



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARLA DA SILVA MACHADO

O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SOBRAL

2023

KARLA DA SILVA MACHADO

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

SOBRAL

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M131t Machado, Karla da Silva.

O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / Karla da Silva Machado. – 2023.

73 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

1. Competência Colaborativa. 2. Trabalho em Equipe. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 610

KARLA DA SILVA MACHADO

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 27/10/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Profa. Dra. Maria do Socorro Araújo Dias

Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS)

Dedico este trabalho a minha mãe, que instiga minhas melhores virtudes e a meu pai (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, essa força maior, que guia minha eterna existência;

Aos meus pais e irmãos, os quais sempre presentes em minha vida e memória, acreditaram em meu potencial e apoiaram minha formação enquanto pessoa e profissional;

Agradeço a minha orientadora, Profa. Roberta Cavalcante Muniz Lira, pela disponibilidade, acolhida e confiança em me deixar guiar com autonomia e tranquilidade esse trabalho;

Aos professores, Marcelo Viana da Costa e Maria do Socorro Araújo Dias, que compuseram a banca de qualificação, pela colaboração e estímulos ao aperfeiçoamento deste trabalho;

Agradeço as colegas de turma pelas parcerias e momentos de apoio no desafio de realizar o programa de pós-graduação em meio a pandemia de COVID-19. Os diálogos foram enriquecedores e construtivos nesse processo de formação, a amizade leve e grata oportunizou o compartilhamento das nossas angústias, a troca de experiência e manejo da solidão acadêmica inerente ao programa de mestrado;

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, que oportunizou a continuidade dos estudos e discussões em meio aos desafios impostos pelo isolamento social e pelo ensino remoto compulsório, impostos pela crise sanitária mundial decorrente da COVID-19;

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e em especial aos profissionais de saúde da ESF que oportunizaram o desenvolvimento deste estudo;

Aos amigos, familiares e colegas de trabalho pela torcida e felicitações durante e na conclusão desta dissertação;

A todos (as) que diretamente ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho;

Sou grata pela oportunidade de aprender com cada um (a) em cada situação vivida, momentos bons e nem tanto, por tudo que tenho e pelo que não tenho, sou grata por estar neste lugar, neste momento e com todas as pessoas com quem vivo (i) as experiências que me tocaram e me tocam nesta vida.

RESUMO

A prática interprofissional colaborativa em saúde constitui uma estratégia inovadora para a superação da crise mundial nos serviços de saúde. Através desta prática é possível que a força de trabalho em saúde esteja mais bem preparada para lidar com as demandas de saúde da população. A prática profissional baseada em competências tem sido apontada por diversos estudos como capaz de contribuir para aumentar a qualidade da atenção à saúde. Este estudo objetivou analisar o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais à luz das competências, nas equipes de Saúde da Família e NASF-AB do município de Sobral- CE. Optou-se por realizar um estudo de abordagem qualitativa com caráter exploratório e descritivo. Participaram da pesquisa dois grupos de profissionais das equipes de saúde da família do município de Sobral-CE. A coleta de dados se deu a partir da técnica de Grupo Focal-GF construção do Mapa de Ações. Os dados foram analisados através da técnica de análise temática e à luz do referencial teórico dos princípios, domínios e competências do *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC). As ações identificadas como as principais atividades realizadas de forma compartilhada com demais categorias profissionais foram: visita domiciliar e reunião de equipe. Os resultados apontaram para a presença, no processo de trabalho analisado, das seguintes competências colaborativas: comunicação interprofissional, funcionamento de equipe e cuidado centrado no paciente, família e comunidade. Dentre os desafios identificados para o avanço no desenvolvimento das competências colaborativas, os profissionais apontaram para as mudanças advindas do Previner Brasil, que reduziu os incentivos às ações interprofissionais, reuniões de equipes, reduziu recursos financeiros, além de priorizar ações clínico-assistenciais em detrimento de ações que visem a integralidade do cuidado. O estudo constatou o desenvolvimento de ações pautadas nas competências colaborativas, postuladas pelo CIHC, as quais se aproximam do conceito do trabalho interprofissional e da efetivação de sua prática no cenário investigado.

Palavras-chave: Competência Colaborativa; Trabalho em Equipe; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Collaborative interprofessional practice in health is an innovative strategy for overcoming the global crisis in health services. Through this practice it is possible for the health workforce to be better prepared to deal with the health demands of the population. Professional practice based on competencies has been pointed out by various studies as being able to contribute to increasing the quality of health care. This study aimed to analyze the development of interprofessional collaborative practices in the light of competencies, in the Family Health and NASF-AB teams in the municipality of Sobral, CE. It was decided to carry out a qualitative, exploratory and descriptive study. Two groups of professionals from family health teams in the municipality of Sobral-CE took part in the research. Data was collected using the Focus Group technique and the construction of the Action Map. The data was analyzed using the thematic analysis technique and in the light of the theoretical framework of the principles, domains and competences of the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). The actions identified as the main activities carried out in a shared manner with other professional categories were: home visits and team meetings. The results showed that the following collaborative competencies were present in the work process analyzed: interprofessional communication, teamwork and patient-, family- and community-centered care. Among the challenges identified for advancing the development of collaborative competencies, the professionals pointed to the changes resulting from Previnha Brasil, which reduced incentives for interprofessional actions, team meetings, reduced financial resources, as well as prioritizing clinical-assistance actions to the detriment of actions aimed at comprehensive care. The study found the development of actions based on the collaborative competencies postulated by the CIHC, which are close to the concept of interprofessional work and the implementation of its practice in the scenario investigated.

Keywords: Collaborative Competence; Teamwork; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Divisão Distrital do município de Sobral-Ceará, Brasil 2022

Figura 2 – Mapa do território CSF COELCE

Figura 3 – Mapa do território CSF Campo dos Velhos

Figura 4- Nuvem de palavras mencionadas no mapa de ações.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIPE	<i>Center for the Advancement of Interprofessional Education</i>
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
CSF	Centro de Saúde da Família
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SAFS	Sociedade de Apoio à Família Sobralense
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VLT	Veículo Leve sobre Trilhos
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	10
	2.1 Objetivo geral	10
	2.2 Objetivos Específicos	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO	11
	3.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)	11
	3.2 A práxis do trabalho na APS	13
	3.3 Prática Interprofissional Colaborativa	15
	3.4 Competências Colaborativas	18
4	METODOLOGIA	21
	4.1 Tipo e Abordagem de Estudo	21
	4.2 Período e cenário do estudo	21
	4.3 Participantes do Estudo	22
	4.4 Técnicas para Coleta de Dados	23
	4.4.1 Grupo Focal	23
	4.4.2 Mapa de Ações	25
	4.5 Técnica para Análise dos Dados	25
	4.6 Aspectos éticos e legais do estudo	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
	5.1 Parte I	28
	5.1.1 Caracterização dos Territórios	28
	5.1.2 Caracterização dos Participantes	32
	5.1.3 Mapa de Ações	33
	5.2 Parte II	35
	5.2.1 Grupos Focais	35
	5.2.2 Comunicação Interprofissional	36
	5.2.3 Funcionamento da Equipe	39
	5.2.4 Cuidado Centrado no Paciente, Família e Comunidade	42
	5.2.5 O Subfinanciamento da APS e o Previne Brasil	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47

7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
8	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
9	APÊNDICE B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ 59	
10	APÊNDICE C- ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	60
11	APÊNDICE D- MAPA DE AÇÕES	62
12	APÊNDICE E- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	63
13	APÊNDICE F- PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL-CE	64
14	APÊNDICE G- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	66

1 INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, dentro da linha de pesquisa Estratégias de Educação Permanente e desenvolvimento Profissional em Saúde da Família. Para a compreensão do estudo considero relevante apresentar o interesse pela temática e como se desenvolveu sua escolha.

Desde a graduação em psicologia na Universidade Federal do Piauí experienciei uma formação fortemente orientada para a saúde coletiva e para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Projetos de extensão, grupos de estudo e participação em eventos científicos despertaram em mim o desejo de atuar no âmbito do SUS, no entanto sentia insegurança diante da complexidade do trabalho em equipe.

O misto de sensações me impulsionou a ingressar no programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, espaço privilegiado de aprendizagem e inserção como trabalhadora do SUS. Percebi a potencialidade do trabalho de equipes multiprofissionais no SUS e que o desenvolvimento deste trabalho exige um processo constante de formação e reflexão crítica.

Posteriormente, em 2016, ingressei na equipe do CAPS II do município de Sobral-CE, espaço que convoca para uma forte articulação entre diversas categorias profissionais para a produção de saúde, além da necessidade de construção do cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária.

O interesse por esta temática, colaboração interprofissional, surgiu a partir da experiência de preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET- Saúde, que em seu Edital de 2018 abordou a temática da interprofissionalidade, discutindo a prática colaborativa em saúde e a educação interprofissional. O município de Sobral foi contemplado com um projeto que envolveu a Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, a Secretaria Municipal de Saúde do município, a Universidade Estadual Vale do Acaraú com a participação dos cursos de Enfermagem e Educação Física e Universidade Federal do Ceará, com os cursos de Psicologia, Odontologia e Medicina, sendo as atividades desenvolvidas de fevereiro de 2019 a março de 2021

Através do projeto PET- Saúde foi possível que fossem realizadas aproximações ao tema de estudo e aprofundamento teórico e empírico, que aliados à minha experiência profissional no campo da saúde mental foram estratégicos. A interrogação a respeito da prática colaborativa interprofissional culminou na construção do presente projeto e ingresso no programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, possibilitando pesquisar sobre uma temática

que, enquanto trabalhadora do SUS, despertou em mim o compromisso de compreender a prática interprofissional e se possível, incorporar aspectos desta pesquisa nas discussões do cotidiano do trabalho em saúde.

O desenvolvimento deste estudo que aborda a prática colaborativa interprofissional é um grande desafio, uma vez que se coloca num contexto com profissionais de multifacetadas realidades, e propõe ampliar a nossa visão de mundo, de nós mesmo e da realidade, com o objetivo de superar a perspectiva disciplinar do cuidado em saúde.

A prática colaborativa interprofissional está atravessada pelo desafio de lidar com a tripla carga de agravos à saúde das populações. O atual perfil epidemiológico brasileiro caracteriza-se pela persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países em desenvolvimento; o desafio imposto pelo sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade que incidem em doenças crônicas, além do crescimento de fatores de riscos para as causas externas de saúde como o aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Este panorama requer a ampliação do foco da atenção à saúde para a gestão das condições crônicas simultaneamente às condições agudas e a prática colaborativa surge como uma estratégia potente (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas evidenciam a complexidade das necessidades de saúde da população. Este cenário exige mudanças nas práticas de cuidado em saúde, reformulações dos modelos de atenção à saúde, bem como uma atuação profissional preparada para atender a esta nova realidade (SILVA et al., 2015).

A prática colaborativa interprofissional em saúde constitui uma estratégia inovadora para a superação da crise mundial nos serviços de saúde. Através desta prática é possível que a força de trabalho em saúde esteja mais bem preparada para lidar com as demandas de saúde da população (WHO, 2010).

Caracterizada pelo trabalho desenvolvido por diferentes profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais, a prática colaborativa interprofissional é realizada junto a usuários, pacientes, cuidadores, famílias e comunidades para a prestação do cuidado em saúde com mais qualidade. Os serviços de saúde exigem cada vez mais ações que sejam eficazes, acessíveis e integrais, isso se deve às novas formas de organização de saúde, com cuidados integrais, gestão de saúde e organização em rede, para as quais a colaboração interprofissional é fundamental (D'AMOUR et al., 2008).

Conforme assevera Reeves et al. (2018), a atuação de equipes baseada na prática colaborativa interprofissional é fundamentada na coordenação das ações no qual é exigido o bom desempenho do trabalho, o compartilhamento de responsabilidade e a clareza dos papéis

e objetivos. No entanto, para o desenvolvimento efetivo da prática colaborativa faz-se necessário que os profissionais possuam a habilidade de trabalhar em equipe e tenham desenvolvido competência para tal (WHO, 2010).

Grupos de pesquisas e associações de saúde têm desenvolvido conhecimentos a respeito de habilidade e atitudes para a prática colaborativa. Painéis e matrizes de competências colaborativas foram desenvolvidos a partir de experiências de diversos países sobre a educação interprofissional, dentre os principais estão os estudos do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) e do grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (CIHC, 2010; IPEC, 2016).

As competências possibilitam a qualificação dos profissionais para a prática colaborativa interprofissional para a resolução de problemas e para lidar com a complexidade das necessidades atuais de saúde da população. Em 2016, o IPEC reformulou o quadro de competências, organizando-o a partir da ideia de que a Colaboração Interprofissional constitui um único e amplo domínio em si. Dele fazem parte quatro competências essenciais e destas se originam as subcompetências, totalizando 39 subcompetências (IPEC, 2016).

Propostas propulsoras ao trabalho em equipe existem no Brasil desde a década de 1970. Contudo foi com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8.080/90, com seus princípios e diretrizes que se teve o início do movimento de inclusão de elementos da prática colaborativa no cotidiano dos serviços de saúde. A universalidade do acesso, a integralidade, participação social e o trabalho em equipes estão intimamente ligados aos marcos teóricos e metodológicos da prática colaborativa interprofissional (PEDUZZI, 2016).

Desde os anos 2000 o trabalho em equipe vem sendo discutido de modo associado à prática colaborativa. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido cenário no qual a organização do trabalho em equipes baseado na prática colaborativa interprofissional mais tem se efetivado, tendo em vista que a APS visa ser integral e constitui-se como estratégia eficiente para o enfrentamento dos problemas de saúde da população e aperfeiçoamento do próprio sistema de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

No Brasil a APS é precipuamente representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), à qual se atribui o desafio de romper com a lógica tradicional de assistência à saúde para um cuidado pautado na família e na realidade social local (FARIAS et al., 2018). Tendo como premissa uma atuação integrada e colaborativa da equipe de profissionais de saúde, a ESF é constituída por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas e profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2008).

Com esse embasamento na literatura, percebe-se que produção científica sobre a prática colaborativa interprofissional ainda carece de estudos que relacionem as competências colaborativas; seja pela contemporaneidade da temática seja pela sua complexidade. Nesse âmbito, muitas lacunas do conhecimento atravessam o estudo do tema, com informações incipientes sobre as competências colaborativas.

Este estudo apresenta como relevância teórica a contribuição que trará para o fomento de novas pesquisas e enriquecimento da literatura na área. Poderá diminuir as lacunas do conhecimento existentes, tendo como foco a atuação profissional pautadas nas práticas interprofissionais com intuito de melhorar a qualidade do cuidado aos usuários, famílias e comunidades. A relevância prática reside na necessidade de que se estabeleça um conhecimento técnico, que possa promover mudança nos processos de trabalho no contexto da atenção primária.

Ademais esse estudo poderá contribuir na construção de propostas de Educação Permanente em Saúde que objetive trabalhar o tema da prática colaborativa com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema de Saúde de Sobral, com vistas ao desenvolvimento de competências colaborativas para qualificar as ações em saúde.

Apesar dos impasses existentes, saberes e práticas estão sendo compartilhados nas equipes de atenção primária em saúde, devido a necessidade de responder às situações complexas do cotidiano profissional. Observa-se a possibilidade e a necessidade crescente da implementação de práticas interprofissionais colaborativas no cenário da APS brasileira, assim como estudos que relacionem o resultado dessas práticas com o desenvolvimento de competências para a prática interprofissional colaborativa. Considerando a atualidade e pertinência do tema, o interesse no estudo reside no seguinte problema: Como são desenvolvidas as competências interprofissionais colaborativas no trabalho das equipes da ESF no município do Sobral-CE?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar como as equipes da Estratégia de Saúde da Família desenvolvem competências interprofissionais colaborativas dentro de seus processos de trabalho.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as características dos processos de trabalho em equipe desenvolvido pelos profissionais da ESF.

