofissional, ou seja, uma CI em desenvolvimento. A evidência desse fato se expressa através da Tabela 4 e dos depoimentos advindos do GF a seguir:

Tabela 4 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão objetivos compartilhados e visão, no que tange o indicador objetivo

Item EL: Os objetivos da ESF são consensuais entre os profissionais que a integram.		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	3	3,89%
Ocasionalmente (3)	2	2,59%
Na maior parte do tempo (4)	61	79,22%
Sempre (5)	11	14,28%
Total	77	100%

Fonte:Primária.

Como podemos perceber, a maioria dos profissionais da ESF (79,22%) afirma existir, na maior parte do tempo, compatibilidade de objetivos entre os integrantes que compõe a equipe ampliada.

Coadunando com este resultado, temos que os depoimentos expressos nos grupos focais reafirmam a existência de uma colaboração interprofissional entre a equipe macro do tipo em desenvolvimento. Por assim ser, evidencia também processos que carecem de melhores articulações para fins de efetivação da colaboração interprofissional como podemos observar no discurso a seguir:

“[...] com relação do compartilhamento dos objetivos, acredito que os objetivos são sim compartilhados. Contemplam. Os objetivos são da equipe de apoio [NASF e RMSF] com equipe de referência do território. (...) existe uma disparidade com relação as demandas né? Os objetivos são os mesmos, mas a gente vê que existe uma diferenciação em algumas questões da demanda. Onde a equipe multi apoio [NASF e RMSF] está mais no apoio de espaços de grupos e espaços fora da unidade e quanto a profissionais de referências ficam sobrecarregados se sentem (...) as vezes presos ao atendimento dentro do consultório [...]. P1

“[...] A gente enquanto equipe, foca nas dificuldades da população desde a questão da prevenção, buscando as mais diversas áreas, tentando buscar os mais diversos níveis de atenção, dentro das possibilidades da equipe da

prevenção essa parceria com os diversos níveis de atenção que temos disponível. **P6**

“[...] eu acho que isso seja perceptível onde exista saúde bucal. No entanto a gente procura trabalhar numa forma que os objetivos sejam traçados de acordo com a equipe em geral[...]” (P8)

D'Amour *et al.* (2008) mencionam que o objetivo mais suscetível de conseguir partes interessadas é o da promoção da assistência centrada no cliente; portanto, responder às necessidades destes, torna-se um objetivo central com o qual todos poderiam concordar. A questão é que esse objetivo implica numa transformação radical de valores e práticas e a sua concretização seria realmente uma inovação.

A cultura deste tipo de prática profissional tem relação direta com o tipo de processo educativo pelo qual foram formados alguns profissionais (DELUIZ, 1998). Antes orientado por um modelo tradicional, o modelo biomédico, na qual se baseava na visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer e reduzindo o indivíduo a um organismo biológico.

Oliveira e Koifman (2004) afirmam que a adequação da prática profissional ao que realmente acontece na realidade fica dificultada, quando destes profissionais ainda inferem uma visão biologista, pelo fato de se trabalhar com o conhecimento do passado, com aquilo que foi legitimado pela ciência tradicional, e não com os desafios do presente ou com aquele conhecimento que vem dos dados da realidade atual, os quais nos podem conduzir ao futuro.

Desse modo, há pouco estímulo para se pensar criticamente a realidade, visando produzir respostas novas para as questões trazidas cotidianamente. Além disso, desconsidera-se frequentemente todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos serviços (ARAUJO, MIRANDA e BRASIL, 2007).

Muito se tem trabalhado para reformular a formação e prática dos profissionais da saúde para que se tornem sujeitos ativos, reflexivos, criativos e solidários. Permitindo uma nova visão do sujeito e suas interações com os determinantes sociais e biológicos. Compartilhando de objetivos comuns.

Ainda na Dimensão *Objetivos compartilhados e visão*, do Indicador *Orientação cliente-centrada x outras-lealdades*, observou-se um nível de colaboração interprofissional do tipo em desenvolvimento, pois 74,02% afirmam que

o processo de trabalho das equipes é orientado por interesses centrado no usuário/família na maior parte do tempo.

Portanto, podemos evidenciar que os profissionais que compõe a Equipe Macro dos Centros de Saúde da Família estudados vivenciam parcialmente o desenvolvimento de atividades colaborativas ao partilharem objetivos comuns. De modo que alcançam o nível 2 de colaboração interprofissional. A evidência deste fato se expressa através do Tabela 5 e dos depoimentos advindos do GF a seguir:

Tabela 5 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a dimensão objetivos compartilhados e visão, no que tange o Indicador orientação cliente-centrada x outras - lealdades

Item EL: O processo de trabalho das equipes é orientado por interesses centrado no usuário/família?

Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	-	-
Ocasionalmente (3)	3	3,89%
Na maior parte do tempo (4)	57	74,02%
Sempre (5)	17	22,07%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

No contexto da Estratégia Saúde da Família suas ações têm como objeto e ponto central do seu processo de trabalho a saúde da família, priorizando a construção de vínculos entre a família e a equipe de saúde da família, desenvolvendo ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde desta. A ESF compreende a família a partir de seu ambiente físico e social, como um agente ativo de mudanças, como um sujeito capaz de comportar estrategicamente, realizando avaliações e escolhas diante de um determinado conjunto de recursos e *constraints*, numa perspectiva temporal (SARACEMO *apud* BASTOS 1998, p.431).

A eficácia na ESF supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas. Sendo o processo de trabalho na ESF caracterizado pela valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva da abordagem integral e resolutiva, e pelo acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

Essa dinâmica proporciona possibilidades de cuidados mais completos, mas também aumenta as competições entre os profissionais, bem como as diferenças entre as prescrições e o trabalho real, que tornam mais complexas as interações entre os indivíduos, entre estes e seu objeto de trabalho, e as resultantes de todos esses encontros (SCHIMIZUR e CARVALHO JÚNIOR, 2012).

Por meio dos discursos dos participantes nos GF pode-se inferir que os objetivos encontram sua centralidade na clientela como objeto das ações, mas que as lealdades carecem de melhores entendimentos de modo a fortalecer e viabilizar uma colaboração interprofissional de modo ativa.

“Eu acho que nós temos o objetivo macro, que é a questão da promoção da saúde e da resolutividade que realmente eu acho que nesse objetivo macro estamos todos tendo este mesmo olhar e aí em relação as atuações para além das diferentes categorias vai ter forma diferentes de atuação, eu acho também que essa questão da estrutura que já está montada em relação ao atendimento do médico, o profissional da saúde bucal, do enfermeiro e do ACS. É como se já estivesse estruturado e se incluir um pouco nesta estrutura é um pouco complicado [...]” **P1**

“Complicando (...) acaba realmente que a equipe de apoio [NASF e RMSF] tem que dar esse maior suporte essa **estrutura** que já está montada que acaba tendo o mesmo objetivo o macro na atuação e se diferencia bastante (...) e em relação aos compartilhamentos não existe um momento [...]” **P2**

Enquanto sistema dinâmico, o sistema complexo de cuidados às pessoas deve partir da aquisição de saberes e competências, orientados pela convicção de um novo referencial que dá conta das intersubjetividades, interações e dinamicidades dos sujeitos. Assim, a superação das fronteiras interdisciplinares proposta pelo cuidado, vai além da simples interação e integração dos saberes, mas reflete e amplia as discussões acerca das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado, o qual precisa ser compreendido, enquanto sistema que implica na construção de redes não lineares, que atravessam as diferentes áreas do saber (ERDMANN et al., 2007).

D’Amour *et al.* (2008) afirmam existir uma variedade de tipos de lealdade, são eles: à clientela, à profissão, à organização, ao interesse privado, dentre outras. O resultado é, portanto, uma assimetria de interesses entre os parceiros ou parcial convergência de interesses. Ajustes mútuos são necessários, diante da necessidade de negociar o mais importante. Em alguns casos, é possível negociar. Diante dos depoimentos observa-se que no contexto da ESF de Sobral as orientações guiam-se

de acordo com os objetivos, sendo necessários espaços que viabilizem e sejam potencializadores para as negociações dos interesses profissionais de todos.

Quando os interesses comuns não são compartilhados, o risco é que os interesses privados venham a surgir, resultando num comprometimento oportunista e numa concomitante perda do foco da colaboração cliente-centrada (D'AMOUR et al., 2008).

Diante do exposto e das demandas de uma atenção à saúde qualificada, a colaboração interprofissional surge como única e necessária maneira de articular saberes, negar a soberania do tecnicismo, valorizar as competências mais que conteúdos e romper com as corporações profissionais e seus interesses (ARRUDA e BARRETO, 2016).

