



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS DE SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IARA MARTINS MELO

**ANÁLISE DO CLIMA NA EQUIPE EM PROFISSIONAIS DO NÍVEL
SUPERIOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SOBRAL - CE
2025

IARA MARTINS MELO

**ANÁLISE DO CLIMA NA EQUIPE EM PROFISSIONAIS DO NÍVEL
SUPERIOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel

SOBRAL - CE

2025

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)

M485a Melo, Iara Martins.

Análise do clima na equipe em profissionais do nível superior da Atenção Primária à Saúde / Iara Martins Melo. – 2024.
63 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel.

1. Recursos Humanos. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.
CDD 610

IARA MARTINS MELO

**ANÁLISE DO CLIMA NA EQUIPE EM PROFISSIONAIS DO NÍVEL
SUPERIOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós- Graduação em Saúde da Família da
Universidade Federal do Ceará, como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Estratégias de
Educação Permanente e Desenvolvimento
Profissional em Sistemas de Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacques Antonio Cavalcante Maciel – Orientador
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Myrna Maria Arcanjo Frota Barros - Examinador Externo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ivo Aurélio Lima Júnior– Examinador Externo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 406400/2021-0.

Ao Professor Dr. Jacques Antonio Maciel, por excelente orientação. O seu empenho foi essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso.

RESUMO

O trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas que possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. Este estudo objetiva medir o clima organizacional no trabalho de profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo transversal realizado com profissionais da saúde de nível superior que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde no município de Sobral, Ceará. Essa coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2021 através do levantamento de dados sociodemográficos e da mensuração da efetividade do trabalho em equipe utilizando o instrumento Escala de Clima na Equipe, traduzido e validado para o português. Participaram do estudo 156 profissionais.

Palavras-Chave: recursos humanos; equipe de assistência ao paciente; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Teamwork is an efficient way of structuring, organizing and making use of human skills that enables a more global and collective view of work, reinforces the sharing of tasks and the need for cooperation to achieve common goals. This study aims to validate a multimedia application on a mobile platform to improve interprofessional teamwork in Primary Health Care (PHC). It is a project of applied methodological research and technological production, since the development will include the materialization of an educational application. The production of the application will be structured in the following phases: construction (analysis, design and development), validation (evaluation) and administration. To define the main content of the application, an assessment of the effectiveness of teamwork will be carried out with higher education professionals working in PHC in the municipalities of the 11th Region of Sobral belonging to the Superintendency of the Northern Region of the Health Department of the State of Ceará.

Key Words: continuing education; health care team; interprofessional education; information and communication technolog.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Aproximação com o objeto de estudo.....	9
1.2	Contextualização.....	10
2	OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	Trabalho em Equipe.....	14
3.2	Educação Permanente em Saúde.....	16
4	METODOLOGIA	19
4.1	Tipo de estudo.....	19
4.2	Cenário.....	19
4.3	Coleta de Dados.....	21
4.4	Análise de Dados.....	22
4.5	Aspectos Éticos.....	23
5	RESULTADOS.....	25
6	DISCUSSÃO.....	32
7	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	APÊNDICE A: DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS POR MUNICÍPIO DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL.....	40
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	41
	APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS DA APS.....	43

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Sou enfermeira formada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em 2015, com experiência profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Sobral e Groaíras entre 2015 e 2024. Ao longo dessa trajetória na APS, vivenciei intensamente o trabalho em equipe, destacando a transição e os impactos antes e depois da implementação do Programa Previne Brasil.

Com base na minha experiência, posso destacar tanto as vantagens quanto as dificuldades do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (APS).

Antes da implementação do Previne Brasil, o trabalho na APS fluía de forma mais leve e equilibrada. Nós, profissionais de saúde, tínhamos mais tempo para oferecer um cuidado mais abrangente e de qualidade. Havia momentos de troca de saberes entre diferentes áreas, o que favorecia uma atuação conjunta, otimizando recursos e aumentando a efetividade das ações de saúde.

Os pacientes buscavam os serviços de maneira natural, em um ambiente de gestão focado na organização dos processos de trabalho e na melhoria das unidades. O clima de equipe era entrosado, permitindo a discussão de casos entre as diferentes categorias profissionais e o compartilhamento de experiências positivas. Também havia momentos de atendimento colaborativo, onde profissionais de diferentes áreas atuavam juntos, enriquecendo o cuidado oferecido aos pacientes.