Mapear ações relacionadas à prática interprofissional colaborativa desenvolvidas nos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Identificar desafios e potencialidades para o alcance da prática interprofissional colaborativa na APS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a compreensão do objeto de estudo, as competências interprofissionais colaborativas e o processo de trabalho em equipes na Estratégia de Saúde da Família, utilizam-se alguns conceitos: interprofissionalidade, prática interprofissional colaborativa, processo de trabalho em saúde e competências colaborativas. A complexidade e contemporaneidade do objeto de estudo exige a busca dos conceitos para possibilitar a análise e compreensão de suas interações no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

3.1 A Atenção Primária À Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se a base da assistência à saúde em países que adotam sistemas de saúde de caráter universal. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978, marcou a concepção de que o sucesso de um sistema de saúde universal e resolutivo depende do acesso, da boa cobertura e da qualidade no atendimento (STARFIELD, 2003).

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da Conferência de 1988, surge atrelada a um período de redemocratização do país. Com a implantação do SUS tem-se o reconhecimento que a APS é a principal porta de entrada do sistema e tem o papel de ordenar toda a rede de ações e serviços de atenção à saúde. Também denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a conservação da saúde (BRASIL, 2006).

Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), seguindo os princípios e diretrizes da APS. O PSF se propôs como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, desenvolvido por meio da realização de práticas sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe que assume a responsabilidade sobre populações de territórios delimitados. O Programa de Saúde da Família evoluiu em 2006 para Estratégia de Saúde da Família (ESF) com objetivo de se estabelecer como mecanismo permanente para a construção de vínculos, compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2006).

Em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, o Ministério da Saúde publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais para o funcionamento das equipes, ratificando este modelo como prioritário na condução da APS. A ESF é o contato preferencial dos usuários com os sistemas

de saúde, considera o sujeito em sua singularidade, complexidade e na sua inserção sociocultural. Uma equipe da ESF deve ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, conta também com o apoio de profissionais da equipe de saúde bucal. As equipes devem desenvolver ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a prevenção de agravos, de acordo com os princípios de humanização, integralidade e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção primária, foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades, com atuação pautada na interprofissionalidade, compartilhamento da responsabilidade clínica, apoio matricial e educação permanente em saúde. A partir das revisões da PNAB, uma ocorrida em 2011 e outra em 2017, para uma maior resolutividade do cuidado, incorporaram-se à atenção básica ações desenvolvidas por novos dispositivos como o NASF (PINTO; GIOVANELLA, 2018; BOUSQUAT *et al.*, 2020).

As equipes de NASF podem ser compostas pelos profissionais das seguintes categorias: nutricionista, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, médico acupunturista, pediatra, ginecologista, obstetra, homeopata, psiquiatra. Os diferentes núcleos de conhecimentos atuam na perspectiva do apoio matricial inspirado no modelo Paidéia, que é uma metodologia de reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão e foco na formação de pessoas e relações sociais (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

Em 2011, a PNAB passou por uma nova revisão, quando foram estabelecidos novos valores para o cálculo dos recursos a serem destinados ao seu desenvolvimento. Dentre as principais alterações estavam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica dos municípios, estabelecimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que associou recursos à avaliação de desempenho das equipes de ESF (MASSUDA, 2020).

Em 2017, impulsionada pelas mudanças econômicas e políticas ocorridas no país desde 2016, a PNAB sofreu novas alterações as quais resultaram em mudanças relevantes de suas diretrizes, na composição das equipes, processos de trabalho e nas formas de organização dos serviços. Em 2019, ocorreu a intensificação da reconfiguração do SUS através de um conjunto de medidas que indicaram o surgimento de uma nova política. As mudanças incluíram nomenclaturas, reestruturação organizacional e estabelecimento de documentos normativos (BRASIL, 2017; GOMES, GUTIERREZ E SORANZ, 2020).

Por meio da portaria 2.979, o programa “Previne Brasil” foi instituído em novembro de 2019. Ele se apresenta como uma nova proposta de financiamento, altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e estabelece três mudanças principais para a atenção básica: extingue as formas de financiamento através dos pisos fixo e variável (PAB); institui o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho. O Previne Brasil sinaliza uma mudança radical na política de financiamento, a partir dele os novos critérios para repasse de recursos são: a capitação pondera, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas (MASSUDA, 2020; MOROSINI *et al*, 2020).

Apesar da ideia de reformulação da PNAB, estas mudanças podem resultar em estratégias restritivas e induzir a focalização das ações na APS. A nova política proposta pelo Previne Brasil pode retroceder as conquistas históricas de descentralização, universalização e redução das desigualdades em saúde alcançadas desde a implantação do SUS (MASSUDA, 2020).

3.2 A práxis do trabalho na APS

A Atenção Primária à Saúde no Brasil tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização do cuidado. Desenvolvida através de práticas sanitárias, democráticas e participativas pautadas no trabalho em equipes, o contexto da ESF constitui um complexo campo de trabalho para os profissionais envolvidos. A construção de equipe trabalho em saúde requer um processo dinâmico no qual os profissionais se conheçam e aprendam a trabalhar juntos, compreendam os objetivos do trabalho, os papéis de cada profissão; assim como conheçam as características, demandas e necessidades de saúde dos seus usuários (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O desenvolvimento de novas concepções de trabalho em equipe está atrelado às mudanças nas políticas de saúde e no modelo assistencial preconizado pela APS. Reconheceu-se que as ações curativas e isoladas dos profissionais de saúde não eram suficientes para responder às necessidades de saúde da população. O novo modelo de saúde estabelecido com a criação do SUS e com a adoção da APS como ordenadora dos serviços de saúde preconiza a atuação integral no cuidado à saúde do indivíduo e da comunidade, para isso os profissionais devem realizar um cuidado que ultrapasse as barreiras da visão biológica, individual, organizacional (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Na contemporaneidade as necessidades de saúde apresentam intensa dinamicidade e complexidade, revertendo-se fortemente em transformações dos perfis demográficos,

epidemiológicos que impactam no desenvolvimento da vida e saúde das pessoas. Tal cenário resulta em novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais e impõe importantes desafios ao trabalho das equipes. A complexidade dessas necessidades de saúde aponta para a premência de fortalecer as mudanças na dinâmica dos serviços de saúde com o intuito de fortalecer o trabalho colaborativo em equipes (WHO, 2010).

Novas configurações de trabalho vêm sendo desenvolvidas como alternativas para a realidade ora exposta. Tais proposições têm oportunizado reflexões a respeito das características do processo de interação entre os profissionais das equipes e os aspectos que interferem no trabalho cooperativo. A partir dos anos 2000 o trabalho em equipe tem sido considerado associado ao trabalho interprofissional, visto que através de equipes que colaboram entre si é possível que os sistemas de saúde sejam mais eficientes no enfrentamento dos problemas de saúde e da fragmentação das ações (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A ESF, através do trabalho em equipe, tem papel estratégico para a melhoria dos sistemas de saúde e das condições de vida e saúde da população. O campo da ESF é um espaço de compartilhamento, com a socialização de saberes e práticas entre diversos profissionais que compõem a atenção primária à saúde. Segundo Peduzzi *et al.* (2016) o trabalho em equipe consiste em estratégia para a integração das especialidades e das múltiplas profissões, imprescindível para o desenvolvimento da assistência e do cuidado integral do paciente.

A tendência da organização do trabalho em saúde pautada no trabalho em equipe fundamenta-se na possibilidade de responder aos novos desafios colocados pelas mudanças na contemporaneidade, como: exigência de um modelo de atenção à saúde orientado à integralidade da saúde; características do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento e das condições e doenças crônicas; e ainda a complexa rede de atenção à saúde (PEDUZZI *et al.* 2016; TOASSI *et al.*, 2017).

Faz-se necessário diferenciar os termos multiprofissional e interprofissional. O sufixo “profissional” remete a uma vocação que exige conhecimento especializado, já palavras multiprofissionalidade e a interprofissionalidade se referem à prática profissional. A primeira diz respeito a situação em que diferentes profissões estejam atuando juntas, mas não necessariamente havendo interação ou um propósito claro. Na interprofissionalidade há uma interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum. As duas perspectivas se referem a necessidade da integração e de cooperação de saberes e profissões, e são respostas à fragmentação do cuidado em saúde. Se complementam, porém não são sinônimos (OMS, 2010; TOASSI, 2017).

Dada esta complexidade e a necessidade da resolutividade da atenção à saúde e a superação das práticas fragmentadas, a prática interprofissional colaborativa em saúde tornou-se um princípio fundamental à APS. Através da concepção ampliada de saúde, o trabalho entre as equipes de ESF e os NASF deve estar pautado no compartilhamento de objetivos em comum, na identidade de equipe e na centralidade no usuário; de tal modo buscam a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações de saúde através da interprofissionalidade (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

3.3 Prática Interprofissional Colaborativa

O trabalho interprofissional é a concretização da interprofissionalidade. Esta pode ser definida como o desenvolvimento de uma prática harmônica entre profissionais de diferentes campos de saber, tendo como forte característica uma atuação capaz de dar uma resposta integrada às necessidades de saúde de usuários, famílias e população. A prática interprofissional constitui-se em uma forma de socializar e integrar conhecimentos com vistas ao desenvolvimento de ações compartilhadas ou em colaboração entre os diferentes profissionais da saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; ELLERY, 2018).

O processo de trabalho interprofissional é pautado na abertura dos trabalhadores, no qual profissionais com formações acadêmicas diferentes atuam juntos, sendo afetados uns pelos outros. Através da integração dos saberes ocorre uma expansão dos modos de ver e interpretar os fenômenos, bem como a modificação das práticas, resultando na construção de um campo comum de intervenção embasado nos diversos núcleos específicos de atuação de cada profissão (ELLERY, 2018).

Para Reeves *et al.* (2018), o trabalho interprofissional pode se dar de variadas formas, que diferem a partir dos seguintes fatores: identidade compartilhada na equipe, clareza de objetivos, interdependência, responsabilidade compartilhada e atividade a ser desempenhada. Para os autores existem quatro tipos de trabalho interprofissional: o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional, a coordenação interprofissional e o trabalho em rede ou redes interprofissionais.

O trabalho em equipe caracteriza-se por envolver diferentes profissionais de saúde compartilhando a identidade da equipe, com relações de interdependência, integração e responsabilidade compartilhada; que desenvolvem suas atividades com objetivos comuns. Para o efetivo trabalho em equipe o compartilhamento da identidade e a integração dos membros são imprescindíveis (REEVES *et al.*, 2018; PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

A colaboração interprofissional esta pautada em relações de parcerias entre os profissionais de saúde cujo objetivo é aprimorar aquilo que já é produzido pelo trabalho em equipe. Contudo, assim como no trabalho em equipe, a colaboração interprofissional exige clareza de papéis e objetivos, responsabilidade compartilhada e interdependência entre os profissionais. Sua principal diferença é que pode ser considerada uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, em que a identidade compartilhada e a integração dos profissionais são menos relevantes (REEVES *et al*, 2018; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

D'Amour *et al* (2008) construiu um modelo e tipologia de Colaboração Interprofissional nos serviços de saúde. O modelo está baseado em quatro dimensões e seus respectivos indicadores. A primeira dimensão diz respeito aos objetivos e a concepção compartilhada, com destaque para o cuidado centrado no usuário. A segunda se refere a internalização bilateral do respeito, conhecimento dos valores, competências e responsabilidade, de modo compartilhado pelo envolvidos. A terceira é a governança e se relaciona ao papel gerencial, em fomentar a colaboração e a liderança necessária para a integração. A quarta dimensão se trata da formalização de acordos para o compartilhamento de responsabilidades e negociação compartilhada das ações.

A partir de estudo empíricos sobre a colaboração interprofissional D'Amour *et al* (2008), apresentou uma tipologia tripla: Colaboração Ativa, que é a colaboração estabelecida e em seu mais alto nível; Colaboração em Desenvolvimento, que é a colaboração ainda não enraizada nas culturas das organizações, estar sujeita à reavaliação com base em fatores internos ou ambientais; e Colaboração Potencial, que se refere à colaboração ainda não existente ou foi bloqueada por conflitos que impediram o avanço do sistema ou a implantação de formas adequadas de colaboração.

A coordenação interprofissional se assemelha com a colaboração interprofissional, contudo aspectos como identidade compartilhada, integração e interdependência são menos importantes, apesar da exigência do compartilhamento de responsabilidades, bem como a clareza de papéis e objetivos para o bom desempenho do trabalho. Já o trabalho em rede é um tipo de arranjo interprofissional mais aberto, podendo inclusive a comunicação entre os profissionais acontecer de forma assíncronica e virtual, o compartilhamento da identidade de equipe, a integração dos indivíduos, a interdependência e responsabilidade compartilhada são pouco essenciais (REEVES *et al*, 2018).

A colaboração interprofissional tem sido apontada como uma estratégia capaz de oferecer um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo. Nas últimas décadas o

interesse nessa temática tem crescido principalmente em decorrência do aumento da complexidade do cuidado da população (WHO, 2010).

A expressão “Prática Interprofissional Colaborativa” está relacionada à colaboração interprofissional desenvolvida no cenário das práticas de atenção à saúde. Ocorre quando profissionais com experiências diversificadas desenvolvem ações baseadas na integralidade, abarcando os pacientes, suas famílias e a comunidade, com objetivo de proporcionar melhoria da qualidade da atenção à saúde. Implica a colaboração entre indivíduos com habilidades complementares que agem mutuamente para a compreensão e resolução compartilhada das demandas de saúde (PEDUZZI, AGRELI, 2018; WHO, 2010).

O debate a respeito da colaboração interprofissional e a prática colaborativa na saúde se intensificou na década de 70, quando a OMS passou a reconhecer a educação interprofissional como estratégia fundamental para o aperfeiçoamento dos programas tradicionais de ensino em saúde. Em 2010 a WHO lançou uma publicação sobre a Educação interprofissional – *Framework for Action on Interprofessional Education e Collaborative Practice*, afirmando a que colaboração interprofissional se constitui um recurso que pode elevar a efetividade dos sistemas de saúde, além de ser uma estratégia no enfrentamento dos problemas decorrentes do modelo de atenção por oferecer melhorias na eficácia e a efetividade dos sistemas de saúde (WHO, 2010; OANDASAN *et al.*, 2004).

A iniciativa da OMS influenciou vários países europeus no desenvolvimento de iniciativas de interprofissionalidade. Dentre eles merece destaque o Reino Unido, onde se localiza *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) o mais antigo programa de EIP no mundo, precursor nas pesquisas e compartilhamento de experiências que incentiva a EIP em vários países (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Associações de ensino em saúde, pesquisadores, profissionais da saúde no Canadá e EUA, reuniram forças para a construção de painéis ou matrizes que elencam domínios de competências para o trabalho em equipe interprofissional. O *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), em 2010, elencou seis domínios de competências para a PIC: comunicação interprofissional; cuidado centrado no indivíduo/família/comunidade; identidade e papéis profissionais; dinâmica de funcionamento em equipe; resolução de conflitos e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

No cenário da APS no Brasil, a complexidade das questões experienciadas pelas equipes da ESF demanda uma intervenção abrangente que seja resultado de uma união de saberes capaz de ser resolutiva. Nesse sentido este cenário emerge para a necessidade da prática

colaborativa interprofissional como uma ferramenta essencial (ELLERY, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Observa-se a iminente implementação de práticas interprofissionais colaborativas no cenário da APS brasileira. Nesse sentido verifica-se a necessidade de realização de estudos que apontem para o desenvolvimento de competências para o efetivo desenvolvimento da PIC; considerando as melhorias da qualidade dos serviços ofertados, bem como a formação profissional baseada no desenvolvimento de competências para uma efetiva prática interprofissional colaborativa.