Em relação a segunda dimensão das dimensões relacionais temos a **Dimensão Internalização** a qual se refere a uma tomada de consciência pelos profissionais de suas interdependências e da importância de gerenciá-los, e que se traduz num sentimento de pertença, o conhecimento de cada um dos outros valores e disciplina e confiança mútua. Desta desdobram-se os Indicadores: Convivência mútua e confiança. Para analisar os níveis destes, dirigiu-se ao GF a situação reflexiva - *Estamos diante de três equipes em uma equipe (ESF, NASF e RMSF). Como vocês se reconhecem pertencentes a uma macro equipe e qual a dependência que uma equipe tem em relação as outras?* E as proposições apresentadas para estratificação do nível, em escala, foram: *As equipes desfrutam de oportunidades frequentes de convivência e regularidade na realização de atividades conjuntas (Indicador Convivência Mútua) e Todos os profissionais das equipes compartilham uma relação de confiança e respeito uns com os outros (Indicador Confiança).*

Por meio destas, procuramos explorar a ideia de uma equipe macro e a importância de gerenciar as singularidades de cada uma com seus valores e disciplina própria.

Em termos da Dimensão “*Internalização*”, no que se refere o Indicador *Convivência mútua*, procurou-se explorar se são disparados processos que fortaleçam a familiarização entre eles através de condições sociais, atividades de formação que venham a promover a colaboração, especialmente por meio da interação social. Se estes de fato conseguem desenvolver um sentimento de

pertença a um grupo com pretensões de obter sucesso na formulação e alcance de objetivos comuns.

Constatou-se que 67,53% dos profissionais reconhecem que na maior parte do tempo existem oportunidades frequentes de convivência e regularidade na realização de atividades conjuntas. A Tabela 6 apresenta de forma detalhada os escores obtidos para identificação do nível de colaboração interprofissional na dimensão internalização, quando analisado o indicador convivência mútua.

Tabela 6 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Internalização, no que tange o Indicador Convivência Mútua

Item EL: As equipes desfrutam de oportunidades frequentes de convivência e regularidade na realização de atividades conjuntas.

Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	7	9,09%
Ocasionalmente (3)	7	9,09%
Na maior parte do tempo (4)	52	67,53%
Sempre (5)	11	14,28%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

De modo que para esta dimensão, no que compete o indicador Convivência mútua, obteve-se o nível 2 de colaboração interprofissional, ou seja, em desenvolvimento.

Quando verificado os dados obtidos pelos discursos oriundos dos grupos focais verifica-se impressões de uma dualidade no que se refere o sentimento de pertença a “equipe macro” por parte das equipes. Apresentando ainda fatores que implicam em dificuldades para a pertencibilidade de todos a uma equipe macro.

“[...] eu não sinto isso das três equipes serem uma equipe, ainda há a equipe mínima, (..) a equipe do nasf e (...) a equipe dos residentes que trabalham juntos. Mas que somos um, nem sempre fica evidenciado assim(...) vários fatores que podem estar colaborando para isso, por exemplo a equipe do NASF alguns só estão aqui um turno por semana, aí nós também residentes estamos aqui mais vezes [quando comparado a equipe NASF] mas não estamos sempre, estamos três turnos por semana [...]”. P1

O exposto elucidado que os profissionais indicam a existência de momentos em que pactuam de forma colaborativa as atividades que são de caráter coletivo, dando subsídios de uma interdependência entre os profissionais. Entretanto, há

fragilidades no entendimento das atividades específicas. Destaca-se nestes a especificidade da RMSF enquanto processo de formação-trabalho e que, portanto, em alguns momentos os profissionais estudantes necessitam se ausentar do território para atividades teórico-conceituais próprias da Matriz Curricular de um Curso de Pós-graduação.

“[...] essa noção da dependência eu vejo muito pela lógica do planejamento e a gente particularmente tem uma preocupação de sempre planejar as atividades a partir do que cada equipe mostra de necessidade a gente tenta se reunir com NASF (...) com a equipe mínima (...) eu enxergo essa possibilidade de dependência neste sentido pois cada ação que a gente pensa no território é (...) pela lógica de que a gente não parte de uma ação que e nossa demanda da equipe [é demanda do coletivo]”. **P3**

“(...)em relação a dificuldade de homogeneidade da equipe, com relação aqui com a nossa realidade por parte da residência é que também fazemos parte de um processo que várias vezes nós também temos que nos ausentar dos territórios, seja para fazer alguma vivência em algum serviço, seja para fazer alguma apresentação de seminário pra ter algum modulo teórico, mas existe também esta dificuldade (...) da fragilidade por parte da equipe [equipe ampliada] de entendimento que é um processo de formação”. **P2**

Como podemos perceber pelo discurso existem oportunidades, embora sejam insuficientes, para que os profissionais que compõem a equipe se conheçam e interajam entre si.

D'Amour et al. (2008), em seus estudos nos dar evidências de que para uma efetiva colaboração Interprofissional, os profissionais devem conhecer-se pessoalmente e profissionalmente, uma vez que eles estão a desenvolver um sentimento de pertença a um grupo e pretendem obter sucesso na formulação de objetivos comuns. Conhecer-se pessoalmente significa conhecer os valores dos outros e de seu nível de competência, ao passo que, conhecer-se profissionalmente, implica conhecer sobre o quadro disciplinar de referência, a abordagem aos cuidados e o âmbito da prática do outro. E o processo de familiarização destes sujeitos ocorre em ocasiões sociais, atividades de formação e troca de informações formais e informais, portanto, se faz necessária a viabilização de condições sociais que venham a promover a colaboração, especialmente por meio da interação social.

Em um mundo onde a informação torna-se cada vez mais abundante, aproximar-se, conhecer e aprender torna-se elementos essenciais e indispensáveis para toda e qualquer organização. Colocando a ESF como espaço dentro das organizações de trabalho de trabalho na saúde, com as mais variadas categorias

profissionais, a aproximação e familiarização entre estas se torna essencial para obtenção de resultados positivos.

As organizações são constituídas por pessoas que, por sua vez, são detentoras de conhecimento e de habilidades. Estes, quando compartilhados, transformam-se em aprendizagem organizacional, a qual resulta na acumulação de novos conhecimentos e, conseqüentemente, impulsiona as inovações. As interações que ocorrem entre pessoas, entre organizações e entre os elementos humanos sociais e culturais interferem de modo direto nos processos inovadores, e são essas interações que permitem e viabilizam a aprendizagem organizacional, fortalecendo as relações e os benefícios advindos delas (TOMAÉL; ALCARÁ e CHIARA, 2005).

Quando da dificuldade e ou intencionalidade para o estabelecimento do vínculo entre os profissionais na ESF, percebe-se um caminhar para o *status* de competição no desenvolvimento dos fazeres individuais fragilizando as ações coletivas. E sabendo que no campo da saúde em que as transformações do conhecimento são constantes e necessárias são as inovações, faz-se necessário o fortalecimento do sentimento de pertença a equipe/organização de trabalho.

A competição impele à inovação. A inovação, dependente do conhecimento, dá margem ao movimento de codificação da informação e do desenvolvimento das competências para uso dessa informação (AMORIM e FISCHER, 2013).

Seguindo no estudo das dimensões teóricas orientadores deste estudo, analisaremos a à Dimensão Internalização, do Indicador Confiança. Nesta, visualizou-se o nível de colaboração do tipo 2. 48,05% dos profissionais dão subsídios para identificação de uma Colaboração Interprofissional em desenvolvimento, como exposto no Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Internalização, no que tange o Indicador Confiança

(Continua)

Item EL: Todos os profissionais das equipes compartilham uma relação de confiança e respeito uns com os outros?		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	1	1,29%
Raramente (2)	10	12,98%
Ocasionalmente (3)	15	19,48%

Tabela 7 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Internalização, no que tange o Indicador Confiança

		(Conclusão)
Na maior parte do tempo (4)	37	48,5%
Sempre (5)	14	18,8%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Conhecer-se pessoalmente e profissionalmente, uma vez que, eles estão a desenvolver um sentimento de pertença a um grupo e pretendem obter sucesso na formulação de objetivos comuns é importante para o desenvolvimento da confiança nas competências e capacidade de assumir responsabilidades dos outros, conforme já referido.

Chama-se atenção para a denotação de 12,98% e 19,48% para afirmação de que na dimensão internalização a confiança estabelecida entre os profissionais da Esf de Sobral ainda encontra suas dificuldades, e que esta confiança ocorre de maneira raramente ou ocasionalmente. E o tempo torna-se fator importante para que a confiança torn-se efetiva, como denota o discurso obtido pelo GF.