3.4 Competências Colaborativas

A discussão sobre competências não é recente e surgiu no mundo do trabalho. Aponta-se como seu nascedouro o período de 1920, entre a revolução industrial e a formação profissional para o mercado de trabalho. Entretanto, é a partir de 1950 com a teoria behaviorista que se amplia a discussão sobre competências fundamentada na teoria comportamentalista, impulsionando as reformas curriculares (ROCHA, 2014).

A partir da análise etimológica tem-se que a palavra competência vem do latim *competere*: *com* (junto) e *petere* (disputar, procurar, inquirir, convergir) relacionando desta forma à concepção de batalhas e disputas, de estar preparado para disputas e ações coletivas com um mesmo fim. Na atualidade o conceito de competência está relacionado ao cumprimento adequado das exigências impostas pelo trabalho (ROCHA, 2014).

A prática interprofissional colaborativa baseada em competências tem sido apontada por diversos estudos como capaz de contribuir para aumentar a qualidade da atenção à saúde. Barr em 1998 já sinalizava para atitudes como comunicação horizontal, complementaridade das práticas e pactuações de cuidado em rede, como fundamentais. O mesmo autor as diferenciou em três tipos: competências comuns compartilhadas entre todos os profissionais; competências complementares que são específicas de cada profissão e as competências colaborativas que dizem respeito às posturas essenciais para o desenvolvimento de um trabalho interprofissional eficaz (BARR; LOW, 2011; D'AMOUR *et al.*, 2008; REEVES, 2016).

Painéis e matrizes de competências colaborativas vêm sendo desenvolvidas a partir de experiências de diversos países sobre a educação interprofissional, dentre os principais estão os estudos do *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) e do grupo norte americano *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC). Dentre as principais contribuições dos painéis de competências está a possibilidade de seu uso para avaliar a

implantação e o desenvolvimento da educação interprofissional e da prática interprofissional colaborativa (CIHC, 2010; IPEC, 2016)

O CIHC descreve seis domínios de competências necessárias para a realização da colaboração interprofissional, são eles: esclarecimento de papéis; funcionamento da equipe; centralidade do cuidado na comunidade/ paciente/ família; liderança colaborativa; comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010). Os domínios destacam o conhecimento, atitudes e valores que juntos possibilitam a tomada de decisões sobre quais ações são essenciais para a prática interprofissional colaborativa.

A Comunicação Interprofissional diz respeito à capacidade dos profissionais de se comunicarem de forma colaborativa, ágil e responsável. Para uma comunicação efetiva é necessário que os profissionais tenham não só a capacidade de comunicação entre os profissionais de uma mesma profissão, mas também e especialmente entre profissionais de profissões distintas e destes com os usuários. Através da comunicação interprofissional será possível o desenvolvimento de relações de escuta e confiança entre todos os envolvidos na prática colaborativa (CIHC, 2010).

O Cuidado Centrado no Paciente, Usuário, Família e Comunidade refere-se à capacidade dos profissionais integrarem e valorizarem, como membros integrantes, o usuário, a sua família e a comunidade, com foco na implementação do cuidado e da atenção à saúde. Este é um dos domínios essenciais para colaboração interprofissional, sendo um elemento primordial para PIC. (CIHC, 2010; D'AMOUR *et al*, 2008).

A Clareza de Papéis apresenta-se como a capacidade dos profissionais compreenderem seu próprio papel e o papel dos demais profissionais da equipe. Pautados neste conhecimento será possível estabelecer e alcançar os objetivos da atenção à saúde de usuários e população do território de modo adequado (CIHC, 2010).

A competência Funcionamento da Equipe propicia que os profissionais tenham compreensão dos princípios da dinâmica do trabalho em equipe, identificando-os como elementos capazes de promover efetiva colaboração interprofissional. Já o domínio Resolução de Conflitos está relacionado à capacidade de lidar com os desacordos de forma positiva e construtiva, à medida que estas aconteceram no cotidiano da equipe (CIHC, 2010).

A Liderança Colaborativa refere-se à capacidade dos profissionais entenderem e aplicarem, em seu dia a dia, fundamentos de liderança que fortaleçam um modelo de prática colaborativa, como por exemplo: tomada de decisão compartilhada, a escolha do líder a partir da demanda apresentada e a responsabilidade compartilhada (CIHC, 2010).

Destarte, entende-se por competências colaborativas aquelas necessárias para educação e prática interprofissional as quais se referem ao trabalho compartilhado realizado entre profissionais, pacientes, famílias, organizações e comunidades. Painéis de competências ou domínios vêm sendo recomendados por grupos colaborativos para avaliar a implantação e o desenvolvimento da educação interprofissional, e têm sido apontados como essenciais para o alcance de uma colaboração interprofissional efetiva e potente no alcance de melhorias no cuidado em saúde da população (CIHC, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e Abordagem de Estudo

A metodologia refere-se ao caminho necessário para a investigação do objeto de estudo. Compreende as concepções teóricas e técnicas a serem utilizadas para a apreensão da realidade estudada. A partir do objeto desta pesquisa, a prática colaborativa interprofissional na Atenção Primária à Saúde, optou-se por realizar um estudo de abordagem qualitativa com caráter exploratório e descritivo. A abordagem qualitativa intenta apreender o contexto das relações humanas, dos processos e dos fenômenos dos grupos sociais, a partir dos seus significados, valores e atitudes (LEÃO, 2019).

Particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos ou não apresentam resultados adequados, a pesquisa qualitativa é especialmente eficaz no estudo de nuances sutis da vida humana e na análise dos processos sociais ao longo do tempo. Este método proporciona a oportunidade de explorar pressupostos que interferem na compreensão do mundo social (SILVA *et al.*, 2018).

A pesquisa qualitativa intenta compreender questões relacionadas às ciências sociais as quais em certo nível de realidade não podem ser quantificadas. Isso significa que este tipo de pesquisa trabalha a partir do universo de significados, de crenças, valores e atitudes. O conjunto destes fenômenos humanos fazem parte da realidade social na qual o sujeito age, pensa e interpreta suas ações; dentro e a partir da sua trajetória de vida compartilhada com seus semelhantes (MINAYO *et al.*, 2013).

Entende-se que o processo de trabalho apresenta mudanças históricas que só são possíveis com as construções dos sujeitos envolvidos. O objeto de estudo envolve a subjetividade humana e o seu contexto social e histórico, assim o método qualitativo foi escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa. Deve-se considerar a natureza do objeto investigado, levando em conta as bases ontológicas e epistemológicas para a realização de uma pesquisa de qualidade (MINAYO, 2018).

Segundo Silva *et al.* (2018), nesta modalidade de pesquisa há uma não linearidade que possibilita ao investigador fazer uma imersão no ambiente natural investigado e produzir sobre este uma perspectiva interpretativa, uma vez que seu caráter exploratório inclui aspectos subjetivos, atingindo motivações, valores, crenças, ética e cultura.

4.2 Período e cenário do estudo

O estudo ocorreu durante os anos de 2021 e 2022. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a dezembro de 2022, sendo realizada com equipes de dois Centros de Saúde da Família (CSF) da sede do município de Sobral, Ceará.

Situado na Região Noroeste do Ceará, o município de Sobral fica a 235 quilômetros de Fortaleza, limita-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca, Irauçuba e Canindé, e a oeste com os municípios de Coreaú, Mucambo e Alcântara (SOBRAL, 2019). De acordo com o IBGE (2022), no censo de 2022, a população contabilizada da cidade foi de 203.023 mil habitantes.

A atenção primária do município é composta por 70 equipes de ESF, 40 equipes de saúde bucal, além de equipe NASF-AB composta por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores. As equipes atuam em 38 Centros de Saúde da Família distribuídos em duas macroáreas administrativas, sede e distritos, que garantem uma cobertura de 100% das famílias na sede e distritos de Sobral (SOBRAL, 2019).

4.3 Participantes do Estudo

Definir os participantes do estudo parte da proposição de que a realidade empírica tem caráter histórico e social, representado pelas relações entre pessoas e grupos sociais. De tal modo que a comunicação verbal e simbólica representa as interrelações, conflitos e contradições que possam existir. A amostragem que orienta a escolha dos participantes da pesquisa reside na questão da validade científica, exigindo assim que a constituição dos sujeitos envolvidos seja composta pela representação do contexto, na qual se insere a investigação (SILVA *et al.*, 2018).

A seleção dos participantes desta pesquisa foi intencional. A amostra intencional tem a finalidade de assegurar a diversidade dos participantes do estudo. Em pesquisa que investigam grupos grandes a amostra poderá ser determinada de modo proposital (*purposeful sampling*), de forma a garantir que os participantes correspondam às melhores fontes de informações. Os pesquisadores buscam entender uma determinada realidade selecionada, sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis, e sim para contextos semelhantes (SOUZA, 2020).

Constituíram-se critérios de inclusão das equipes participantes: equipe de ESF completas com agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico de saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro e médico; profissionais que atuem na equipe a pelo menos seis meses, ter duas ou mais equipes de ESF no Centro de Saúde da Família (CSF).

4.4 Técnicas para Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados deste estudo foram utilizadas duas técnicas: o Grupo Focal-GF e o Mapa de Ações. A utilização de mais de um método ou técnica para a apreensão de dados em uma pesquisa é denominada de *Triangulação*. O intuito é conferir maior credibilidade e confiabilidade à pesquisa qualitativa. A abordagem da *Triangulação* é relevante no processo de pesquisa pois possibilita considerar os diferentes níveis de profundidade de descobertas sobre o fenômeno investigado (SANTOS *et. al.*, 2020).

A triangulação significa olhar para a questão de pesquisa a partir de mais de uma fonte de dados. De tal forma, é possível combinar ou mesclar numa mesma investigação, diferentes métodos de coleta, análise e interpretação da informação. Objetiva contribuir não apenas para a análise do fenômeno a partir de um olhar de múltiplas perspectivas, mas também enriquecer a compreensão, oportunizando o surgimento de novas ou mais profundas dimensões de análises. É possível ainda fomentar a invenção de novos métodos e novas maneiras de capturar um problema para equilibrar com os métodos convencionais de coleta de dados (SANTOS *et. al.*, 2020).

A técnica de Grupo Focal-GF tem como pontos fortes a interatividade e a intersubjetividade. Através do grupo focal é possível identificar e analisar opiniões, percepções, valores e pontos de vista variados entre pessoas que compartilhem interesses ou características comuns quanto ao tema em foco (SOUZA *et. al.*, 2019).

Ressalta-se que durante todas as etapas da coleta de informações foram obedecidas as medidas sanitárias para redução do risco higiênico-sanitário de transmissão da COVID-19. Para tanto, foram adotadas as seguintes ações: uso de máscaras, distanciamento social, lavagem das mãos com frequência durante as ações ou uso de álcool gel e preferência a ambientes abertos ou bem ventilados.

4.4.1 Grupo Focal

Os GFs têm sido utilizados com frequência e em diversos cenários de pesquisas, eles atendem a uma diversidade de finalidades, a saber: avaliar a satisfação dos usuários de algum serviço; apreender a visão dos sujeitos a respeito de um fenômeno em foco; avaliar a implantação de programas de saúde; analisar processos de interação dos profissionais; embasar a tomada de decisão; compreender percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviço. Eles podem ser utilizados como complementares a outras técnicas de coleta de dados, como também ser utilizados como modalidade exclusiva (DUARTE, 2007).

Pesquisas em que a interação grupal pode fomentar respostas novas ou mais interessantes e ideias originais, têm recorrido ao GF. A técnica permite a interação dos participantes, com o propósito de realizar uma entrevista coletiva, permitindo a troca e a construção de conhecimentos, conceitos, crenças e valores onde a qualidade das informações é internamente controlada e contrabalanceada pelos participantes, permitindo ressignificar ou trazer à reflexão, eliminando as opiniões falsas ou radicais (BARBOUR, 2009; SOUZA, 2020).

Justifica-se a escolha desta técnica por se adequar a proposta de estudo e por proporcionar a possibilidade de obter acesso a informações sobre o processo de trabalho em equipe através do grupo de discussão. Características como a informalidade, o tamanho reduzido da amostra, os pontos comuns entre os participantes, interação grupal entre profissionais da APS, baixo custo e rapidez na aplicação, foram fatores primordiais para a escolha do GF.

Isto posto, salienta-se a importância do planejamento de uma investigação com GF. A realização do grupo focal compreendeu o desenvolvimento em seis etapas as quais são expostas e descritas a seguir.

1 - Seleção da amostra

Recrutamento dos participantes - O recrutamento dos participantes foi intencional, ou seja, por conveniência. Após identificação prévia o recrutamento deu-se através da ida aos CSF elencados. Na ocasião foi realizada a explicitação do objetivo de estudo e descrição da ocorrência do grupo focal para a coleta de informações.

Número de participantes - Há consenso quanto ao uso de um pequeno número de participantes em pesquisas que utilizam GF, tem-se em geral a participação de seis a treze pessoas.

2 - Escolha do espaço físico onde ocorreria o encontro do grupo. Foi pactuado com os profissionais o espaço mais propício e conveniente para todos os participantes. O encontro ocorreu na sala de reuniões do CSF.

3 - Procedimentos prévios

Construção do roteiro de discussão - O roteiro foi subdividido em categorias: apresentação e abertura da sessão, objetivos e contratualização do encontro, aquecimento, debate com questões disparadoras, síntese e encerramento da sessão. O guia foi utilizado pelo moderador para auxiliar nos direcionamentos realizados e reorientar a discussão, caso os participantes se dispersem ou se desviem do tema proposto. O roteiro de discussão pôde proporcionar uma investigação mais substancialmente produtiva.

4 - Aspectos éticos e confidencialidade

Consentimento livre e esclarecido - os participantes consentiram sua participação na pesquisa através do aceite do termo de consentimento livre e esclarecido que foi entregue e assinado na presença do pesquisador.

Confidencialidade das informações fornecidas - o desenvolvimento das sessões foi registrado em áudio com o intuito de preservar as informações. Foi estabelecido com o grupo regras de confidencialidade antes do início da sessão, o intuito era ressaltar a relevância de que as informações fornecidas não serão relatadas a terceiros e não haverá a identificação dos participantes.

5 - Execução do grupo focal - no momento inicial do grupo foram coletadas as informações para a caracterização dos participantes, como: formação, ano de término da graduação, formação após a graduação, idade, sexo e tempo de serviço na equipe (APÊNDICE C). Em seguida o moderador seguiu o roteiro construído previamente e os participantes discutiram os tópicos propostos.

4.4.2 Mapa de Ações

Após a sessão de cada grupo focal foi solicitado aos participantes que construíssem individualmente um “Mapa de Ações”. O objetivo foi identificar quais as ações os profissionais reconheciam como comum a outros profissionais. Os participantes receberam um mapa no qual constava os seguintes itens: “faço, não faço, faço e não deveria fazer, não faço mas deveria fazer, faço e outros profissionais também fazem” (APÊNDICE D). O instrumento foi elaborado pela pesquisadora inspirado na dinâmica do Curtograma de Soares-Luchiari (1993), a qual consistiu-se em preencher uma folha dividida em quatro partes, com os itens: \gosto e faço, não gosto e faço, gosto e não faço e não gosto e não faço. A dinâmica objetiva desenvolver o processo reflexivo nos participantes a respeito de suas atitudes e das diferentes formas de pensar e de sentir (SOARES-LUCHIARI,1993).

4.5 Técnica para Análise dos Dados

O procedimento de análise dos dados obtidos por meio dos grupos focais foi a análise de conteúdo. As narrativas interacionais produzidas pelos grupos foram submetidas à análise de conteúdo, na qual a unidade de análise constitui-se na narrativa e o foco da análise foram os temas nela presentes.

A análise de conteúdo trata-se de um método empírico que se dedica a analisar discursos, mas também pode ser empregada a documentos, em que se realiza determinada

interpretação com base no que se pretende como objetivo. Nesse sentido ela é um conjunto de técnicas de análise de comunicações (BARDIN, 2011).

Existem várias formas de analisar os conteúdos do material da pesquisa a partir da análise de conteúdo, sendo a modalidade temática uma técnica bastante aplicada. Na análise temática busca-se identificar os núcleos de sentidos que foram expressos e compõem a comunicação, e então o que sua presença e frequência poderão representar a partir do objetivo analítico investigado (BARDIN, 2011).

A técnica pressupõe o desenvolvimento de três etapas operacionais, segundo Bardin (2011):

1ª Etapa- Pré-análise: A leitura “flutuante” de todos dados coletados que foram transcritas; seguida da construção do corpus de dados que represente a compreensão global que leve em conta o conteúdo, a lógica do depoimento e a formação com base nos objetivos iniciais da pesquisa.

2ª Etapa- Exploração do material: Realiza-se a partir da determinação das unidades de registro, isto é, das unidades semânticas do corpus buscando identificar os núcleos de sentido nas falas dos participantes da pesquisa. Em seguida realiza-se a associação por temática e categorização. A análise por categoria é uma técnica da análise de conteúdo mais antiga e mais utilizada na prática, ela está operacionalizada a partir de recortes dos textos em unidades categóricas, segundo reagrupamentos equivalentes (BARDIN, 2011).

As categorias serão elaboradas a partir da matriz de competências colaborativas do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), que elenca seis domínios de competências para a PIC: comunicação interprofissional; cuidado centrado no indivíduo/família/comunidade; identidade e papéis profissionais; dinâmica de funcionamento em equipe; resolução de conflitos e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

3ª Etapa- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Por último, foi realizada a interpretação do material coletado, relacionando com a caracterização e fundamentação de cada um dos seis domínios de competências colaborativa do CIHC. Foram analisadas as percepções dos profissionais por meio de seu discurso e/ou atitudes durante as discussões nos GF, assim como a manifestação de competências colaborativas para a prática interprofissional colaborativa conforme o CIHC (CIHC, 2010).

4.6 Aspectos éticos e legais do estudo

Todas as etapas da realização desse estudo seguiram as normas e diretrizes da Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que

regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e que agrega os quatros referenciais básicos da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 2012a).

Durante a realização da pesquisa houve o risco de constrangimento por não concordar em participar da coleta de dados ou durante a participação do grupo focal. Estes constrangimentos foram, porém, amenizados uma vez que a participação ou não na coleta de dados não implica em nenhum prejuízo laboral. Quanto à gravação do grupo focal on-line, durante a análise dos dados a identificação dos participantes foi preservada e utilizaram-se códigos para cada participante, preservando o sigilo e a atmosfera de respeito e liberdade a suas manifestações verbais e não verbais e em local/dia/horário indicado.

Garantiu-se o absoluto anonimato das pessoas e de suas declarações, tomando todas as providências necessárias para minimizar os possíveis riscos. Reforça-se que com a divulgação do trabalho, a identidade dos mesmos não será revelada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- Parecer número 5.530.591 (APÊNDICE G) e aprovado pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral- Parecer Protocolo nº 0108/2022 (APÊNDICE F) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Imagem e Gravação foram apresentados aos participantes expondo os objetivos e benefícios previstos na pesquisa. Os instrumentos foram assinados em duas vias, ficando uma cópia com os participantes do estudo e a outra arquivada pela pesquisadora.

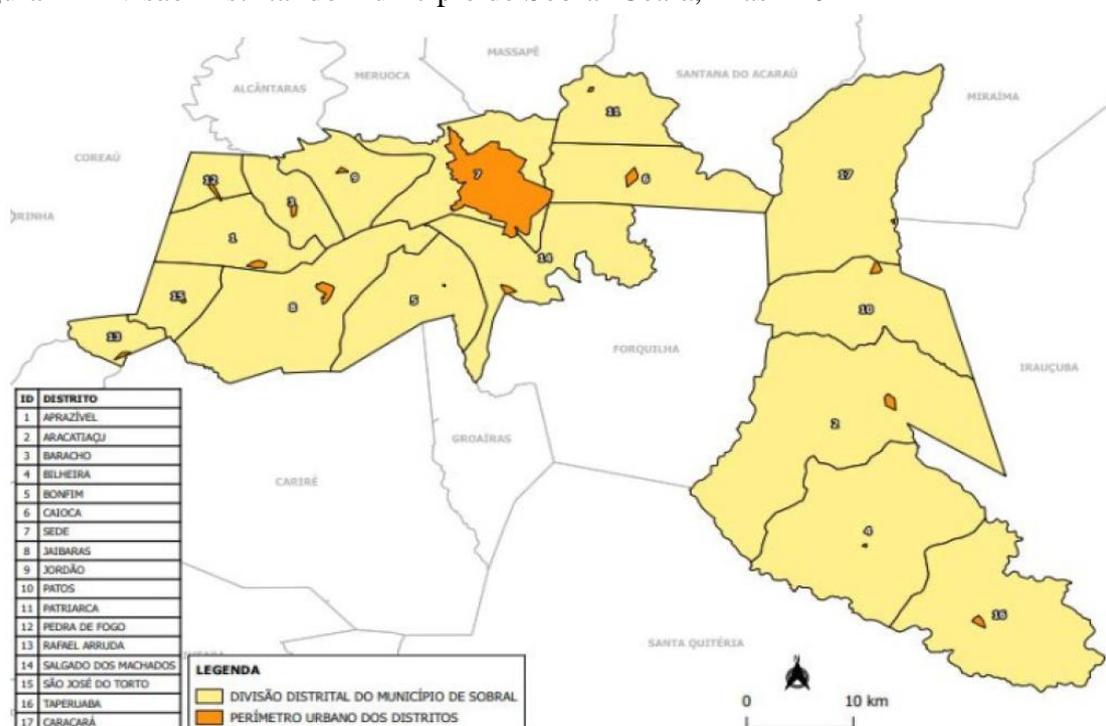
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Parte I

5.1.1 Caracterização dos Territórios

Situado na Região Noroeste do Ceará, o município de Sobral fica a 235 quilômetros de Fortaleza, limitando-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca. Apresenta uma população de 203.023 habitantes de acordo com o censo do ano de 2022 e uma divisão distrital de 17 territórios (IBGE, 2022; SOBRAL, 2021).

Figura 1- Divisão Distrital do município de Sobral-Ceará, Brasil 2022



A atenção primária do município é composta por 79 equipes de ESF além de equipe NASF-AB composta por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores. As equipes atuam em 38 Centros de Saúde da Família distribuídos em duas macroáreas administrativas, sendo 23 localizados na sede do município e 15 nos distritos, que garantem uma cobertura de 100% da população do município (SOBRAL, 2021).

Os territórios do estudo foram dois Centros de Saúde da Família (CSF) do município, especificamente dos bairros Campo dos Velhos e COELCE. A primeira unidade de saúde abrange uma área central do município, a segunda unidade realiza a cobertura de regiões periféricas com realidade socioeconômica variada. Procurou-se contemplar uma amostra

diversificada de unidades de saúde, embora a escolha tenha sido intencional, isso permitiu uma variabilidade de profissionais com usuários de diferentes perfis e distintas realidades de trabalho. A proposta inicial incluía ainda unidades de saúde localizadas na região rural do município investigado, entretanto as equipes escolhidas não dispuseram de tempo e interesse em participar da pesquisa.

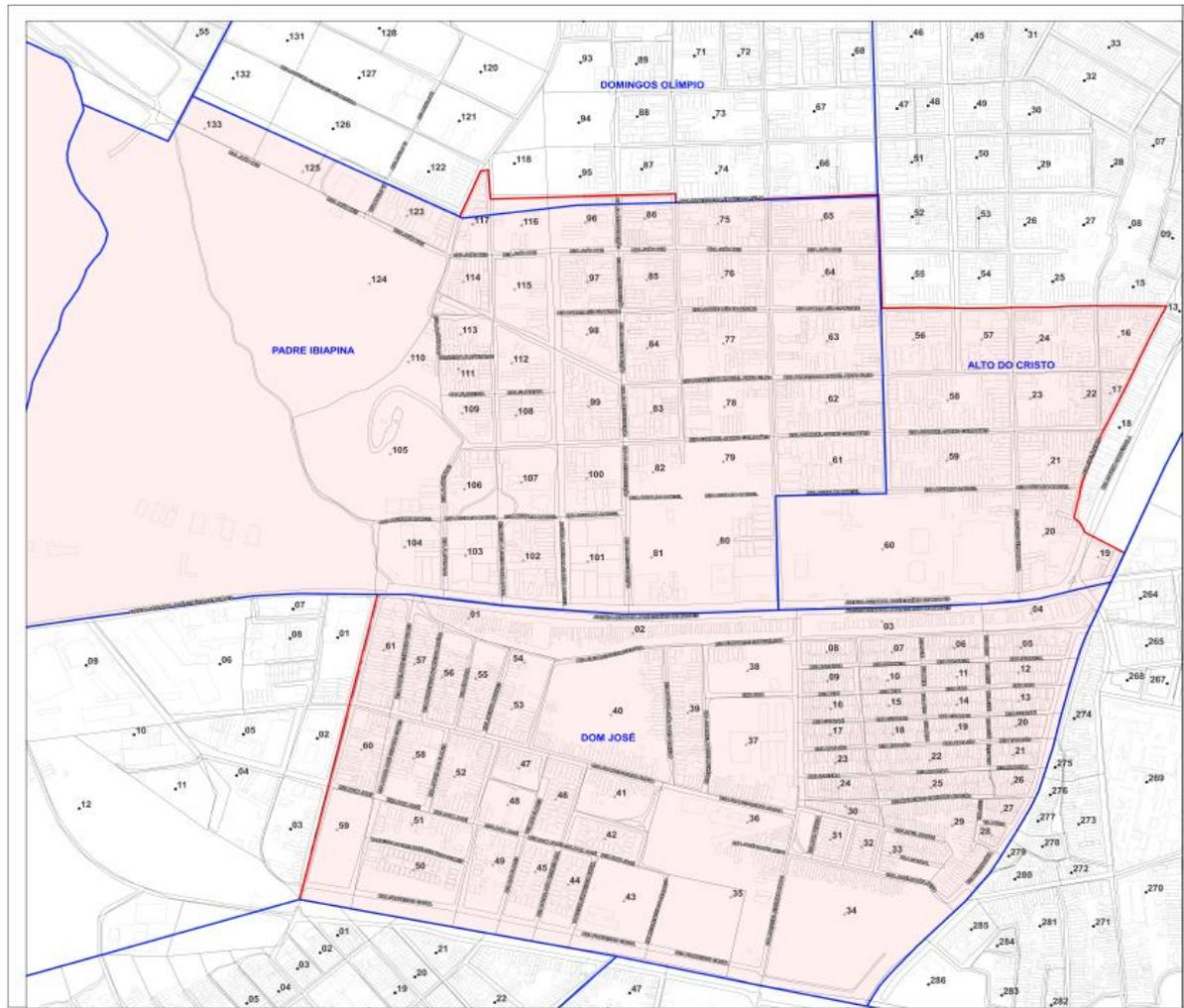
O território 1 é composto pelo Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro, popularmente conhecido por CSF COELCE, possui 4 equipes de saúde da família que realizam a cobertura dos bairros Dom José I e II, Padre Ibiapina, parte do bairro Alto do Cristo e a localidade Logradouro. De acordo com as observações feitas *in loco* pela pesquisadora, o prédio consiste em uma estrutura ampla que possui recepção, sala de reuniões, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), sala da gerência, sala para marcação de consultas, farmácia, sala de coleta de exames, sala para aferição de sinais vitais, sala de observação, sala de vacinas, sala de procedimentos, consultórios de atendimento, consultório odontológico, copa, lavanderia, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia, banheiros para usuários, banheiros para profissionais e expurgo. A unidade de saúde possui atualmente o seguinte quadro de funcionários: uma gerente, quatro médicos, quatro enfermeiros, um farmacêutico, dois dentistas, dezenove agentes comunitários de saúde (ACS), cinco auxiliares de serviços gerais, quatro vigias, cinco técnicos de enfermagem, dois auxiliares de saúde bucal, um técnico em saúde bucal, dois atendentes de farmácia, cinco auxiliares administrativos e um jovem aprendiz (e-SUS AB, 2022).

A população cadastrada é composta por 9.611 pessoas sendo, 5.067 do sexo feminino e 4.544 do sexo masculino, as quais 33% são homens e mulheres em idade entre 24 e 45 anos. O território é composto por 114 quadras e a localidade de Logradouro, os quais apresentam um total de 3.714 domicílios e 20 unidades de assentamento rural, sendo 99% das residências construídas de alvenaria. A respeito da condição sanitária, 3.691 (98,85%) domicílios contam com iluminação pública, 3.658 domicílios contam com coleta pública de lixo. As barreiras geográficas existentes são: morros, becos, ladeiras, avenida com fluxo intenso que dá acesso à rodovia federal, linha férrea e riacho Mucambinho. Os seguintes equipamentos sociais estão presentes no território: Centro de Educação Infantil, duas escolas de municipais de Ensino Fundamental anos iniciais, Centro de Referência da Assistência Social, uma Academia da Saúde, entidade social/ong Sociedade de Apoio à Família Sobralense (SAFS), Vila Olímpica Sul e grupos religiosos diversificados (e-SUS AB, 2022).

De acordo o levantamento territorial realizado pelas equipes, até o final de 2022 o território contava com 1.601 famílias cadastradas no Cadastro Único, 200 chefes de família não

alfabetizados, 5.995 pessoas que não praticavam nenhuma atividade física, 442 pessoas com obesidade, 269 pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, 279 pessoas com transtorno mental moderado ou grave, 1.094 pessoas com hipertensão arterial sistêmica, 543 pessoas com diabetes mellitus, 365 pessoas tabagistas e 154 pessoas restritas ao lar (e-SUS AB, 2022).

Figura 2 – Mapa do território CSF COELCE/Territorialização 2022.