“Todo início é difícil né? No início é questão de adaptação tanto nossa residente, como também da equipe e todos os profissionais que estão entrando na unidade. No início foi um pouco difícil a questão de vínculo, mas com o tempo vai tudo melhorando mesmo, e é um vínculo muito valioso principalmente com enfermeiro e ACS, com as visitas domiciliares, atendimentos, compartilhamentos de casos. Assim, é algo extremamente importante, tanto que as vezes quando esses vínculos estão um pouco fragilizados, a gente sente né? Tem a necessidade de fazer alguma visita domiciliar, aí acontece alguma coisa e a gente não consegue fazer aquela visita, [...]” P4

Percebe-se a existência de uma confiança e reconhecimento das capacidades profissionais no compromisso em assumir certas responsabilidades. A Colaboração só é viável se existir confiança nas competências e capacidade de assumir responsabilidades dos outros; uma vez que, confiança reduz a incerteza; e quando existe muita incerteza, dados mostram que os profissionais tendem a monopolizar a responsabilidade sob seus clientes o maior tempo possível, para evitar colaborar. Tais ações vão contra a meta de construção de redes (D’AMOUR et al, 2008).

O trabalho em equipe de forma integrada apresenta como significado a conexão de diferentes processos de trabalho, baseados no conhecimento do trabalho do outro profissional e na valorização da participação deste na produção de

cuidados. Significa a construção de consensos no que se refere aos objetivos e resultados a serem alcançados pela equipe de profissionais; assim como, no que se refere ao modo mais adequado de adquiri-los, significando ainda a utilização das interações entre os agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO et al., 2004).

Seguimos agora com a análise das dimensões organizações, as quais descreveram a seguir no intuito de apoiar o leitor na leitura e interpretação dos resultados que seguem. Iniciamos pela **Dimensão Formalização (estruturação de atendimento clínico)** expressa como aquela que na medida em que os procedimentos documentados que se comunicam resultados desejados e comportamentos existem e estão sendo usadas. Formalização esclarece as expectativas e responsabilidades. **Indicadores Ferramentas de formalização e Troca de informações.**

A questão apresentada ao GF para esta dimensão foi: *Como se dá a contratualização dos compromissos de trabalhos entre vocês e entre vocês e os usuários, a gestão?* E as premissas que orientaram a Escala Likert expressavam: *As regras que orientam o processo de trabalho das equipes são definidas em conjunto o que geram acordos consensuais (Indicador Ferramentas de formalização); e, A mesma infraestrutura está à disposição para todas as equipes, condição que contribui para troca de informações entre estes (Indicador Troca de Informação).*

Nesta dimensão procurou-se explorar a existência de registros dos acordos, do planejamento do processo de trabalho em equipe, se seguem metas municipais, etc.

Quanto à Dimensão *Formalização*, no que refere o Indicador *Ferramenta de formalização*, percebe-se que o nível de colaboração interprofissional desenvolvido entre os integrantes da ESF de Sobral alcançou o nível 2 de colaboração interprofissional, segundo aplicação da EL. A Tabela 8 a seguir representa a sistematização dos dados obtidos pela EL nesta dimensão e indicador referido.

Tabela 8 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Formalização, no que tange o Indicador Ferramentas de formalização

Item EL: As regras que orientam o processo de trabalho das equipes são definidas em conjunto o que geram acordos consensuais.		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	9	11,68%
Ocasionalmente (3)	18	23,37%
Na maior parte do tempo (4)	47	61,03%
Sempre (5)	3	3,89%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Importante salientarmos que a formalização é um importante meio de clarificar as responsabilidades dos diversos parceiros e negociar como as responsabilidades são compartilhadas. Para 61,03% dos profissionais, na maior parte do tempo as regras que orientam o processo de trabalho das suas equipes são definidas em conjunto o que geram acordos consensuais entre eles. E, que de acordo com esquema de correspondência adotado no estudo, no demonstra uma Colaboração em desenvolvimento. Mas encontramos um número significativo de 23,37% e 11,68% que inferem que ocasionalmente e raramente, respectivamente essas regras são definidas em conjunto gerando acordos consensuais.

Tal resultado nos remete a existência do Sistema de Informação da Atenção Básica exposto na primeira categoria de resultados que tratou dos dados documentais, que não apresentava todas as informações, assim como não permitia de maneira detalhada a compreensão das atividades do NASF e RMSF, na qual em uma tentativa de supressão desta fragilidade elaborou os sistemas SINAI e SIREMU, com designações de responsabilidades permitindo uma compreensão do que se espera de cada um. Mas que carecem ainda de maior apropriação por parte de todos os profissionais. Resgata-se ainda o e-SUS que permite o compartilhar das ações entre todos.

Entretanto, salienta-se que pelo depoimento do GF os profissionais inferem existir acordos interorganizacionais principalmente no desenvolvimento de atividades de caráter coletivo e que esse é respeitado.

“De acordo com a contratualização do trabalho da nossa equipe é respeitada a nossa agenda e a divisão dos profissionais, das duas vias,

tanto de uma quanto de outra, é respeitado esse fluxo. As agendas são divididas para atendimento individual, atendimento coletivo, visita domiciliar. É (...) principalmente atendimento coletivo é estruturado no planejamento, existe o planejamento de contratualização com as duas equipes de apoio. NASF e residência se reúnem aqui nesta unidade uma vez ao mês planejando as atividades do mês. É (...) existe um espaço também de planejamento dos grupos, a necessidade de cada grupo vai passando para cada equipe, multiprofissional, equipe de apoio, e equipe mínima de referência”. **P3**

“Eu acho que a meta, ao meu ponto de vista, vem mais do que eu realmente particularmente identifico, não foi, não é estipulado de alguma outra esfera do município que eu tenho que alcançar atendimento NASF ou equipe da residência. Eu que tento no dia a dia identificar e qual o setor que está mais precisando do paciente”. **P5**

Nas prerrogativas da ESF, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem. E que, na equipe multiprofissional, essa articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, deve considerar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades. Peduzzi (2002) chama atenção ainda para o fato de a formação dos profissionais de saúde estar pautada no modelo fragmentado, o que pode representar uma limitação para a atuação na esfera da interação, entendida como uma prática comunicativa por meio da qual os envolvidos buscam o consenso quanto a um projeto comum.

O estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo, dessa forma, a divisão social do trabalho e estabelecendo relações de mando e autoridade. No âmbito da ESF, a contratualização dos compromissos e as regras que orientam os processos de trabalho devem ser definidas sobre o consenso das equipes e registradas de forma clara para a orientação das responsabilidades.

Neste indicador percebe-se que os instrumentos: fonte documental e os discursos do GF se contrapõem ao identificado na Escala Likert. De modo que nos remete ao nível 3 de Colaboração Interprofissional, ou seja, uma colaboração ativa. Em virtude de haver ferramentas para contratualização dos compromissos e regras de trabalho, como as construções das agendas e cronogramas que direcionam as ações e organizações do serviço, através do planejamento entre as equipes. Além

de permitir visibilidade e comunicação das ações entre todos. Que para D'Amour (2008) representa o esperado para uma colaboração deste tipo. Embora reconheçamos que sempre há possibilidade de qualificação nesta colaboração e que esta deve ser uma busca cotidiana.

Observa-se também a existência de reuniões entre as equipes de referencia, NASF e RMSF, demonstrando uma forte ferramenta para trocar informações e disparar processos. Grangoe Dall' Agnol (2010) relatam que as reuniões de equipe, no dia a dia, são dispositivos essenciais não só para estruturação e a organização do trabalho, mas também um espaço de informações, estabelecimento de diretrizes e tomada de decisões.

Por fim especifica-se que nesta dimensão *Formalização* em seu indicador *Ferramentas de Formalização*, identificou-se uma Colaboração Interprofissional da ESF do município de Sobral de nível 3, ou seja, ativa, com acordos consensuais e regras definidas em coletivo

Ainda nesta dimensão *Formalização*, no que tange o indicador *Troca de informação*, a Tabela 9, descrito a seguir, apresenta que em sua maioria (40,25%) acreditam haver na maior parte do tempo uma infraestrutura à disposição de todos, permitindo a troca de informação entre estes. Segundo aplicação da EL.

Tabela 9 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão *Formalização*, no que tange o Indicador troca de Informação

Item EL: A mesma infraestrutura está à disposição para todas as equipes, condição que contribui para troca de informações entre estes.		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	8	10,39%
Raramente (2)	18	23,37%
Ocasionalmente (3)	14	18,18%
Na maior parte do tempo (4)	31	40,25%
Sempre (5)	6	7,79%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Identifica-se ainda uma variação nos outros escores da EL para as respostas dos profissionais, com destaque para o “Nunca” (10,39%), “Raramente” (23,37%) e “Ocasionalmente” (18,18%). Como já explicitado o escore *Nunca* não é

objeto desta análise. Os demais somam-se explicitando um total de 41,55% o que daria o nível 1 de Colaboração Interprofissional, ou seja do tipo potencial ou latente.

Entretanto a análise documental, apresentada na categoria inicial deste Capítulo, e os discursos do GF nos revelam um nível 2 de Colaboração, ou seja, em desenvolvimento. Haja vista, os acordos estarem em processo de negociação ou construção.

“[...]então esta contratualização logo no início que vai se firmando no decorrer dos dias mesmos, dos atendimentos e dos fluxos. Acho que isto é bem estruturado, bem organizado e realmente no diálogo no dia a dia. Essa questão do diálogo, do compartilhamento ela é muito importante, ela vai mudando as agendas de acordo com as realidades[...]”. **P1**

“[...] no acolhimento do dia a dia eu tento, eu vejo quais são os problemas mais recorrentes e é passado para agente de saúde, para gerente, mesmo para enfermeiro para que tenha esse suporte neste atendimento do paciente”. **P5**

Abre-se espaço para refletir sobre outros depoimentos surgidos a partir da questão norteadora desta Dimensão, na qual é apontado que apesar de os profissionais conseguirem a partir de uma infraestrutura de troca de informação eles salientam uma sobrecarga de atividades que chegam de modo inesperado, interrompendo algumas vezes um planejamento já elaborado.

“Agora no momento está sendo só demanda por cima de demanda e acaba que a gente se sobrecarrega para fazer aquilo que estão pedindo que tem que mostrar os dados, tem que entregar [...]”. **P13**

“Está corrido para gente o nosso tempo. A gente está trabalhando mesmo por prioridade, (...) a gente tinha tempo para sentar, perguntar o que é que está acontecendo, já não dá mais”. **P14**

“[...] mas algumas coisas que a gente pode ver, são os próprios planejamentos que a gente escreve e envia de volta para Secretaria (...) estratégias, objetivos, o que é que vai fazer, o período. E a equipe se divide, e cada uma vai fazer um determinado assunto saúde da mulher, é prevenção, saúde da criança e a gente faz de acordo com a nossa realidade e depois discute em roda né? Em roda de CSF, e cada um apresenta o seu pouquinho que fez e junta tudo e manda aqueles dados para Secretaria”. **P4**

Essa realidade apresentada pelos depoimentos indica que a demanda de ações voltadas para a troca de informações é importante para a interação e cooperação dos membros da equipe de saúde da família e efetividade do trabalho em equipe. No entanto, é evidenciado que as dificuldades encontradas pelos profissionais na articulação para troca de informações residem, sobretudo, na sobrecarga de trabalho, na pressão externa devido às metas de produção para

algumas categorias, e nas dificuldades de comunicação dos membros envolvidos. Sendo, portanto, necessária a discussão desses saberes e suas divisões de trabalho.

Na visão de Uchôa et al (2012), as demandas impostas pelo nível central do processo de trabalho, é um dificultador para os profissionais da equipe na realização das ações programáticas. A sobrecarga impossibilita o trabalho em equipe fazendo com que as atividades sejam realizadas de forma fragmentada.

Ainda no estudo de Uchôa et al (2012), observou-se que mesmo a equipe sendo multiprofissional, não existia a interdisciplinaridade devido a inexistência de projetos assistenciais e uso de protocolos compartilhados. Para colaboração interprofissional é importante a interdisciplinaridade nas ações e processos que permeiam a troca de informações entre as equipes de referência, NASF e RMSF.

Os Indicadores Ferramentas de formalização e Troca de informações se traduzem em comunicação entre os componentes da equipe e destes com o usuário sendo, portanto, condição *sine qua non* da própria equipe, dada a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde.

Nesse sentido, a comunicação e interação podem se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração dessa equipe e a recomposição dos trabalhos especializados, tanto quanto o trabalho em equipe pode ser considerado um dos princípios organizadores do trabalho em saúde, junto a outras ideias reguladoras como a integralidade na saúde (Campos, 2003 ; Mattos, 2003), o cuidado em saúde (Ayres, 2006) e a centralidade do usuário e da população de referência, que Franco e Merry (2003) denominam trabalho usuário centrado, o que permitiria as equipes de referência, NASF e RMSF constituir um eixo em torno do qual promova um trabalho em equipe integrado, corroborando com a colaboração interprofissional. Nesse caso, a relação entre trabalho e agir comunicativo se assenta sobre o compartilhamento e do horizonte constituído pela integralidade, pelo cuidado e pela primazia dos interesses e das necessidades de saúde dos usuários e da população de referência (ARTMANN, RIVERA, 2003).

Ainda no que competem as dimensões organizacionais, agora com ênfase na **Dimensão Governança**, na qual se busca analisar se as funções de liderança apoiam a colaboração e, se a governança dá direção e apoia os profissionais como implementar inovações relacionadas com práticas interprofissionais e interorganizacionais colaborativas a partir dos indicadores

(Centralização, liderança, suporte para inovação, conectividade), os resultados são desdobramento das seguintes indagações. Para o Grupo focal: *Como ocorre o processo de gestão da equipe (macro e cada uma em particular)?* E, para a escala, foram apresentadas as sentenças: *As equipes contam com um corpo central (gerencia) que desempenha um papel bem definido (Indicador Centralidade); As equipes compartilham de um processo de liderança que visa a produção de consensos (Indicador Liderança); As equipes contam com especialistas (colaboradores, tutores, professores) que promovem colaboração e inovação no processo de trabalho (Indicador Suporte para Inovação) e As equipes dispõem de espaços (não só físicos) para discussão e participação? (Indicador Conectividade).*

Em que, por fim procurou-se explorar como ocorre, na perspectiva da Dimensão Governança, a colaboração interprofissional e interorganizacional na ESF de Sobral.

Nesta dimensão para os indicadores “Centralização” e “Liderança” utilizaremos discursos que expressam ambos, uma vez que apresentam proximidade de significação. De modo que apresentaremos inicialmente o obtido pela EL para ambos indicadores e a seguir será exposto os depoimentos.

Para o Indicador *Centralização* da Dimensão *Governança*, observou-se que este vem reforçar a necessidade de que dentro de uma equipe deve haver uma direção clara e explícita que se destina a orientar a ação, neste caso, para a colaboração. Neste indicador, alcançou-se o nível de 2 de colaboração de Colaboração Interprofissional, ou seja, em desenvolvimento, como expresso no Tabela 10, fruto da EL em que 62,33% dos profissionais afirmam haver na maior parte do tempo o desempenho qualificado de um corpo central (gerencia) da equipe.

Tabela 10 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Governança, no que tange o Indicador Centralidade

Item EL: As equipes contam com um corpo central(gerencia) que desempenha um papel bem definido.		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	2	2,59%
Ocasionalmente (3)	1	1,29%
Na maior parte do tempo (4)	48	62,33%
Sempre (5)	26	33,76%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Semelhante ao anterior o Indicador *Liderança* da Dimensão *Governança*, na visão do profissionais, infere uma Colaboração também de nível 2, em desenvolvimento. Com 72,72% compartilhando dos processos de liderança com vistas a produção de consensos, como expresso no Tabela 11, fruto da aplicação da EL.

Tabela 11 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Governança, no que tange o Indicador Liderança

Item EL: As equipes compartilham de um processo de liderança que visa a produção de consensos.

Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	-	-
Raramente (2)	3	3,89%
Ocasionalmente (3)	13	16,88%
Na maior parte do tempo (4)	56	72,72%
Sempre (5)	5	6,49%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Tais indicadores apontam para a existência de uma direção clara e explícita para a orientação de determinada ação, em que essa liderança pode ser exercida pelo gerente que impõe as ações ou por profissionais que tomam a iniciativa (D'AMOUR, 2008).

De modo que, percebe-se nos discursos processos políticos ambíguos, em que apontam lideranças como a Gerencia de cada CSF e os Tutores, mas que não reconhecem como positiva as formas de demandar as ações pelos gestores, em específico o (a) gerente do CSF.

“[...]é enquanto residência (...)nós temos o nosso tutor e claro é figura chave, que tem a função de estar gerindo os processos (...)Mas a gente percebe que no dia a dia a gente tem um tentado compartilhar muito da liderança de cada categoria.” **P3**

“ [...]de primeiro a gente sentava, planejava a ação, você dava sua opinião e era aceita, hoje (...) já é programada a demanda (Demandada pela gerência) e já mandam para gente, a gente não teve o prazer de compartilhar de dizer eu concordo ou então vamos fazer desse outro jeito porquê (...) eu tô insatisfeita. (...) fica tudo atropelado.” **P13**

“Vem muita coisa pronta, é para fazer assim (...) vem tudo pronto e corra contra o tempo que é para ontem. A gente planeja muitas vezes, a gente faz o planejamento e foge do planejamento anual e tem que fazer totalmente outras coisas e desmotiva porque a agente não tem tempo de discutir com a equipe o que foi planejado e o que vem que é imediato”. **P14**

D'Amour (2008) aponta que para que seja oficializada a Colaboração é necessário a existência de algumas autoridades centrais que possam fornecer uma direção clara, estabelecendo um papel estratégico e político que possa promover a implementação de estruturas e processos colaborativos. E que esses podem exercer influência significativa sobre a colaboração interorganizacional. Ademais esta liderança pode ser emergente ou relacionada a alguma posição.