O território 2 é constituído pelo Centro de Saúde da Família Terezinha Neves de Vasconcelos, o qual possui 3 equipes de saúde da família, sendo: um gerente, três enfermeiros, três médicos, doze agentes comunitários de saúde, quatro técnicos em enfermagem, dois dentistas, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de saúde bucal, quatro auxiliares administrativos, dois atendentes de farmácia, quatro auxiliares de serviços gerais, quatro vigias e dois jovens aprendizes. De acordo com as observações feitas *in loco* pela pesquisadora, o prédio da unidade de saúde foi inaugurado a pouco mais de um ano e possui recepção, sala de grupo/reuniões, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), sala da gerência, sala de

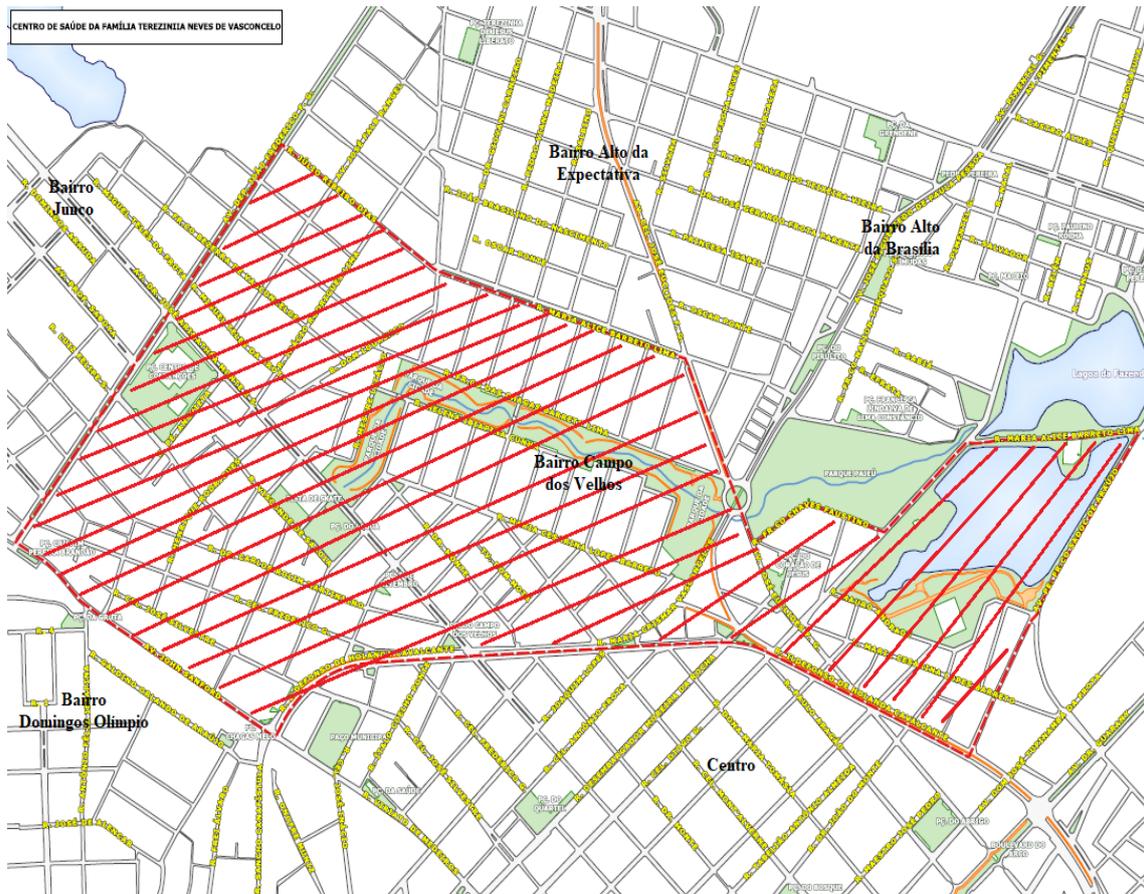
observação, sala de vacinas, farmácia, sala de coleta de exames, espaço para análise de sinais vitais, sala de procedimentos, consultórios de atendimento, consultório odontológico, copa, estacionamento, praça para atividades grupais, lavanderia, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia, banheiros para usuários, banheiros para profissionais e expurgo (e-SUS AB, 2022).

A abrangência do CSF inclui os bairros Campo dos Velhos e Coração de Jesus, conta com 118 quadras e apresenta como barreiras geográficas o Córrego Parque da Cidade, Lagoa da Fazenda e a malha ferroviária de veículo leve sobre trilhos (VLT). A unidade de saúde realiza a cobertura de 7.633 pessoas sendo, 4.203 pessoas do sexo feminino e 3.430 do sexo masculino, com 3.388 domicílios de alvenaria e 3 moradias de taipa. Com rede de saneamento básico e iluminação pública adequados, e 3.326 domicílios contam com coleta pública de lixo. Os seguintes equipamentos sociais estão presentes no território: Centro de Convenções Inácio Gomes Parente, Ginásio Poliesportivo Plínio Pompeu, Delegacia Regional de Sobral, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, Escola Municipal de Ensino Fundamental Anos Iniciais, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) Subseção de Sobral, Escola Estadual de Ensino Médio e Parque da Cidade (e-SUS AB, 2022).

De acordo com os dados do mapeamento territorial de dezembro de 2022, o território contava com 625 famílias cadastradas no Cadastro Único, 2.756 pessoas que não praticavam nenhuma atividade física, 251 pessoas com obesidade, 36 pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, 56 pessoas com transtorno mental moderado ou grave, 852 pessoas com hipertensão arterial sistêmica, 397 pessoas com diabetes mellitus, 138 pessoas tabagistas, 135 pessoas restritas ao lar e 1142 pessoas com risco cardiovascular. No ano de 2022 foram realizados 13.346 atendimentos médicos, 10.026 atendimentos de enfermagem, 4.311 atendimentos odontológicos e 19.967 visitas de agentes comunitários de saúde (e-SUS AB, 2022).

Ambas as unidades de saúde contam ainda com equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que possui as seguintes categorias profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, educador físico, residentes do programa de residência multiprofissional em saúde da família e residência multiprofissional em saúde mental.

Figura 3 – Mapa do território CSF Campo dos Velhos



5.1.2 Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo 11 profissionais das duas equipes sendo: 2 enfermeiros, 1 assistente social e 8 agentes de saúde, ressalta-se que as duas equipes de saúde eram completas com todas as categorias profissionais, porém os demais profissionais não aceitaram participar do estudo ou não conseguiram participar do grupo focal no dia e horário acordado com a equipe.

A maioria dos profissionais apresentavam mais de cinco anos de atuação na área da saúde da família. Apesar da relevância do longo tempo de atuação no contexto da saúde da família, o tempo de formação e de atuação superior a 5 anos sugere que os profissionais tiveram pouca ou nenhuma aproximação com a prática interprofissional. Tal realidade provavelmente torna mais difícil o conhecimento e a atuação profissional baseada na prática interprofissional, conforme assevera Peduzzi et al (2015), ao apontar que a formação de profissionais de saúde foi predominantemente baseada no modelo de atenção biomédico, pautado em consultas individuais, isoladas, sem intervenções articuladas e interprofissionais, de tal modo que o avanço em direção à EIP ainda é recente.

A diversidade do tempo de atuação dos profissionais sinaliza ainda mais a necessidade do trabalho interprofissional uma vez que através dele será possível considerar as distintas experiências dos atores envolvidos, as quais são relevantes para o aprender e fazer coletivo, com troca de saberes mediados pela prática e reflexão (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

A permanência dos profissionais de saúde na ESF tem se mostrado um grande desafio para construção de um novo modelo de cuidado, pautado no vínculo longitudinal. A rotatividade dos profissionais pode comprometer a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, fatores que dependem do vínculo entre os profissionais e a população (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

5.1.3 Mapa de Ações

Após a sessão de cada grupo focal foi solicitado aos participantes que construíssem individualmente “Mapa de Ações”. O objetivo foi identificar quais as ações os profissionais reconheciam como comum a outros profissionais. Os participantes receberam um mapa no qual constava os seguintes itens: “faço, não faço, faço e não deveria fazer, não faço mas deveria fazer, faço e outros profissionais também fazem” (apêndice). O instrumento foi elaborado pela pesquisadora inspirado na dinâmica do Curtograma de Soares-Luchiari (1993), a qual consistiu-se em preencher uma folha dividida em quatro partes, com os itens: gosto e faço, não gosto e faço, gosto e não faço e não gosto e não faço. A dinâmica objetiva desenvolver o processo reflexivo nos participantes a respeito de suas atitudes e das diferentes formas de pensar e de sentir (SOARES-LUCHIARI, 1993).

Desta forma, foi possível obter as respostas dos profissionais através da identificação das ações consideradas comuns a outras categorias profissionais segundo os participantes. Para o processamento destes dados utilizou-se a nuvem de palavras, nela as palavras são agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, o que possibilita facilmente a sua identificação, a partir de um único arquivo o qual é denominado *corpus*, que reúne os termos mencionados nos mapas produzidos pelos participantes.

Utilizou-se o *software* NVivo® para a criação da nuvem de palavras, foi realizada a consulta de frequência de palavras, com o estabelecimento dos seguintes parâmetros: agrupamento por sinônimos; exibição das 50 palavras mais frequentes; e palavras com mais de cinco letras, preposições ou outras palavras que não representam temas relacionados à pesquisa qualitativa foram excluídas. O resultado está representado na figura 4.

Figura 4- Nuvem de palavras criada a partir do Mapa de Ações.



As ações foram analisadas a partir do painel de competências do CIHC que descreve seis domínios de competências necessárias para a realização da colaboração interprofissional, são eles: esclarecimento de papéis; funcionamento da equipe; centralidade do cuidado na comunidade/paciente/família; liderança colaborativa; comunicação interprofissional e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010).

A palavra *Visita domiciliar* relaciona-se ao domínio centralidade do cuidado na comunidade/ paciente/ família, considerando que os profissionais buscam integrar e valorizam contribuição e o envolvimento do paciente/família/comunidade na construção do cuidado em saúde e no desenvolvimento dos serviços. Leva em consideração as informações com pacientes de forma respeitosa e compreensível, estimulando a participação na tomada de decisões sobre o seu processo de cuidado em saúde.

A palavra *Reunião de equipe* surgiu como o segundo item mais mencionado nos mapas de ações produzidos. Observa-se que o termo pode se relacionar a dois domínios de competências: funcionamento da equipe e comunicação interprofissional. As reuniões de equipe são tidas como espaço para a comunicação aberta e escuta atenta, ocasião em que os profissionais realizam a resolução de problemas, tomada de decisões coletivas, compartilham

as informações necessárias para o desenvolvimento das ações de saúde e ainda fazem o planejamento de cuidados compartilhados em situações complexas que surgirem no cotidiano.

Reuniões de equipe constituem-se em espaços importantes, realizados com frequência, que devem contar com a ampla participação dos membros da equipe e tornar-se-iam rotina do serviço. É considerada um momento de encontro da equipe para fazer as trocas, o intuito é compartilhar com os demais profissionais as questões necessárias para a continuidade do processo de trabalho. Ademais é tida como uma boa prática em saúde mental por propiciar a comunicação entre os profissionais, podendo ser um espaço promotor de saúde e cuidado aos próprios profissionais (SANTOS; COIMBRA; KANTORSKI; et al, 2017).

5.2 Parte II

5.2.1 Grupos Focais

Os dois grupos focais foram gravados em áudio e posteriormente organizados e transcritos com o auxílio do software *Microsoft 365- word on line* ferramenta de transcrição de áudio. A pesquisadora coordenou os dois grupos focais que juntos resultaram no tempo de duração de 85 minutos, com duração média de 40 minutos para cada grupo. Os participantes foram identificados por números, seguidos de GF mais as letras A ou B, as quais correspondem ao grupo focal do qual participou (exemplo: participante 2- GF A).

Na fase de tratamento dos dados, realizou-se a análise vertical de cada grupo focal e a construção de uma síntese para cada um desses grupos; posteriormente a leitura horizontal do conjunto de sínteses dos grupos possibilitou a análise referente a cada um dos objetivos do estudo e produção de uma síntese geral do material. Em seguida a análise transversal possibilitou o reconhecimento de semelhanças, contradições e antagonismos entre os relatos e os mapas de ações produzido.

O resultado da análise dos grupos focais foi triangulado com os demais dados das observações e do mapa de ações, a triangulação prevê um método misto para a coleta de dados e possibilita a comparação das informações coletadas a fim de confirmar ou contradizer os resultados.

Para que a prática colaborativa interprofissional se faça presente de fato no cotidiano dos serviços de saúde, faz-se necessário que os profissionais desenvolvam competências colaborativas de modo a propiciar a sua atuação frente ao contexto de cuidado ampliado e superando os desafios imposto pelo cenário de complexidade de saúde da população.

O referencial da *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC), caracteriza as competências interprofissionais colaborativas como os conhecimentos, habilidades e atitudes que os profissionais precisam desenvolver para alcançar uma prática pautada na colaboração. Os domínios de competências colaborativas são interdependentes entre si, portanto eles constituem-se de modo dinâmico e flexível na prática interprofissional cotidiana (CIHC, 2010).

Através das discussões dos participantes foi possível identificar que eles reconhecem as competências colaborativas interprofissionais para trabalho em equipe como qualificadoras do trabalho em saúde e ainda que potencializam o cuidado ofertado ao usuário e na transformação de realidades. A presente pesquisa fez emergir discussões sobre a percepção dos profissionais da ESF a respeito dos seus processos de trabalho e a partir da análise dos discursos identificou-se quais competências colaborativas se fazem presentes em suas atuações. Evidenciou-se a preponderância de 3 domínios, a saber: comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente, família e comunidade e funcionamento da equipe. Os demais domínios de competências não foram identificados de modo premente.

5.2.2 Comunicação Interprofissional

A comunicação interprofissional é identificada como basilar entre os domínios de competências elencados para o alcance de uma prática interprofissional em saúde. Para o exercício desta competência é necessário o estabelecimento de princípios de comunicação, tais como: escuta ativa, compreensão compartilhada das decisões do cuidado, construção de relações de confiança com os usuários; famílias e outros membros da equipe, e ainda o uso adequado das tecnologias da informação e da comunicação (CIHC, 2010).

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

“Interessante também sempre quando surge alguma demanda, a gente sempre procura e encaixa o paciente na agenda deles e sempre tem essa troca de informações. Essa troca de datas...” (participante 4- GF B)

Boa comunicação, porque se tiver uma falha na comunicação, se perde ... (participante 4- GF B)

“Existe, eu acho assim com relação... Eu consigo ver que a gente consegue trabalhar bem nessa questão de eu chegar e dizer alguma coisa. Eu passo aqui e aí eu falo: ‘ó aconteceu isso e isso’. A gente é muito efetivo nessa questão de resolver. Então vamos, vamos resolver.” (participante 5- GF B)

“Eu passo mais pro Breno que pra médica, para ele compartilhar com ela (médica), compartilhar com ela aquela demanda, tipo mais visita né.” (participante 1- GF B)
“Sim. Quando surge uma demanda a gente consegue conversar.” (participante 4 - GF A)

Percebe-se que o objetivo central da comunicação entre os profissionais é o usuário do serviço de saúde. Esta constatação revela que o domínio Comunicação Interprofissional é potencialmente colaborativo e que, quando desenvolvido de modo efetivo, permite maior segurança e qualidade da atenção à saúde, com respeito às decisões pactuadas entre os profissionais e entre estes e os usuários (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Uma comunicação adequada nas relações de trabalho se desenvolve quando os envolvidos conhecem as características próprias e dos outros. Para o desenvolvimento da prática colaborativa, é preciso que todos os membros compreendam o valor e o significado das atividades de cada um, através da articulação de ações e saberes com profissionais de outras áreas para resolução das demandas de saúde dos usuários (MIORIN et al., 2020).

“Para mim, eu acho que o principal é a escuta. Eu falei sobre a empatia, porque assim... se eu procuro ajuda de um profissional para resolver determinada situação de um paciente[...] E a gente precisou de algum profissional específico, e aí aconteceu de a questão não poder, principalmente quando é com relação a ir na casa do paciente. E aí eu estou precisando que você vá ver os parâmetros, e tudo e aí a gente fica tipo, [...] vê se consegue alguma coisa de alguém. Nesses momentos, eu percebo que elas não estão sozinhas porque tem a empatia de saber que se fossemos nós ou da sua família...” (participante 6- GF A)

A comunicação interprofissional relaciona-se à interação e intersubjetividade com o intuito de construir uma compreensão compartilhada dos trabalhadores entre si e com os usuários. O compartilhamento de informações e a interação dependem da reciprocidade comunicativa, em um processo de interlocução, com a participação ativa dos sujeitos envolvidos, para que haja o entendimento (MIORIN et al. ;2020).