Em termos da dimensão Governança, os resultados da escala mostram que as equipes são caracterizadas por uma autoridade central forte que fornece direção clara e liderança que visa a produção de consensos. No entanto, os discursos dos GF remetem um forte contraponto, potencializando a Centralidade fraca, onde a autoridade central não tem sido capaz de dar sentido a ação ou influenciar. A liderança é, por assim dizer, predestinada e monopolizada pela gestão, de forma não-consensual.

Para o desenvolvimento de uma direção clara, que venha estabelecer a centralidade, mas, contudo, fomentar a liderança compartilhada em equipe é necessário implementar os modelos de gestão para que esses venham promover processos mais colaborativos. Referimos aqui, o modelo de gestão participativa e comunicativa que buscam ampliar a democratização das relações de trabalho e descentralização da tomada de decisões associadas ao compromisso dos trabalhadores com os objetivos e o projeto institucional. Assim a prestação de contas estabelece compromissos assumidos com a participação dos sujeitos e objetos de cobrança, ou seja, a prática de responsabilidade e prestação de contas dos profissionais liga-se à possibilidade de controle dos processos de trabalho por parte de quem se admite objeto de controle (RIVERA, 2003).

Desse modo, na gerencia dos serviços de saúde, em especial no que tange à promoção da colaboração interprofissional, é preciso atribuir e cobrar responsabilidade profissional, bem como fomentar uma prática e criar uma cultura de solicitação e prestações de contas, com base na participação e no compromisso de todas as partes envolvidas, reconhecendo seu caráter complementar.

Para Merhy (1997), os trabalhadores da saúde operam num espaço de autogoverno, que lhes facultam “privatizarem-no”, se ter que prestar conta *do que* e de *como atuam*, o que se liga tanto a dimensão individual do profissional como à dimensão ético-política institucional. Contudo, no trabalho em saúde, há uma dinâmica, que é orgânica, entre as dimensões pública e privada, e os modelos

gerenciais devem operar sobre a privatização dos processos decisórios no sentido de publiciza-los concentrando a decisão nos interesses dos usuários e território e suas necessidades de saúde.

A abordagem da responsabilidade e da prestação de contas dos profissionais e das equipes de saúde por referência aos serviços e aos usuários coloca-se no contexto de uma prática comunicativa, pois, do contrário num cenário de relações unilaterais e monológicas, se manteria seu caráter de exigência e controle externo, o que reitera uma prática gerencial técnico-burocrática e conservadora, perpetuadora do modelo gerencial hegemônico. O contexto de uma prática comunicativa configura em que todos os sujeitos envolvidos constroem junta a responsabilidade de um sistema de prestação de contas necessário para a eficácia e eficiência da atenção às necessidades de saúde dos usuários e da população do território.

Segundo Rivera, Artmann (2003, p 19) a gestão comunicativa:

(...) não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromisso.

Destaca-se a necessidade de se compreenderem valores-chave da cultura institucional e os elementos positivos que podem ser reforçados à medida que vão ao encontro das finalidades definidos. Mesmo com tensões e contradições, esses valores-chave podem ser trabalhados pelos gerentes junto às equipes de forma compartilhada.

A cultura organizacional ou institucional entendida como compartilhamento de um conjunto de valores, crenças, tradições e pré-interpretações de situações têm um papel importante na configuração da dinâmica do serviço, e sua abordagem concorre para compreensão dessas características, bem como de suas possibilidades e limites para consecução dos objetivos estabelecidos, mesmo que reflitam as tensões e contradições entre os diferentes seguimentos e interesses que compõem o serviço.

A gerência comunicativa, que busca construir junto aos trabalhadores, equipes e usuários uma prática de atenção à saúde baseada em consensos, deve se basear em processos de negociação. Sobretudo nos serviços da administração pública entendida como uma arena de interesses variados de atores em disputa por

uma dada hegemonia é preciso aprimorar a comunicação interna pautada na negociação como meio de para a construção de pactos normativos capazes de garantir a coesão dos vários segmentos e grupos profissionais envolvidos no trabalho (RIVERA, 2003).

A liderança é um dos instrumentos centrais da gerencia para conduzir ou coordenar os trabalhadores na direção do projeto institucional que, segundo as várias definições encontradas na literatura, surgiu e se desenvolveu com características mais próximas à interação social do que ao controle, à organização e à hierarquização que caracterizam a prática hegemônica da Gerência (ROSENDO, 1995).

A partir das novas configurações de equipes dentro da Atenção Básica, há a necessidade de aprendizagem complementar para fazer mudanças de paradigmas. A presença de um *expertise* no desenho ou externo para apoiar este processo de aprendizagem é de suma importância, fomentando lugares para a discussão e a construção de vínculos tornando possível fazer ajustes nas práticas do cuidado.

Ainda no que refere a Dimensão *Governança* apresentamos como se observa o Indicador *Suporte para Inovação* na ESF. A Tabela 12 expressa este indicador, segundo dados obtidos pela EL.

Tabela 12 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Governança, no que tange o Indicador Suporte para inovação.

Item EL: As equipes contam com especialistas (colaboradores, tutores, professores) que promovem colaboração e inovação no processo de trabalho?		
Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	2	2,59%
Raramente (2)	2	2,59%
Ocasionalmente (3)	4	5,19%
Na maior parte do tempo (4)	49	63,63%
Sempre (5)	20	25,97%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

Na afirmativa de que as equipes contam com especialistas (colaboradores, tutores, professores) que promovem colaboração e inovação no processo de trabalho, 63,63% dos profissionais reconhecem esse Indicador na maior

parte do tempo e 25,97% sempre. Corroborando com o explicitado, observa-se nos discursos a identificação de dois atores presente dentro dos processos de formação e gestão, os Tutores e Preceptores, que surgem como suporte para inovação.

“Temos um tutor que nos insere nos serviços não só na residência, mas também tem que atuar também no serviço, tem essa pactuação que também tem esse apoio, enquanto equipe mínima observo que tem a figura do coordenador da área”. **P1**

“O preceptor de categoria (...), acompanha as residentes no território quando há alguma demanda algum caso mais difícil, por exemplo, um serviço mais especializado, enfim quando tiver alguma questão mais complexa ela vai para apoiar a gente, avalia a gente também, pois é profissional do núcleo, e mais voltada para unidade de saúde nessa parceria com a gerente tem a nossa tutora que é da equipe mínima que é tutora da nossa equipe”. **P4**

Tutor e preceptor são dois trabalhadores da rede local de saúde, atuando mais especificamente no contexto da educação permanente junto à EFSFVS. Têm identidade profissional profundamente vinculada ao processo formativo da RMSF. (PARENTE, 2008).

Ainda segundo Parente (2008), tutores e preceptores não são professores na concepção tradicional da Educação, onde seu trabalho muitas vezes se restringe ao interior de uma sala de aula. A sua práxis educativa está comprometida com os processos de trabalho e conseqüentemente com sua transformação. O fazer de tutores e preceptores passa pela apropriação e desenvolvimento da educação permanente, esta entendida sinteticamente enquanto prática educativa voltada para a transformação dos processos de trabalhos.

O apoio desses atores, destacado nos discursos, vai para além de uma configuração da RMSF. Em Sobral o sistema saúde escola é fortalecido quando o tutor estabelece um vínculo com sua equipe de referência trazendo sua expertise como educador para a alimentação dos processos de trabalho e sua presença é marcado como uma figura da gestão e de apoio técnico-assistencial, como principal ferramenta a Educação Permanente.

A fomentação da educação permanente caracteriza como uma educação voltada para o trabalho e no trabalho, constituída em diversos espaços como em rodas, matriciamento e preceptorias, mas, sobretudo é pautada na orientação de um sistema aprendente. Conhecer passa a ser um processo integral, onde as possibilidades encontram-se descentralizadas e são constantes no interior do território, ao contrário do que se observa no modelo tradicional, no qual aprender

tem hora, local e, principalmente, alguém específico para ensinar. Toda a rede de saúde disponível é uma grande escola (FREIRE, 1992).

Paim (1993) afirma que o investimento na capacitação do conjunto da equipe apresenta potencial para propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se um elemento facilitador na construção de um projeto comum.

Portanto, os resultados da escala e os discursos dos GF demonstram a influência, dos atores do sistema saúde-escola, desde os conhecimentos necessários para apoiar os profissionais da introdução de novas práticas e inovadoras (treinamento, desenvolvimento de programa, projetos, etc), promovendo assim a participação, forte abrangente por todos os profissionais.