A comunicação verbal tem como principal benefício a celeridade na divulgação da informação e o rápido retorno por parte dos receptores, possibilitando ao emissor ter conhecimento se sua mensagem foi ou não entendida. Ademais a comunicação verbal contribuiu para evitar omissões ou duplicações de cuidados, esperas ou adiamentos desnecessários (PEREIRA et al, 2021).

De acordo com as respostas dos profissionais, pode-se observar que este é o principal meio de comunicação interprofissional utilizado. Entretanto outras estratégias como educação permanente, matriciamento, visita domiciliar e o trabalho com coletividades são estratégias para a comunicação interprofissional. As reuniões de equipe, encontros para

discussões de casos e planejamento de ações entre as equipes são momentos formais de comunicação interprofissional, já a comunicação informal entre os profissionais acontece por meio de tecnologias comunicativas e rede sociais.

“A gente tem um momento toda quinta-feira final do mês, não é toda quinta-feira, toda última quinta-feira do mês é a roda de equipe que é onde a gente para reunir todas as equipes e a gente compartilha alguns casos, né? E a gerente também compartilha o que aconteceu durante o mês e o que a gente pode tentar melhorar, esse momento, eu acho...” (participante 2- GF B).

“Tem o matricialmente também, que trabalho com todas as 3 equipes.” (participante 1- GF A).

“Talvez talvez, não é, porém, extra reunião da roda. Tem uns grupos, não é? Que é informado o grupo de WhatsApp, que é informado os acontecimentos do dia. Tanto no grupo geral do campo dos velhos, quanto a gerente e agente de saúde, quanto o enfermeiro se comunicam.” (participante 4- GF B)

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são definidas como um conjunto de recursos tecnológicos utilizados de forma integralizada, cujo objetivo é disseminar informações, conhecimento e dados através de ferramentas simultâneas de som, imagem e texto. Recursos como rádio, telefone, televisão, redes de cabos e fibras óticas são utilizados, entretanto na atualidade os principais dispositivos utilizados tem sido os computadores e os *smartphones* (MOTA et al, 2018; AZEVEDO et. al, 2021).

As Tecnologias de Informação e Comunicação são ferramentas relevantes para o desenvolvimento da assistência à saúde da população. Ferramentas como o Sistema Único de Saúde Eletrônico da Primária a Saúde (e-SUS AB) com o prontuário eletrônico do cidadão (e-PEC) já estão presentes há alguns anos. Entretanto uso foi intensificado no ano de 2020 em virtude da pandemia de COVID-19 e a necessidade de continuidade da assistência à saúde durante as medidas de distanciamento e isolamento social (MOTA et al, 2018; ORTH et al, 2022).

“Eu acho que a com a facilidade que tem agora no WhatsApp, com as mensagens, eu acredito que às vezes a gente acaba se perdendo um pouco. Que uma coisa é dita lá, e que eu confio, mas foi, foi dito o recado. Houve a comunicação, mas nem todo mundo viu, não é? Ou então nem todo mundo entendeu do jeito que a pessoa escreveu, então eu acho que gera um pouco de confusão nessa.” (participante 5- GF B)

“E sempre estamos fazendo no início do mês a programação mensal e sempre está sendo postado no grupo do WhatsApp para que relembrem, né? Porque são muitas ações programadas para que aconteça.” (participante 2- GF B)

“Uma das maiores formas de comunicação é o WhatsApp. Quando a gente, recebe algum comunicado, nós entramos em contato direto com uma pessoa que informou.” (participante 4- GF A)

“E gente também passa essas informações também pelos usuários, né? A gente vai na casa, vai através de ligação também. A gente informa que vai acontecer, uma campanha de vacinação.” (participante 4- GF B)

Conforme apontado nas falas, as TICS são identificadas como estratégias para a comunicação interprofissional pelos profissionais participantes do estudo. Estas ferramentas de comunicação são utilizadas no cotidiano das equipes e possibilita a disseminação de informações entre os trabalhadores, entre as equipes e auxiliando na organização do processo de trabalho. Percebe-se que os aparelhos tecnológicos fazem parte da rotina dos profissionais e aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*®, possibilitam o envio e recebimento simultâneo de mensagens e a comunicação interprofissional (ORTH et al, 2022).

Nesse sentido, os diversos meios elencados pelos profissionais para o desenvolvimento de uma comunicação interprofissional foram: comunicação verbal, comunicação através de TICS, reuniões, matriciamento e o prontuário eletrônico. Estes configuram-se como fortes aliados da prática comunicativa, para auxiliar o cuidado aos usuários da atenção primária à saúde, e podem ser considerados meios para a consecução desse domínio.

5.2.3 Funcionamento da Equipe

O domínio funcionamento de equipe foi construída a partir da dimensão empírica que se refere ao processo de trabalho compreendido pelos profissionais como ações de interação entre dois ou mais sujeitos, cujo objetivo é a satisfação da necessidade de saúde do usuário. Os profissionais valorizam o encontro entre os profissionais de diferentes áreas e a articulação de seus saberes para a atenção à complexidade das necessidades de saúde dos usuários.

A discussão a respeito do processo de trabalho das equipes de saúde da família propiciou que se compreendesse as realidades do trabalho em saúde, identificando as áreas de convergência e interesses comuns para a construção de uma prática colaborativa pautadas nas competências colaborativas compreendendo desde a organização até a execução das ações de saúde. Os excertos seguintes evidenciaram o potencial de integração que se faz presente.

“Particularmente, eu acho que há um engajamento. Eu me sinto bem mais à vontade quando todos estão preocupados em atingir aquele objetivo. Assim, porque uma andorinha só não faz verão, então a gente, um agente de saúde vai estar fazendo só um vai. Então envolve toda a equipe, a equipe aqui do campo, graças a Deus, é bem engajada, bem unida.” (participante 2- GF B)

“Nós quando necessitamos, nós buscamos mais ajuda dos residentes. Tem o nutricionista, psicólogo, principalmente, porque o mais solicitado é ele, assistente social, fisioterapeuta e educador físico. Então, é esses profissionais que no momento estão com a gente, são residentes, são R2 e daqui a pouco a gente tá chorando. São bem receptivos e atuantes, quando nós precisamos realmente vai fazer a colaboração deles com relação ao usuário.” (participante -5 GF B)

Os profissionais referem que a prática é marcada pelo compartilhamento de práticas, troca de informações e complementação de ações. Relatam ainda que desenvolvem seu processo de trabalho na concepção multiprofissional e que tal prática já foi instituída de forma hegemônica nos serviços de saúde do município.

A política de saúde do Brasil através da Lei 8.080 de 1990, enfatiza a relevância da integralidade do cuidado e da atenção centrada nas pessoas. Ela se assemelha aos princípios e domínios de competência da colaboração interprofissional em relação ao perfil profissional para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Contudo autores pontuam que no Brasil a prática colaborativa ainda está em construção (PEDUZZI et al., 2013; BRASIL, 2017c).

Nesta categoria observa-se que um dos aspectos presentes no dia a dia nas equipes de saúde foi a utilização de uma comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao usuário. De acordo com o quadro teórico adotado neste estudo, a comunicação interprofissional envolve a habilidade de se comunicar efetivamente com os outros, em especial os profissionais de outras profissões. Implica em ouvir ativamente os demais membros da equipe, bem como os usuários e sua família e considerá-los parte do processo de trabalho (CIHC, 2010).

Os achados do presente estudo demonstram que a comunicação existe, entre as equipes, com aspectos potencializadores para o desenvolvimento da interprofissionalidade para a transformação dos fazeres. Os meios apresentados pelos profissionais para desempenhar uma comunicação interprofissional foram as rodas do serviço, reuniões matriciamento e o prontuário eletrônico. Contudo, mesmo sendo importantes estratégias para a prática comunicativa e para auxiliar o cuidado, não podem ser considerados meios exclusivos e determinantes para o desenvolvimento desta competência.

“Talvez talvez, não é, porém, extra reunião da roda. Tem uns grupos, não é? Que é informado o grupo de WhatsApp, que é informado os acontecimentos do dia. Tanto no grupo geral do campo dos velhos, quanto a gerente e agente de saúde, quanto o enfermeiro se comunicam.” (participante 1- GF B)

“É o prontuário eletrônico do cidadão. Ele começou aqui em Sobral em 2018. Quando começou a gente ainda um treinamento. A gente usava, mas por exemplo, pronto, hipertenso a gente já disse (explica erros do PEC).” (participante 1- GF A)

“O PEC só foi mostrado assim com mais clareza, o funcionamento dele depois que chegou o Previne Brasil, e aí muitas coisas eram relacionadas ao PEC, então acabou que eles precisaram mostrar melhor como é que fazia pra poder não dar essa diferença nos indicadores.” (participante 5- GF A)

“Existe, eu acho assim com relação... Eu consigo ver que a gente consegue trabalhar bem nessa questão de eu chegar e dizer alguma coisa. Eu passo aqui e aí eu falo, ó aconteceu isso e isso. A gente é muito efetivo nessa questão de resolver. Então vamos,

vamos resolver. Eu acho que a com a facilidade que tem agora no WhatsApp, com as mensagens, eu acredito que às vezes a gente acaba se perdendo um pouco. Que uma coisa é dita lá, e que eu confio, mas foi, foi dito o recado. Houve a comunicação, mas nem todo mundo viu, não é? Ou então nem todo mundo entendeu do jeito que a pessoa escreveu, então eu acho que gera um pouco de confusão nessa.” (participante 3- GF A)

O uso das tecnologias de comunicação é uma crescente tendência contemporânea, o que também alcança o cotidiano do trabalho em equipe de saúde. A praticidade e o manejo facilitado para o repasse das informações são fortes argumentos apontados como pontos positivos para seu uso. Entretanto o uso abusivo e exclusivo pode tornar-se uma problemática e dificultar a colaboração interprofissional. E ainda é necessário considerar que uma das principais característica da comunicação dialógica é a existência de um nível mais aprofundado de relação pessoal (PREVIATTO; BALDISSERA, 2018).

“O trabalho em equipe ele fortalece, então é uma união. Você não vê que a chuva, se fosse só aquele pinguinho, não era chuva, mas várias gotas formam aquela chuva. Então cada um tem uma coisa boa para compartilhar com o outro, né? A gente sempre nós estamos aqui em aprendizado, então sempre temos que aprender com o outro. Isso daí fortalece cada vez mais. Você já pensou no trabalho, só um que faz, faz, faz, faz... ele nunca, não tem uma inovação. E aí a equipe toda trabalha em prol a só um objetivo ali, que é a melhoria do bairro e da comunidade, da questão do paciente.” (participante 3- GF A)

“Porque mudou a forma de trabalho. A exigência ficou maior mesmo. A gente é forçado mesmo a se integrar com o outro mesmo. A gente pega informação deles, eles pegam da gente e se torna uma ajuda mútua, né? Antes eles faziam os atendimentos deles né, isolados. Sério mesmo, tinha gente que passava dois anos aqui e saía e a gente não tinha nem contato.” (participante 1- GF A)

“Tinha equipe aqui que era muito fechada então não tinha essa integração assim, né da própria aqui. Geralmente quando era, era só uma ou 2 pessoas, era a equipe toda.” (participante 6- GF A)

Com base nos discursos constata-se que os profissionais entendem os princípios da dinâmica de trabalho em equipe e processos de grupo que propiciam o trabalho interprofissional. Ambas as equipes de saúde da família participantes da pesquisa estão organizadas na lógica do trabalho em equipe nos termos preconizados pelo CIHC quanto ao que se refere ao domínio da competência Funcionamento de Equipe. A agenda de trabalho semanal dos profissionais participantes deste estudo incluía encontros e reuniões sistemáticas e regulares, que contavam com a presença de toda a equipe. Esses encontros tinham objetivos diversos: discutir casos, reorganizar os fluxos, realizar encaminhamentos e socializar os casos atendidos pelos profissionais.

“É pra ser semanal. Toda semana a gente se reúne, mas só que acontece é que o bom mesmo só com a equipe aí eu consigo me comunicar. Por mim todos os dias a gente se comunica, a gente se encontra. Agora quando é o grupão, né todinho? E aí inclui, é todo mundo você vê os auxiliares de serviços gerais, o pessoal do SAME, o pessoal da residência, pessoal do NASF, toda a equipe naquele momento, é um momento de interação, porque aí tem a dinâmica e tem uma pauta, a discussão, algum assunto, alguém traz uma coisa. Era o momento da gente, aí acabou e esse momento, se dedicou essa vaga da quinta-feira à tarde para consulta.” (participante 4- GF A)

“Estão participando, eu acho que muito mais agora do que antes da pandemia. Porque o acesso não era muito legal não. Chegava equipe de NASF e residência que entrava, que passava o período inteiro e saía e nos nem tínhamos contato. Eu acho que depois da pandemia começou a ter mais integralidade.” (participante 1- GF A)

5.2.4 Cuidado Centrado no Paciente, Família e Comunidade

O cuidado centrado no paciente, família e comunidade se refere à busca pela integração e valorização do engajamento dos usuários no seu processo de cuidado em saúde. Este cuidado deve ser realizado de modo que a equipe oportunize na prática a participação dos usuários, família e comunidade através da colaboração conjunta no planejamento, implementação e avaliação das etapas das ações de saúde que os usuários estiverem envolvidos. A escuta ativa e empática de todas as pessoas envolvidas no cuidado deve ser adotada para a definição e a prestação dos serviços de cuidado. O objetivo principal é conceder ao paciente o controle sobre seu cuidado, através do acesso as informações e dos recursos disponíveis para o alcance do plano (CIHC, 2010).

Através de um processo de corresponsabilização entre o paciente e o profissional da área da saúde, deve-se conhecer e levar em consideração os aspectos psicossociais, comportamentais e clínicos; e ainda contextualizar a realidade vivenciada pelos usuários. O cuidado centrado no paciente, família e comunidade situa os usuários do serviço de saúde no centro da produção de seu cuidado (SILVA; VIEIRA; PAULA, 2023).

A família é o foco do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, tornando-se essencial que os profissionais se disponham a conhecer, compreender e respeitar o cotidiano das famílias para o desenvolvimento de estratégias capazes abarcar às suas necessidades, e não à doença em si. O intuito é torna o paciente um participante ativo, concedendo-o a autonomia e poder decisório em relação a seu estado de saúde e suas condições de vida (SAMPAIO et al, 2022).

Os participantes do estudo relacionaram a escuta e a construção do vínculo de confiança com os usuários como fatores presentes, conforme apontam nos trechos:

“A gente é a ponte né, do usuário com a equipe. Muitas vezes, o usuário se sente mais à vontade pra falar certo tipo de coisa pra gente do que propriamente com enfermeiro ou com o médico e a gente vai por trás e acaba fazendo essa intermediação, essa

ponte, né? Conversa com ele, tentar convencer o usuário e a gente sempre tenta dar um jeitinho de trazer usuários para o atendimento. Pra ter mais implicação em saúde também.” (participante 3- GF B)

“A gente tinha muito mais grupos. Muito mais atividades coletivas, né? Mais trabalho com ação dentro da comunidade mesmo, roda de conversa, roda de quarteirão...” (participante 4- GF A)

A necessidade de superação do modelo biomédico e do enfoque em ações curativas, cuidado fragmentado e hospitalocêntrico impulsionou a adoção de estratégias que pudessem não mais reduzir a pessoa a seus sintomas e/ou doenças. A exigência de uma abordagem holística e ações em saúde baseadas em um cuidado integral começaram a ser incorporadas no cotidiano dos profissionais de saúde para que abarcassem as dimensões do contexto de uma pessoa, suas crenças individuais, sua expressão e preferências (SILVA; VIEIRA; PAULA, 2023; AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

As respostas dos profissionais também apontam mudanças na forma de observar o paciente com atenção em fatores como valores, crenças e costumes; de forma a incluir o paciente em seu processo de cuidado negociando com ele a melhor estratégia para a garantia de adesão ao tratamento.