D'Amour *et al* (2008) delinea em seus estudos que a colaboração leva ao desenvolvimento de novas atividades e divide responsabilidades de forma diferente entre os profissionais e instituições. Necessariamente implica mudanças nas práticas clínicas e na partilha de responsabilidades entre parceiros. Estas mudanças representam inovações reais que devem ser desenvolvidas e implementadas. Colaboração não se pode fazer sem uma aprendizagem complementar.

Concluindo a Dimensão *Governança*, no que concerne o Indicador *Conectividade*, o quadro a seguir Tabela 13 apresenta a distribuição dos percentuais dos escores da representatividade da colaboração, segundo o Indicador Conectividade, obtido pela EL.

Tabela 13 - Distribuição dos escores obtidos pela escala likert de colaboração interprofissional relacionados a Dimensão Governança, no que tange o Indicador Conectividade

Item EL: As equipes dispõem de espaços (não só físicos) para discussão e participação?

Estratificação	N	f(%)
Nunca (1)	3	3,89%
Raramente (2)	13	16,88%
Ocasionalmente (3)	12	15,58%
Na maior parte do tempo (4)	37	48,05%
Sempre (5)	12	16,88%
Total	77	100%

Fonte: Primária.

O Indicador Conectividade vem estabelecer que para processo de gestão da equipe (macro e cada uma em particular) é importante a existência de espaços (físico ou momentos vivenciais) para a conexão das ações e objetivos entre as equipes. De modo que, percebe-se que 48,05% dos profissionais afirmam existir na maior parte tempo, corroborando para uma Colaboração Interprofissional de nível 2, ou seja em desenvolvimento.

Reforçando o exposto, os discursos do GF, além de permitir visibilidade para esta conectividade, disparam, ainda, novas perspectivas de análise.

“Em relação a equipe macro nós temos como processo instalado aqui em Sobral e é muito forte a questão das rodas de CSF, que tem realmente esse objetivo de promover essa cogestão que é tão falada por Gastão. Aí (...) as vezes, o que nós identificamos é que as rodas acabam não tendo, apesar de ser instituído, apesar de ter o dia, o horário e tudo, ela acaba não favorecendo essa cogestão até pelas demandas que a gente observa que já vem da gestão superior. Então a gente observa, por exemplo, uma roda que é pós roda de gerente, a gente já pode esperar que é meia hora, meia hora não, a roda quase toda de informes, de atividades para serem feitas que vão para além da identificação das necessidades territorial, mas para a necessidades municipal que não deixam de ser do território também, mas acabam se sobrepondo porque são metas que vem, que precisam ser alcançadas né? E aí a gente acaba percebendo que fragiliza um pouco esse método da cogestão que já está bem descrito”. **P1**

“[...] nós temos reuniões semanais, onde se coloca os casos e se discute os processos de trabalho, as dificuldades e potencialidades também, e diante de uma situação a mais que a gente identifica uma barreira e dificuldades, nós temos pensado de uma forma coletiva de como superar a essa situação, mesmo que seja um caso que diga respeito especifica de alguma categoria ou de alguma situação do território que aconteceu com algum dos residentes, mas a gente tem procurado gerir de forma coletiva em sintonia com a tutoria, sintonia com os usuários e com a própria gestão do território e com a equipe mínima”. **P3**

Para que o trabalho em equipe seja de fato efetivo e baseado na colaboração interprofissional, é necessário que haja vontade e orientação de seus integrantes, mas apenas isso não é suficiente. É de extrema importância a instauração de um ambiente democrático e de mecanismos e estruturas institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o acontecimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2007).

Nos discursos dos profissionais é evidenciada a visão dos processos de trabalho e a existência de uma estrutura institucionalizada voltada para a cogestão que é o Método de rodas. Este, ou simplesmente Roda, proposto por Campos (2000), é um espaço de politização da gestão, ou seja, rompe com o modelo

burocrático de gestão atual, uma vez que se sintonizam com a ideia permanente de co-produção e construção de autonomia dos sujeitos, visando a democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizagem, de elaboração e de organização de processos de trabalho e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais. Esse autor sustenta uma radical mudança no modo de se produzir saúde. Para ele, faz-se saúde sobre os usuários e não com a participação ativa deles. Nesse sentido, o Método da Roda ou Paideia propõe a produção de saúde com as pessoas e não sobre elas, sendo, para tanto, de fundamental importância aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupamentos humanos (CAMPOS, 2003).

A partir de agosto de 2001, o Sistema Municipal de Saúde de Sobral passou a utilizar a cogestão de coletivos. Assim, cada Centro de Saúde da Família (CSF) tem garantido nos seus turnos de atividade, uma roda semanalmente, as quintas-feiras à tarde, que reúne seus trabalhadores e suas gerências, as quais conjuntamente tentam construir um gerenciamento participativo, democrático, considerando o ser humano como criativo e capaz de aprimorar e modificar as formas de fazer. O método supõe que em todos os espaços institucionais estão em jogo os afetos, os poderes e os saberes, logo contempla essas três dimensões. É neste clima de dialógico, de participação, de troca de saberes, valorizando o espaço como incentivador de reflexões e de discussões que se empodera o coletivo, visto que somos aprendizes e educadores ao mesmo tempo. O interesse é resolver os problemas vivenciados in lócus.

Abre-se espaço para reflexão de que nos discursos há uma crítica para a forma de como o modelo de roda vem se concretizando dentro dos CSF. É ressaltado que, em sua maioria, as rodas se resumem no momento administrativo e é tratado de forma puramente burocrático, com repasse de informes e cobranças da gestão, esquecendo-se das demais dimensões do método. Deseja-se nesta fase um gerente como maior liderança, um motivador, que estimule uma decisão democrática, e não vertical já imposta. Almeja-se uma pactuação, a construção de consensos, sobre as necessidades dos usuários e dos profissionais nos processos de trabalho.

Enfim, conforme o exposto neste indicador infere-se a existência desta conectividade, ainda em seu processo de caminhar. Para D'Amour *et al.* (2008), conectividade refere-se ao fato de que indivíduos e organizações estão interligados,

e que deve haver lugares para a discussão e para a construção de vínculos entre eles. Conectividade é o oposto de separação, de isolamento para tornar possível fazer ajustes nas práticas do cuidado.

Diante da análise e discussão dos dados, com vistas a analisar a colaboração interprofissional da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral - CE, foi chegada à conclusão de que o nível de colaboração interprofissional desenvolvido nesta Estratégia é o nível 2, ou seja, uma colaboração do tipo em desenvolvimento. Que para D'Amour *et al.* (2008), representa uma *Colaboração* que não está com as raízes fincadas nas culturas das organizações e podem ainda estarem sujeitas à reavaliação com base interna ou fatores ambientais. Objetivos, relacionamentos entre os parceiros, os mecanismos de governança e formalização são objetos de um processo de negociação que não tem ainda produzido um consenso. As negociações podem ser parciais ou uma fonte de conflito, mas elas são, no entanto, abertas, contínuas e acessíveis. Este tipo de resultados de colaboração em uma tentativa de divisão de responsabilidades entre os profissionais e instituições, nas transformações tímidas de práticas profissionais e em serviços que são menos eficientes do que poderia ser. No nível de colaboração intitulado “em desenvolvimento”, observa-se, que embora a mudança demore mais tempo para ocorrer, o progresso é claramente feito.

O gráfico na página seguinte apresenta os indicadores de colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família de Sobral, à medida que emergiram, a partir da análise dos dados.

GRÁFICO 1 - Gráfico de Kiviat - Nível de Colaboração Interprofissional da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, Sobral - CE, 2016

- 1 - Nível de Colaboração Interprofissional latente
 2 - Nível de Colaboração Interprofissional em desenvolvimento
 3 - Nível de Colaboração Interprofissional ativa



Fonte: Primária.

Em termos das quatro dimensões e dos dez indicadores do modelo de Colaboração Interprofissional de D'Amour et al (2008), infere-se que: os profissionais que compõe a equipe da ESF alcançam parcialmente o êxito na realização de suas atividades ao trabalharem juntos em torno de objetivos comuns; Eles guiam as suas condutas, mais fortemente para os seus interesses profissionais, com algumas pontuações/destaques de ações que tem o cliente no foco central, sendo ainda a depender de uma categoria profissional específica e não a equipe; existem algumas oportunidades para que os profissionais da ESF se conheçam e interajam entre si, mas que nem sempre assume espaço para este fim, apresentando ainda dificuldades para a pertencibilidade de todos os profissionais a equipe macro; existe confiança, mas esta ainda está tomando forma, afim de que todos confiem nas competências e na capacidade uns dos outros para assumirem responsabilidades; os acordos formais ocorridos dentro da ESF de Sobral são consensuais com regras

definidas em conjunto. Chama-se atenção apenas que estes ainda carecem como em todo processo de trabalho coletivo de maiores fortalecimentos; a infraestrutura para troca de informação existe, entretanto não é usada adequadamente e/ou apresenta-se de forma incompleta o que repercute de forma direta na comunicação; a liderança é existente, cita-se a exemplos os “gerentes dos CSF e tutores da RMSF” mas quase sempre não é compreendida pelos profissionais como uma posição de liderança e sim alguém que já vem com ordens e demandas a serem executadas, tornando-se pouco impactante e fragmentada, com os processos políticos ambíguos; existem momentos de capacitação para os profissionais, porém eles revelam que são esporádicas e que os responsáveis, em alguns casos apresentam práticas fragmentas; apresentam espaços para discussão de questões pontuais e específicas como explicitado a Roda, mas que carecem de melhores organizações.