“Como ele não sabia ler direito e tinha que tomar os remédios, a gente separou cada um em um copinho e colocou um papelzinho com a hora que deve ser tomado. Além disso, ele gostava de puxar conversa. Acho que a gente acaba se transformando as vezes em amigo.” (participante 6- GF A)

“[...] sim, muito importante você ter boa relação com eles, dedicar um tempo pra eles, ouvir eles, porque eu não vou lá só para ouvir saúde e dor aqui dor ali, você vai lá para ouvir desde o problema que tem por estar desempregado ou brigas com a família.” (participante 5- GF A)

“E quando a gente chega, se é assim pra prevenir, ou se tá ensinando, tem que ter o acolhimento e esse vínculo que a gente tem com eles. A boa convivência... é com ela que a gente vai poder passar as informações correta para eles.” (participante 1- GF B)

“Às vezes a gente passa nesses corredores e você fala isso, tem uma pessoa perdida, está procurando a sala 4 tá lá na sala de vacina, o que que o senhor está procurando mesmo? Isso aí é de responsabilidade de nós todos que estamos aqui.” (participante 1- GF B)

Os participantes apontam que a construção de uma relação de confiança com os usuários é preponderante para a adesão ao tratamento proposto. O envolvimento do usuário como parceiro no cuidado, tem sido referido como basilar para atenção centrada no paciente; sendo a tomada de decisão compartilhada considerada uma de suas estratégias para na busca da concordância entre profissionais, pacientes, familiares e demais segmentos envolvidos (SILVA; VIEIRA; PAULA, 2023; VIEIRA et al., 2021).

O cuidado centrado no paciente é apontado como um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional. A literatura sobre prática interprofissional também aponta este domínio como um elemento primordial do trabalho em equipe. Este domínio é apontado como relacionado à humanização das interações entre profissionais e pacientes, a necessidade do aprimoramento do âmbito relacional com resgate da condição humana para a qualificação da assistência e do sucesso terapêutico (CIHC, 2010; IPEC, 2011; D'AMOUR, D.; OANDASAN, 2005).

No cuidado centrado no paciente, os profissionais procuram englobar e reconhecer, como parceiros, o usuário, a sua família e a comunidade, com vista à implementação do cuidado e da atenção à saúde. Este domínio está fortemente presente no arcabouço teórico da APS brasileira, através da perspectiva do cuidado ampliado à saúde que busca integrar ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, a partir das articulações interprofissionais. A Clínica Ampliada e a Política Nacional de Humanização (PNH) que fundamentam o trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família estão fortemente ancoradas no domínio cuidado centrado no paciente, família e comunidade (CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS, 2006; BRASIL, 2004).

“A gente criou um grupo que acontecia todas as tardes na quinta-feira com os idosos para trabalhar cognitividade deles. Né? Que é uma coisa muito importante, trabalhar o emocional, não só o físico, também o social, convivência e tava fluindo bem.” (Participante 5- GF 1)

“E gente também passa essas informações também pelos usuários, né? A gente vai na casa, vai através de ligação também. A gente informa que vai acontecer, uma campanha de vacinação.” (Participante 4- GF 2)

“A empatia, simplicidade também. Tem que paciência, tem que ter ética, e acima de tudo eu acredito que muita força de vontade para cuidar das pessoas.” (Participante 5- GF 1)

“A gente tem uma demanda imposta por um determinado território, que chega até a gente por aquela determinada agente de saúde, mas que necessita só da atenção da equipe dela mas de outros profissionais, você compartilha a situação e essa situação se ela não for prontamente resolvida ela pelo menos planejada pra ser resolvida nos próximos dias.” (Participante 2- GF 2)

De acordo com os estudos, o cuidado centrado no paciente, família e comunidade no contexto de saúde brasileiro se deu a partir da implementação da comunicação efetiva e o compartilhamento de decisões impulsionados pela PNH. O encorajamento da participação dos pacientes e familiares nas ações de cuidado, através do chamado à corresponsabilização em relação ao próprio cuidado, esclarece e oportuniza o exercício do poder decisório frente à sua saúde; favorecem a construção e o fortalecimento de vínculos e de confiança (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019; AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O cuidado centrado no paciente, família e comunidade foi declarado pelos participantes da pesquisa como um domínio de competência presente no cotidiano da prática do cuidado realizados em seus territórios. Ademais foi fortemente relacionado a outro domínio discutido anteriormente, a saber, a comunicação interprofissional.

5.2.5 O Subfinanciamento da APS e o Previne Brasil

Nos últimos anos a APS foi alvo de mudanças que representaram extenso impacto em seus princípios e fundamentos. O novo modelo de financiamento da Atenção Básica estabelecido pelo “Programa Previne Brasil” através da portaria n. 2.979/2019 (Brasil, 2019) e o desfinanciamento pela Emenda Constitucional-95, que congelou os gastos públicos primários por 20 anos, favoreceram a instabilidade institucional e trouxeram empecilhos para o alcance de bons resultados sanitários, principalmente no contexto da ESF (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022). As equipes pesquisadas pontuaram os impactos vivenciados em sua realidade, como se apresenta a seguir.

“Com esse Previne Brasil a gente... a gente não tem tempo nem de se coçar. Tanto os agentes de saúde como os enfermeiros, toda hora que eu estou aqui desocupada de atendimento eu estou numa planilha do tamanho do mundo, de hipertenso e diabético, citopatológico, vendo os que os cadastros que estão inválidos, e o sistema é muito falho.” (participante 7- GF A)

“Humm, a gente tinha muito mais grupos. Muito mais atividades coletivas, né? Mas trabalhar com ação dentro da comunidade mesmo, roda de conversa, de quarteirão... essas coisas que hoje em dia não dá nem tempo nem de demorar 15 minutos na casa das pessoas.” (participante 4- GF A)

“Numa visita domiciliar dava tempo da gente fazer uma escuta, diagnosticar às vezes algum risco de depressão ou de alguma outra coisa que às vezes o proprietário da casa né, a comunidade tentar comunicar e as vezes... hoje a gente não tem mais esse tempo, parece mais assim um correiozinho entregando papel e pegando dados pega dados, e vai embora porque não pode demorar muito.” (participante 5- GF A)

O que se constata através dos discursos é o que Mendes (2021) assinalou como “SUS Operacional”. Este caracteriza-se como uma organização de saúde que valoriza práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, pautado em métricas, aliado aos interesses de mercado e distantes da centralidade do SUS universal que propõe o direito à saúde como central. As equipes pesquisadas revelaram estar imersas em novas rotinas de trabalho voltadas para a coleta e cadastramento de dados, alcance de metas em detrimento de ações de promoção de saúde, grupos e compartilhamento de casos.

“A gente criou um grupo que acontecia todas as tardes na quinta-feira com os idosos para trabalhar cognitividade deles. Né? Que é uma coisa muito importante, trabalhar

o emocional, e tava fluindo bem, eles estavam gostando, só que depois da pandemia tudo de acabou. E depois desse Previne Brasil fica bem mais difícil.” (participante 5- GF A)

“É a rotina... a gente viu modificou ficou bastante, né? O nosso fazer, porque antes a gente trabalhava com a educação em saúde. Hoje é mais é coleta de dados, coleta de informações e isso está dando uma sobrecarga muito grande em cima do nosso trabalho e modificou totalmente a nossa forma de trabalhar, né? Então está sendo uma novidade, uma mudança.” (participante 1- GF A)

“As nossas estatísticas baixas... devido não ser culpa da gente. As minhas estatísticas sempre dão baixas, por quê? Os indicadores sempre estão baixos justamente por esta falta de atualização do sistema.” (participante 3- GF A)

Outra mudança acarretada pelo Previne Brasil foi extinção do financiamento diretamente destinado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Isto representou alterações no sentido de não haver mais incentivo às ações multiprofissionais, interprofissionais, reuniões de equipes, consultas compartilhadas e a dimensão pedagógica do apoio matricial (SILVA, 2022). O município de Sobral tem conseguido manter as equipes multiprofissionais com recursos próprios, apesar da manutenção das equipes, foram necessárias alterações que impactaram na organização do processo de trabalho das equipes.

Para Mattos et al (2022), o desmonte financeiro enfraquece os processos de reformulação da clínica e da gestão que a atuação do NASF propunha. Paralelamente fortalece a dimensão clínico-assistencial, com um sistema de saúde que segue uma linha seletiva, restritiva, focalizada, ambulatorial, curativista e médico centrada. Tal forma de trabalho resulta em ações de saúde menos resolutivas, dificultam o acesso aos profissionais de saúde, desvaloriza o vínculo e a integralidade do cuidado.

As mudanças do Previne Brasil afetam diretamente o processo de trabalho interprofissional colaborativo, uma vez que as condições para o repasse financeiro fortalecem a prioridade dada ao quantitativo de atendimentos e procedimentos, restritos à atenção individual e com ênfase nas condições clínicas. Estes critérios métricos para a alocação de recursos podem suscitar nos profissionais comportamento direcionados à uma atuação autônoma e solitária, e ainda limita as possibilidades de diálogo, ações coletivas e práticas interprofissionais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária tem sido um dos importantes cenários de mudanças dos sistemas de saúde, através da ênfase em transformações na lógica da assistência de acordo com as necessidades de saúde da população. A adoção de abordagens mais abrangentes e embasadas no trabalho interprofissional colaborativo está entre uma das táticas estruturantes da mudança ocorrida no Brasil com o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família.

Ressalta-se que foi possível alcançar os objetivos propostos inicialmente. Foi possível conhecer como as equipes da ESF desenvolvem competências interprofissionais colaborativas dentro de seus processos de trabalho. E ainda compreender quais as competências colaborativas estão mais presentes no cotidiano das práticas, bem como identificar ações relacionadas à prática interprofissional colaborativa desenvolvidas no trabalho em equipe realizado.

Resgatando-se a pergunta disparadora que guiou o estudo: **Como são desenvolvidas as competências interprofissionais colaborativas no trabalho das equipes da ESF no município do Sobral-CE?**, através dos resultados apreendidos, constatou-se que no contexto da APS em Sobral, as competências colaborativas comunicação interprofissional, funcionamento de equipe e cuidado centrado no paciente, família e comunidade; estão sendo desenvolvidas principalmente por intermédio das ações de visita domiciliar, reuniões de equipe e como postura dos profissionais no cotidiano dos serviços estudados. Ficou evidenciado, a partir das falas dos profissionais, que as competências colaborativas se apresentam como uma ferramenta para o desenvolvimento do cuidado integral em saúde. As ações desenvolvidas a partir das competências são compartilhadas entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família dos territórios em que estão inseridos.

Através do Mapa de Ações foram identificadas duas atividades principais pontuadas pelos profissionais, como ações realizadas de forma compartilhada com demais categorias profissionais. A primeira é *Visita domiciliar*, que se relaciona ao domínio centralidade do cuidado na comunidade/paciente/família, a qual leva em consideração as informações com pacientes de forma respeitosa e compreensível, estimulando a participação na tomada de decisões sobre o seu processo de cuidado em saúde. A segunda ação mais mencionada pelos participantes foi *Reunião de equipe*, que pode se relacionar a dois domínios de competências: funcionamento da equipe e comunicação interprofissional. As reuniões de equipe são tidas como espaço para a comunicação aberta e escuta atenta, momento em que os profissionais realizam a resolução de problemas, tomada de decisões coletivas e compartilham as informações.

Os resultados levam a perceber uma aproximação entre o desenvolvimento de ações pautadas nas competências colaborativas, postuladas pelo CIHC, e o conceito do trabalho interprofissional e a efetivação de sua prática. No tocante aos desafios identificados para o avanço no desenvolvimento das competências colaborativas, os profissionais apontaram para as mudanças advindas do Previde Brasil, que reduziu os incentivos às ações multiprofissionais, interprofissionais, reuniões de equipes; e precarizou mais ainda os recursos financeiros, além de priorizar ações clínico-assistenciais em detrimento de ações que visem a integralidade do cuidado.

Diante dos desafios, nota-se a necessidade de trabalhar o desenvolvimento de competências colaborativas de modo contínuo e extensivo, de modo a promover o avanço em direção as demais competências colaborativas que não foram possíveis de identificar no contexto investigado. Considerando que no município de Sobral o sistema de saúde configura-se como Sistema de Saúde Escola e realiza a integração ensino-serviço como estratégia recorrente nos serviços de saúde, a implementação de ações de educação permanente sobre as competências interprofissionais poderá propiciar a formação de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o tema.

A pesquisa apresentou limitações na sua operacionalização. Uma delas relacionou-se a pandemia de COVID -19, a qual impactou em mudanças significativas nos processos de trabalho da atenção primária e por conseguinte dificultou a coleta de dados devido às medidas restritivas de acesso. Outra limitação foi uma amostra restrita do estudo, a qual previa a participação de um escopo maior de participantes, incluindo equipes de saúde localizadas na zona rural do município. Esta limitação pode trazer em si o comprometimento dos resultados, no sentido que estes possam não ser considerados uma expressão dos domínios de competências colaborativas na Atenção Primária à Saúde. Não obstante, considerando a incipiência na realização de pesquisas locais sobre o tema, este estudo traz uma significativa compreensão sobre o assunto. Ademais pesquisas qualitativas são melhor desenvolvidas com um quantitativo menor de participantes, procurando analisar extensivamente as percepções, discursos e interações dos sujeitos, de forma a torná-las significativas e expressivas.

Este estudo traz contribuições para o desenvolvimento da pesquisa científica, através das discussões apresentadas a partir do fazer profissionais afinado às competências colaborativas para o desenvolvimento do trabalho de excelência na Atenção Primária à Saúde, considerando que os resultados contribuem para o debate da reconfiguração do cenário da saúde segundo a lógica de atuação do trabalho interprofissional, enquanto um componente estratégico para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam encorajar o desenvolvimento de práticas pautadas nas competências colaborativas no cenário da ESF, assim como de novos estudos sobre o impacto das competências colaborativa na atenção à saúde. Os resultados deste estudo provavelmente contribuirão para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, na medida em assevera a relevância da atuação pautada nas competências interprofissionais para a qualidade do cuidado integral em saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. G. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação (Online)**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752009000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 fev. 2021.

AZEVEDO, SL; de OLIVEIRA, AS da FSR; PARENTE, J. da S.; CUNHA, MA de LC; de MOURA, MLC; LIMA, AL de O.; PORTO, IS; de LIMA, VF A tecnologia de informação e comunicação em saúde: Vivências e práticas educativas no Programa HIPERDIA. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, n. 3, pág. 29468–29483, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26860> Acesso em: 31 jul. 2023.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre, Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARR, H; LOW, H. **Principles of interprofessional education**. CAIPE, 2011. Disponível em < <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education>> Acesso em 15 de mar. de 2021.

BATISTA, R. E. A., & PEDUZZI, M. Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas. **Interface (Botucatu)**, 22(supl.2):1685-95. 2018. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/icse/a/hpRCLVJ9yN8HTFHjGwYJW5G/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 de jun de 2023.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N.º 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 24 de nov. de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html> Acesso em 16 de dez. de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União Brasília, DF, Jan 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em 04 de dez de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em de dez. de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031> Acesso em 24 de jan. de 2021.

BRASIL, **Portaria GM/MS 4279, de 30 de dezembro de 2010**, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 19 de jul de 2023.

BORDINI, G. S. SPERB, T. M. O uso dos grupos focais *on-line* síncronos em pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 437-445, jul./set. 2011. Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/259074524_O_uso_dos_grupos_focais_on-line_sincronos_em_pesquisa_qualitativa> Acesso em 25 de mar. de 2021.

BOUSQUAT, A., *et al.* Atenção Primária à Saúde nos 25 anos da revista Ciência & Saúde Coletiva. **Cien Saúde Colet (Online)**, Jul, 2020. Disponível em < <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-nos-25-anos-da-revista-ciencia-saude-coletiva/17677?id=17677>> Acesso em 24 de mar. de 2021.

CAMPOS G. W. de S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92

CAMPOS, G.W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul. 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwQ865pBS/> Acesso em: 14 de ago de 2023.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A National Interprofessional Competency Framework**. College of Health Disciplines, University of British Columbia. Vancouver BC V6T 1Z3 Canada, 2010. Disponível em < <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>> Acesso em 16 de mai. de 2020.

CECCIM, R.B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface (Botucatu)**. v.22, Supl. 2, p.1739-49, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000601739&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 25 de mar. de 2021.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Supplement 1, 8-20, 2005. Disponível em < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096142/> > Acesso em 01 de mar. de 2021.

D'AMOUR, D *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, n. 188, 2008. Disponível em < <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188> > Acesso em 01 de mar. de 2021.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª Edição, revista e atualizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DUARTE, A. B. S. Grupo focal online e offline como técnica de coleta de dados. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.17, n.1, p.75-85, jan./abr. 2007. Disponível em <https://brapci.inf.br/repositorio/2010/11/pdf_51bcc64139_0012782.pdf > Acesso em 02 de jan. de 2021.

ELLERY, A.E. L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R.B, DALLEGRAVE, D, AMORIM, A.S.L, PORTES, V.M, AMARAL, B.P (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; p. 146-50, 2018. Disponível em < <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/EnSiQlopedia-das-Residencias-em-Saude> > Acesso em 01 de mar. de 2021.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 213-214, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>> Acesso em 18 abr. 2021.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098> Acesso em 27 de out. 2020.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, W. S. O Apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface [Internet]**, Nov. 18(1):931-43. 2004. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>> Acesso em 01 de mar. de 2021.

GOMES, C. B. S. GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2020, vol.25, n.4, pp.1327-1338. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019> > Acesso em 25 de mar. de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama> > Acesso em 08 fev. 2021.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). **Core competencies for Interprofessional Collaborative Practice**. Report of an Expert Panel. Washington, DC, 2011. Disponível em < https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2 > Acesso em 01 mar. de 2021.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IPEC). **Core competencies for interprofessional collaborative practice**: Washington, DC. update, 2016. Disponível em < <https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf> > Acesso em 01 de mar. de 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**: Técnicas de pesquisa. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEÃO, L. M. **Metodologia de Estudo e Pesquisa: facilitando a vida dos estudantes e pesquisadores**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 4 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>> Acesso em 10 de mar de 2022.

MATTOS, M. P. DE.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. DE S.. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 22 jul. 2023.

MENDES, A. A persistência da aniquilação da saúde pública na crise pandêmica do capital: o neofascismo de Bolsonaro. **Anais do Colóquio Marx e o Marxismo 2021: O futuro exterminado? Crise ecológica e reação anticapitalista**. Disponível em: https://www.niepmarx.blog.br/MM/MM2021/AnaisMM2021/MC14_3.pdf Acesso em 22 de jul de 2023.

MENDES, K. M. C.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. da S. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e37011125018, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25018. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25018>. Acesso em: 22 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2018.

MINAYO, M.C.S et al. Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública. Rio de Janeiro (RJ): **Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves)**; Fiocruz, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1655.pdf> > Acesso em 01 de abr. de 2021.

MIORIN, J. D., et al. Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, n.9, v. 2, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/2074/1716/8955> Acesso em: 29 de jul de 2023.

MOROSINI, M. V. G. C., *et al.* Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2020, v. 36, n. 9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>> Acesso em 13 de mar de 2022.

MOTA, D. de N.; TORRES, R. A. M.; GUIMARÃES, J. M. X.; MARINHO, M. N. A. de S. B.; ARAÚJO, A. F. de. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia Saúde da Família. **Journal of Health Informatics**, Brasil, v. 10, n. 2, 2018. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/563> Acesso em: 31 jul. 2023.

OANDASAN, I. et al. Interdisciplinary education for collaborative, patient- centred practice. **Ottawa: Health Canada**; 2004. Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/7700748_Interprofessional_Education_for_Collaborative_Patient-Centred_Practice_IECPCP > Acesso em 01 de mar. de 2021.

ORTH, B. I.; et al Processo de trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Paraná na pandemia da COVID-19: uso de Tecnologias da Informação e Comunicação. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4. Disponível em : <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/3081> Acesso em: 5 jun. 2023.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface, comunicação e saúde**. 20(56): 199-201, 2016. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100199 > Acesso em 12 de abr. de 2021.

PEDUZZI M, AGRELI HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. 22(Supl. 2):1525-34. 2018. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em 01 de mar. de 2021.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**, v. 1., 2016. Disponível em < <https://repositorio.usp.br/item/002742133>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2013, vol.47, n.4, pp.977-983. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>> Acesso em 01 de mar. de 2021.

PEREIRA, TODOS; SANTOS, JC dos; MOCCELLIN, AS; SIQUEIRA, RL de. A comunicação interprofissional como importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]**, v. 10, n. 10, pág. e338101018942, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18942. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18942> Acesso em: 29 jul. 2023

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2018, vol.23, n.6, pp.1903-1914. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu) [online]**. 2018, vol.22, suppl.2, pp.1535-1542. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>> Acesso em 01 de mar. de 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 20(56),2016. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100185&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 01 de abr. de 2021.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWA-REINSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29131697/>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

ROCHA, JCS. Atitude: atributo à competência. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 17, n. 3, p-878-892, jul./set, 2014. Disponível em <<https://revistas.ufg.br/fef/article/viewFile/25575/17117>> Acesso em: 13 de jul de 2023.

RODRIGUES, J. L. da S.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, nov, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NbjdSZYLx5yxyLtZ963R7LC/> Acesso em: 13 de abr de 2023.

SANTOS, K da S. et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020, v. 25, n. 2 , pp. 655-664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>> Acesso em 07 de ago de 2021.

SILVA, R. M. et al. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações. Sobral, **Edições UVA**, 2018. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/326719018_Estudos_qualitativos_enfoques_teoricos_e_tecnicas_de_coleta_de_informacoes_-_Ebook> Acesso em 01 de abr. de 2021.

SILVA, J.A.M; et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**; 49(Esp2), p-16-24, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800016&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 01 de abr. de 2021.

SILVA, R. A. da. Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil São Paulo; s.n; 2022. 100 p. **Dissertação mestrado profissional**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372957/rubemabraodasilvaversaocorrigida.pdf> Acesso em: 22 jul. 2023.

SOARES-LUCCHIARI, D.H. P. (1993). **Pensando e vivendo a orientação profissional**. São Paulo: Summus.

SOBRAL. Secretaria da Saúde. Sobral, 2020. Disponível em <<http://www.sobral.ce.gov.br/>> Acesso em 01 de abr. De 2021.

SOUZA, E. L. et al. Metodologia da pesquisa: aplicabilidade em trabalhos científicos na área da saúde. 2. ed., rev. e ampl. Natal, RN: EDUFRN, 2019. Disponível em <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/27909>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

SOUZA, L. K. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa PSI UNISC, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, jan./jun. 2020, p.52-66. Disponível em <<https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

STARFIELD B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. **Br J Gen Pract [Internet]**. 2003;53(494):723-9. Disponível em <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A185.pdf> Acesso em 01 de abr. de 2021.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde debate [online]**. 2018, vol.42, n. spel, pp.361-378. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s125>> Acesso em 01 de abr. de 2021.

TOASSI, R. F. C. org. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). Disponível em <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>> Acesso em 05 de nov. de 2020.

WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genebra: WHO, 2010. Disponível em <https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/> Acesso em 01 de abr. de 2021.

8 APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS DE SOBRAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “**O Trabalho Interprofissional E As Competências Colaborativas Na Estratégia De Saúde Da Família**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Karla da Silva Machado- endereço: Avenida Dr. Guarany, nº 317 - Centro de Ciências da Saúde, Derby – Sobral/Ceará, telefone: (88) 3677-4255, e-mail: karlasmachado@live.com e está sob a orientação de Profª. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Ø A pesquisa objetiva analisar o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais à luz das competências colaborativas, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e NASF-AB no município de Sobral-CE. A coleta de dados será realizada através de um grupo focal *on-line*, que será previamente agendado e realizado em dia/horário mais adequado para a maioria dos voluntários e dentro /dos prazos do cronograma da pesquisa.

Ø **RISCOS diretos:** Risco de constrangimento por não concordar em participar da coleta de dados ou durante a participação do grupo focal. Estes constrangimentos serão, porém, amenizados uma vez que a participação ou não na coleta de dados não implicará em nenhum prejuízo laboral. Quanto à gravação do grupo focal *on-line*, durante a análise dos dados a identificação dos participantes será preservada e utilizar-se-á codinomes, preservando o sigilo bem como dentro de atmosfera de respeito e liberdade a suas manifestações verbais e não verbais e em local/dia/horário indicado.

Ø **BENEFÍCIOS diretos:** A experiência interprofissional irá oportunizar aos profissionais de saúde a troca de experiências e identificação de conhecimentos e habilidades contextualizadas com o cenário atual da formação profissional. Na aquisição de habilidades para o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado em saúde e para a ações de educação em saúde na escola.

Ø **BENEFÍCIOS indiretos:** A qualificação dos profissionais de saúde deve ser desenvolvida a partir da compreensão da realidade local e com bases em estudos científicos. As

competências colaborativas e o desenvolvimento das mesmas afetam diretamente o atendimento ao usuário do SUS, podendo proporcionar um cuidado mais humanizado e voltado para as demandas do usuário.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, como as falas gravadas nos grupos focais ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____ abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “O Trabalho Interprofissional E As Competências Colaborativas Na Estratégia De Saúde Da Família”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, eu poderei consultar a pesquisadora no endereço: Rua Alberto Magno Rocha, 300, Junco, Sobral - CE, no telefone (86) 99426-0036 ou poderá comunicar-se com a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, localizado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes nº186, Bairro Derby Club, Sobral-CE, telefone:(88)3677-4255.

Sobral, _____ de _____ de 20__.

Ciente: _____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

9 APÊNDICE B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS DE SOBRAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Eu, _____, autorizo livre e voluntariamente, a pesquisadora Karla da Silva Machado a obter fotografias, filmagens e/ou gravações de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. Conheço a pesquisa intitulada **“O Trabalho Interprofissional e as Competências Colaborativas na Estratégia de Saúde da Família”** e concordo livremente em participar dela. Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras, dissertações, teses e/ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade da pesquisadora.

Sobral (CE), ____ de _____ de _____.

Ciente: _____

Assinatura do participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

10 APÊNDICE C- ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS PELA MEDIADORA ANTES DE INICIAR OS GRUPOS FOCALIS.

Composição do grupo: Mediadora (coordena o andamento da discussão) e Relatora (registro escrito e ao final fazer uma síntese das discussões)

- Esclarecer sobre o uso de gravador e o sigilo das informações;
- Deixar claro que todas as opiniões devem ser respeitadas;
- Pactuar as regras da boa condução do grupo
- Celular no silencioso;
- Não acessar redes sociais para não dispersar a sua atenção na discussão;
- Não gravar a sessão ou fazer registro fotográfico;
- Respeitar as opiniões e colocações de participante;
- Não monopolizar a fala e permitir a fala do colega sem interrupções;
- Encerramento do grupo em torno de 2h de discussão, sendo reabordado com o

grupo o prazo limite.

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Parte 1- Apresentação e sensibilização dos participantes para a discussão(10min)

- Acolhida e apresentação dos participantes;
- Esclarecimentos sobre o desenvolvimento do grupo focal e pactuação as regras de condução do momento;
- Apresentação da pesquisa e a definição de prática interprofissional colaborativa;
- Solicitar que cada participante escreva em tarjetas de papel as ações que realizava em seu trabalho, tanto de forma rotineira como de forma esporádica.

Parte 2- Discussão grupal(60min)

Exposição das tarjetas em murais a todos os participantes para disparar a discussão.

2.1 Compreensão das atividades cotidianas

- a) Conte sobre a rotina de trabalho.
- b) Para vocês, como é trabalhar com profissionais de diferentes formações em saúde?
- c) Que ações vocês percebem como comuns aos profissionais da equipe?

d) Quais mudanças são percebidas como significativas a partir das ações desenvolvidas em equipe?

2.2 Identificação de competências colaborativas

a) Como você compreende a proposta de trabalho em equipe?

b) Quais competências considera necessárias para o desenvolvimento das ações no trabalho em equipe?

c) Como acontece a comunicação no cotidiano do trabalho, com os membros das equipes e com os usuários?

2.3 Desafios e potencialidades

a) Como você se percebe enquanto participante?

b) Você compreende seu papel dentro da equipe?

c) O que pode ser melhorado? Na equipe e na sua atuação.

d) Quais possíveis tensões e/ou conflitos são percebidos ou identificados?

e) Que medidas para mediar e/ou gerir os conflitos são usualmente aplicadas?

11 APÊNDICE D- MAPA DE AÇÕES

Individualmente os participantes responderão ao mapa que será entregue impresso e em seguida será recolhido

FAÇO	NÃO FAÇO	FAÇO E NÃO DEVERIA FAZER
NÃO FAÇO, MAS DEVERIA FAZER		FAÇO E OUTROS PROFISSIONAIS TAMBÉM FAZEM

12 APÊNDICE E- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

	FORMAÇÃO	ANO DE TÉRMINO DA GRADUAÇÃO	FORMAÇÃO APÓS A GRADUAÇÃO	IDADE	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO NA EQUIPE
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

13 APÊNDICE F- PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL-CE



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0108/2022

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado “O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, desenvolvido por Karla da Silva Machado, sob a orientação da Prof. Dr^a. Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, concordamos em autorizar a realização da pesquisa a ser realizada junto aos profissionais de saúde do CSF de Jaibaras, CSF de Caioca, CSF Campo do Velhos e COELCE. Reitera-se: a necessidade de **pactuação prévia entre a pesquisadora, a gerência do serviço e as participantes** quanto aos melhores dias, horários e local para realização da coleta; e, face ao contexto da Pandemia por Covid-19 a Conep/CEP orienta para adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

Desta feita, recomenda-se, a utilização de estratégias que respeitem as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. Fica sob a responsabilidade da pesquisadora a adoção, sempre que possível, de estratégias/ferramentas virtuais para realização das intervenções minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança - uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para

Código de Validação: PP15981654174880F

Emitido em: Sobral, 02 de Junho de 2022, às 10:01, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



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

a garantia desta. Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de se basear nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 02 de Junho de 2022

Lielma Carla Chagas da Silva

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

14 APÊNDICE G- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL E AS COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: KARLA DA SILVA MACHADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59869722.8.0000.5053

Instituição Proponente: Instituto de Estudos de Pesquisas do Vale do Acaraú

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.530.591

Apresentação do Projeto:

Título: O trabalho interprofissional e as competências colaborativas na estratégia de saúde da família.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como as equipes da estratégia de saúde da família desenvolvem competências interprofissionais colaborativas dentro de seus processos de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos está atendida quando o pesquisador menciona não deixar o participante ser constrangido à participação. Quanto aos benefícios, apresenta uma interação entre os diversos profissionais e suas especificidades para o trabalho junto à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante visto que apresenta um tema presente nas discussões sobre as competências de cada profissional e como trazer essa expertise para o campo da prática, proporcionando um trabalho de atendimento à população mais efetivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados foram apresentados, cumprindo assim a obrigatoriedade exigida. Carta de anuência expedida pela Secretaria de Saúde, Termo de consentimento Livre e esclarecido, etc.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br