Tais resultados sinalizam para um nível de Colaboração Interprofissional da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral do tipo colaboração “em desenvolvimento”, a qual para D’Amour *et al.* (2008), se constitui na colaboração que não está com as raízes fincadas nas culturas das organizações e podem ainda estarem sujeitas à reavaliação com base interna ou fatores ambientais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da Família representa uma estratégia para tornar a atenção primária um componente estruturante da transformação do modelo de atenção em saúde no Brasil. Com a implantação do NASF e das RMSF são incorporados outros profissionais a equipe mínima a fim de reforçar e ampliar as ações de APS, no contexto brasileiro. No modelo de apoio matricial adotado com o NASF e a ferramenta de formação dos profissionais no formato de Residência, há uma tentativa na ESF de se estabelecer gradualmente a lógica da colaboração interprofissional no cotidiano do trabalho. Entretanto, observa-se insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF.

Os resultados apresentados podem contribuir para a inserção da colaboração interprofissional na agenda estratégica para a reformulação dos modelos de Atenção e, mais especificamente, não apenas com a implantação de novos dispositivos como o apoio matricial, por meio do NASF, e processos de formação como a Residência, mas, também, no desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde que coloquem as necessidades das pessoas e das famílias no centro da produção do cuidado.

A colaboração interprofissional tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado, efetivo. O interesse nessa temática tem crescido nas últimas décadas, em parte pelo aumento da complexidade do cuidado e pela melhor compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. Esta tendência em adotar novas formas de organização dos serviços requer, não apenas, a implementação de novas áreas e funções nas estruturas organizacionais existentes, mas também o desenvolvimento de práticas de cuidado compartilhado.

A agregação de outras categorias profissionais na ESF, tem proporcionado a implementação de diferentes formas de atuação, ampliando as possibilidades de cuidado oferecido. Porém, os resultados observados mostram que ainda persistem visões de trabalho individualizado e pouco integrado.

O vínculo e a comunicação entre os integrantes das equipes (referência e apoio) poderiam facilitar a interação e melhorar o grau de colaboração entre os profissionais ampliando as possibilidades da atenção. No lugar da transferência de

responsabilidades de uma equipe para a outra, busca-se a corresponsabilidade entre as equipes de referência e de apoio.

Os resultados mostraram que agrupar profissionais em equipes não necessariamente se traduz em uma prática colaborativa. A alteração da lógica dos encaminhamentos para especialistas e o compartilhamento de responsabilidades, decisões, visões e práticas na produção do cuidado longitudinal de usuários e famílias permanece, segundo os resultados, como um importante desafio. Essas distintas percepções podem indicar que as predisposições subjetivas não são as mesmas entre as diferentes categorias, nem entre profissionais de uma mesma categoria.

No município em questão, os profissionais da ESF/NASF/RMSF orientam seu trabalho, pautados em grande medida, por objetivos comuns. Entretanto, incorporam a estes, objetivos estabelecidos pela gestão local, através de suas coordenações de forma dissociadas. As limitações na busca da efetivação de trabalho mais colaborativo na ESF podem ser expressões de uma cultura gerencial predominantemente definida por metas.

O processo de trabalho orientado por uma vivência colaborativa pressupõe certo grau de transformação na organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde. Para que o modelo de apoio seja efetivo, é necessária a implementação de instrumentos e dispositivos organizacionais que favoreçam o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes. Os profissionais são importantes para a consolidação desse modo de atuação, determinando, de acordo com sua visão, disposições favoráveis ou não para a colaboração.

Na presença ou não de entraves estruturais, os profissionais das equipes, não perdem sua condição de protagonistas das práticas de saúde. Admitir tal premissa implica considerar que a obstrução ou efetivação das propostas de colaboração interprofissional, no âmbito do NASF, RMSF e da ESF, está relacionada aos sentidos e significados que os profissionais dão à sua atuação, ao papel da ESF e às diretrizes de trabalho.

Retomando aos objetivos e resultados aqui apresentados é possível refletir que a implementação de um processo de construção dialogada e compartilhada de objetivos comuns entre equipe mínima e multi (NASF e RMSF) requer uma liderança menos autoritária e aberta ao diálogo comprometido com a

superação barreiras estrutural, formal e comunicacionais. Para tanto, é preciso ampliar o conhecimento e entendimento sobre os processos colaborativos na APS, reconhecendo o seu potencial de contribuição no campo da gestão do trabalho.

Percebemos por fim, que apesar destas limitações, a ESF apresenta um processo de trabalho colaborativo em desenvolvimento com potencialidades para alcance de um nível ativo (nível máximo de colaboração). Ou seja, apesar das fragilidades, encontramos grandes resultados do processo organizativo fundamentado no sistema saúde-escola, frente a dimensão e complexidade de se estabelecer a ESF na Atenção Básica no país.

Reconhecemos ainda a necessidade de ampliar o olhar para este processo de colaboração por meio de outros estudos e abordagens que considerem, inclusive, as tensões que emergem quando novos arranjos são colocados em prática no processo de produção do cuidado. Da mesma forma, consideramos destacar uma possível limitação deste estudo ao eleger critérios que culminasse com o estudo em três centros de saúde da família, de um total de 36, embora estejamos coerentes com a natureza da abordagem qualitativa eleita para iluminar o percurso metodológico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. A Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- AYRES, J. R. et al. Conceito de vulnerabilidade as práticas de saúde: novas perspectivas desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ARAÚJO, E. M. D. A dinâmica da colaboração interprofissional no contexto do Núcleo de Apoio a Saúde da Família: desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação. 2012. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Univer Federal do Ceará, Sobral, 2012.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em Equipe: um desafio para consolidação da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 08 jun. 2016.
- BARRETO, I. et al. A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala: **SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Ano II, n.º 3, out./nov/dez.2000.
- BASTOS, A. C.S; TRAD, L. A. B. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da XI Conferencia Nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata (1978); Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jacarta (1997). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Série B.
- _____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata (1978); Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jacarta (1997). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde, 2016. **Portal do Departamento da Atenção Básica: eSUS AB**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em : 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde, 2016. **Portal do Departamento da Atenção Básica: eSUS AB**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php . Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. **Portaria Interministerial nº 45**, de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Elencando seus principais atribuições.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

_____. **Portaria MS/GM 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 out.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Equipes de referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 4(2):393-403, 1999. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2016.

CAMPOS, G.W.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Apoio_matricial_e_equipe_de_referencia_uma_metodologia_para_gestao_do_trabalho_interdisciplinar_em_saude.pdf. Acesso em: 14 ago. 2016.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 9 (3):745-749, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 out. 1996.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em: http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/eps/assets/pdf/metodo_paideia_cogestao.pdf. Acesso em:

D'AMOUR, D. et al Model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v.8, 2008 p.188-202. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/872/art%253A10.1186%252F1472-6963-8-188.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6963-8-188&token2=exp=1491872209~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F872%2Fart%25253A10.1186%25252F1472-6963-8-188.pdf*~hmac=44046f3aec1cc13d2defc44dda97004dbf1b46bdac0b6615aabec6d09542fb98. Acesso em: 14 jun. 2016.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Supplement 1:8-20, May, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/7664589>. Acesso em: 13 mar. 2016.

D'AMOUR, D. et al. **The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks**. Journal of Interprofessional Care, Supplement 1:116-131, May, 2005.

_____. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, 8, 188-202, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FEUERWERKER L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** Botucatu, v.11, n.22, p. 239-255, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2016.

GRANDO, M K.; DALL' AGNOL, C. M. D. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 504-510, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Formacao_de_recursos_humanos_em_saude_da_familia_p.pdf. Acesso em: 14 maio de 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JUNIOR, T.M. et al. Educação na Saúde. **SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, V. 7. N 2., 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/issue/view/3> . Acesso em : 07 jul.2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2016.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY EE, ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo. Hucitec, 1997.

_____. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. In: Merhy EE. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 149-178.

MERHY EE. FRANCO TB. Trabalho em saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. **Dicionário da educação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, H.S.; SANTOS, S.R.F.R. Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, mar. 2001. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100006&lng=pt&nrm=iso>.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistema de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro. MEDSI: Guanabara Koogan, 2003. p. 605-628.

NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M.A. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2016.

NASCIMENTO, D; OLIVEIRA, M.A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010;34(1):92-96. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 10 mar. 2016.

OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

PARENTE, J.R.F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em saúde da Família. **S A N A R E**, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In : Ronquaryol MZ, Almeida- Filho N. **Epidemiologia e saúde**. 5º Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

_____. **Saúde**: política e reforma sanitária. Salvador. Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em saúde. 2002.447p.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA; 2006. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/707>. Acesso em: 20 jun. 2016.

Peduzzi, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: **Anais** do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba, PR, Brasil Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1080-1082, Dec. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2016.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIVERA, FJU, ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2016.

RIVERA, FJU. , ARTMANN E. A liderança como intersubjetividade linguística. Botucatu, v. 10, n. 20, p. 411-426, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016.

ROSENDO, C.A. **Liderança da Enfermagem**: refletindo sobre o mito. Tese. 156f. (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. **Proposta técnica da Residência em Saúde da Família**. Março, 2002.

SAITO, E.C.C. **Políticas de Saúde**: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um Sistema Único de Saúde. São Paulo: Martinari, 2008.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos A. Thorell, Trad., 4ª ed. Porto Alegre: Bookman.2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHOA, A. C et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2016.

VIEIRA. F.M.B.R. **Colaboração Interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**: o Caso de Sobral/CE. 2013. Dissertação. 119f. (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

VIEIRA, A.M. Integralidade da Atenção. São Paulo, 2008.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - ROTEIRO ORIENTADOR PARA LEVANTAMENTO DE DADOS
POR MEIO DO E-SUS**

Data	Atividade colaborativa	Categorias envolvidas	Equipes/Setores	Produtos/Resultados

**APÊNDICE B – ESCALA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Caro colaborador(a), você foi convidado(a) a participar da pesquisa Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família de Sobral, a qual visa estabelecer o nível de colaboração desenvolvido no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família integrando a Equipe de Saúde da Família, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Com base no referencial de colaboração Interprofissional proposto por Damour, apresentamos 10 afirmativas. Nosso convite é para que você reflita sobre o nível de aplicação de cada afirmativa no processo de trabalho da ESF em Sobral, em particular na equipe que você integra.

Desde já agradecemos sua participação, a qual é relevante para consecução do objetivo proposto e para a qualidade e fidedignidade dos resultados, os quais pretendem contribuir para reflexão e, conseqüente, melhoria da Estratégia Saúde da família.

ESCALA DE COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Q1- Os objetivos da ESF são consensuais entre os profissionais que a integram.
() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q2 – O processo de trabalho das equipes (ESF, NASF e RMSF) é orientado por interesses centrados no cliente/usuário/família.
() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q3 – As equipes (ESF, NASF e RMSF) desfrutam de oportunidades frequentes de convivência e regularidade na realização de atividades conjuntas.
() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q4 – Todos os profissionais das equipes (ESF, NASF e RMSF) compartilham uma relação de confiança e respeito uns com os outros.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q5 – As regras que orientam o processo de trabalho das equipes (ESF, NASF e RMSF) são definidas em conjunto o que geram acordos consensuais.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q6– A mesma infra-estrutura está à disposição para todas as equipes (ESF, NASF, RMSF), condição que contribui para a troca de informação entre estes.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q7-As equipes (ESF, NASF e RMSF) contam com um corpo central (gerência) que desempenha um papel bem definido.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q8 – As equipes (ESF, NASF e RMSF) compartilha de um processo de liderança que visa a produção de consensos.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q9 – As equipes (ESF, NASF e RMSF) contam com especialistas (colaboradores, tutores, professores) que promovem colaboração e inovação no processo de trabalho.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

Q10 – As equipes (ESF, NASF e RMSF) dispõem de espaços (não só físicos) para discussão e participação.

() Sempre () Na maior parte do Tempo () Ocasionalmente () Raramente () Nunca

APENDICE C – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

GRUPO FOCAL

1. Como ocorre a definição dos objetivos que orientam o processo de trabalho da equipe?

(Atentar para as falas e tensionar se os objetivos são compartilhados, se lealdade no seguimento destes, se há divergências ou singularidades – reconhecer o porquê)

2. Estamos diante de três equipes em uma equipe (ESF, NASF e RMSF). Como vocês se reconhecem pertencentes a uma macroequipe e qual a dependência que uma equipe tem em relação as outras?

(Explorar a ideia de uma equipe macro e a importância de gerenciar as singularidades de cada uma com seus valores e disciplina própria)

3. Como se dá a contratualização dos compromissos de trabalhos entre vocês e entre vocês e os usuários, a gestão?

(Explorar se há registros dos acordos, do planejamento, se seguem metas municipais, etc)

4. Como ocorre o processo de gestão da equipe (macro e cada uma em particular)?

(Explorar como ocorre a liderança, como ocorre a colaboração interprofissional e interorganizacional)

**APÊNDICE D - MATRIZ DE SISTEMATIZAÇÃO DA COLABORAÇÃO
INTERPROFISSIONAL**

Dimensão	Indicador	Evidências

**APÊNDICE E – MATRIZ DE SISTEMATIZAÇÃO NÍVEL DE COLABORAÇÃO
INTERPROFISSIONAL**

Dimensão	Indicador	Nível de colaboração	Evidências

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O (a) Sr (a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família, que tem como objetivo: Analisar como se dá a Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família em Sobral – CE.

O estudo terá duração de 1 ano, com o término previsto para o mês de Julho de 2016.

Suas respostas serão tratadas com caráter anônimo e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome, em nenhuma fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas neste estudo e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação neste estudo consistirá em participar de um grupo focal respondendo às perguntas norteadoras. O material da coleta de dados será guardado por cinco (05) anos e excluído após esse período.

Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de promoção de saúde e educação em saúde.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo que consta o celular/e-mail da pesquisadora responsável, podendo esclarecer dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

É importante ressaltar que inicialmente, este estudo será encaminhado para apreciação, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, situado à Rua Comandante Mauro Célio Rocha Ponte, n°. 150, Bairro Derby, CEP 62041040, Sobral – CE.

Grata.

Flávia Campos Pontes

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo a participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito do estudo: _____

APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS, DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CINETÍFICA**

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu Flávia campos Pontes abaixo assinado, pesquisadora envolvida no projeto de título: Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos Sistemas de informação eSUS, SIAB, SIREMU, SINASF e livros de atas de reuniões e Projeto Terapêutico Singular de equipes de Saúde da Família, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/2012 do CNS/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a ações interprofissionais e de colaboração interprofissional ocorridos entre as datas de: entre Julho de 2015 e Abril de 2016. Sobral, 28 de Janeiro de 2016. Flavia Campos Pontes, R.G. 491963-7.

Flávia Campos Pontes 28/01/2016.

NOME	CPF	RG	Assinatura
------	-----	----	------------

Flávia Campos Pontes, CPF 81078315353, RG 491963-7

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0002/2016

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, intitulado: COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, desenvolvido por Flávia Campos Pontes, sob orientação da Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados nos 20 Centro de Saúde da Família (CSF) da sede de Sobral, onde serao abordados profissionais da ESF, incluindo profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência aos participantes do estudo, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização da participação com assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado, devendo acordar previamente com a gerência de cada um dos CSF os melhores dias e horários para abordagem aos profissionais participantes do estudo.

Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 12 de Fevereiro de 2016

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

PP77331478898940F

11 de Novembro de 2016, às 18:15, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

ANEXO B - FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA DO E-SUS

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:	_____	_____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	_____
_____	_____		_____	_____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)*		PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*				PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*			
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/> 18	Semana Saúde na Escola		
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em Grupo	<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor	<input type="checkbox"/> 19	Agravos Negligenciados		
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Saúde Ocular	<input type="checkbox"/> 20	Antropometria		
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização Social	<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 21	Outros		
		<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> 22	Saúde Auditiva		
		<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador	<input type="checkbox"/> 23	Desenvolvimento da Linguagem		
		<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)	<input type="checkbox"/> 24	Verificação da Situação Vacinal		
		<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)	<input type="checkbox"/> 25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1		
		<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Escovação Dental Supervisionada	<input type="checkbox"/> 26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2		
		<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais / Fitoterapia	<input type="checkbox"/> 27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3		
		<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais / Atividade Física	<input type="checkbox"/> 28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4		
		<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Mentais em PIC				
		<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Alcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz				
		<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental				
		<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal				
		<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental				
		<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva				

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito que foi realizada a Revisão Textual da Dissertação de Mestrado; “COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, de Flávia Campos Pontes .

Sobral, 06 de março de 2017.



Antônio Ronyere Gomes Lima

Formação: Letras , registrado sob o nº1.191

C.P.F 005.275.013-28