Após a implementação do previne brasil posso destacar os principais problemas que dificultam o trabalho em equipe afetando no clima de equipe infraestrutura inadequada; Modelo de atenção centrado em condições agudas e eventos imediatos, em vez de um cuidado mais integral e preventivo; Falta de equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar, o que limita a abordagem integrada do paciente; Processos educacionais inadequados para os profissionais de saúde, resultando em falhas na formação e capacitação; Ausência de modelos de atenção às condições crônicas baseados em evidências, dificultando o tratamento de doenças que demandam cuidados prolongados; Precarização das relações de trabalho, que gera insegurança e desmotivação entre os profissionais; Fragilidade no sistema de gestão, com uma administração centralizadora que muitas vezes ignora as necessidades locais; Isolamento dos

profissionais, o que dificulta a colaboração entre diferentes áreas; Ausência de sistemas de informação clínica eficientes, dificultando a organização e o acompanhamento dos pacientes; Política de saúde guiada pela percepção da população, focada excessivamente na oferta de consultas médicas em detrimento de um cuidado mais amplo e preventivo.

Esses problemas, além de comprometerem a qualidade do atendimento, podem aumentar os custos do sistema de saúde.

O Programa Previne Brasil, desde sua implantação em 2019, tem caminhado na contramão dos princípios constitucionais da saúde pública. A burocratização intensificada para liberação de recursos para as prefeituras tem gerado uma queda na qualidade dos serviços de saúde e sobrecregando os profissionais. Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) precisam, além de atender os pacientes, preencher dados em sistemas informatizados cada vez mais complexos, com mudanças frequentes na nomenclatura e legislação, o que prejudica o planejamento e a execução do trabalho em equipe.

O programa trouxe um modelo de trabalho mais engessado e com alta demanda, enquanto muitos gestores, sem qualificação adequada para gerenciar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), focam apenas em cumprir metas de indicadores, sem se preocupar com o bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Por isso, considero importante, através deste estudo, compreender a relevância de um clima de trabalho em equipe entre os profissionais que atuam na APS, uma vez que o sucesso do atendimento depende da efetividade e harmonia no trabalho em equipe.

1.2 Contextualização

Para desenvolver ações de trabalho em equipe que tornem a saúde mais qualificada, assertiva, integral e concreta no melhoramento do sistema de saúde, a Educação Interprofissional e a Prática Colaborativa são estratégias efetivas que aproximam os profissionais da saúde de uma atenção integral e centrada no paciente. Assim, o trabalho em equipes no contexto interprofissional implica cuidados de atenção individual, redução de custos no sistema de saúde, melhoria do atendimento à saúde da população e no trabalho dos profissionais de saúde (BOCHATAY, 2019).

O trabalho em equipe interprofissional é uma atividade baseada em uma série de

dimensões-chave. Isso inclui objetivos claros da equipe, uma identidade de equipe compartilhada, compromisso compartilhado da equipe, clareza de papéis, interdependência e integração entre os membros da equipe. Essa forma de trabalho engloba questões relacionadas à prestação de cuidados clínicos, gestão de cuidados, trabalho de diagnóstico e promoção da saúde (REEVES et al., 2010).

A proposta de trabalho em equipe no campo da saúde tem origens que remontam à década de 60, a partir de movimentos relacionados à medicina social, com destaque a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 90, contextualizado pela reorganização do modelo de atenção à saúde e de organização dos sistemas de saúde, bem como pela necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde. O trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde; há uma necessidade de que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e setores (PEDUZZI, 2018).

Na área da saúde, a não cooperação, estruturas rigidamente hierarquizadas, a disparidade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos setores são os principais entraves para a efetividade do trabalho integrado. Espaços potentes para o trabalho em equipe serviriam como lócus de integração, de escuta, de valorização do profissional e também de planejamento de trabalho (DUARTE, 2015). Assim, o trabalho em equipe se apresenta como uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas, possibilitando uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforçando o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns (SILVA, 2013).

Para alcançar o trabalho em equipe, intervenções educativas interprofissionais têm a finalidade de melhorar a colaboração no cuidado dos usuários, nas quais membros de mais de uma profissão da saúde aprendem juntos e interativamente, com o propósito de melhorar a qualidade da atenção. Essa interação na Educação Interprofissional demanda participação ativa e troca de conhecimentos entre diferentes áreas profissionais (AGRELI et al., 2019), estruturando-se como estratégia primordial de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Situada como estratégica para a formação dos trabalhadores do SUS, a EPS se

orienta para a recomposição das práticas de saúde, buscando articular ensino, atenção, gestão e controle social em saúde (CECCIM, 2004). Nessa medida, a EPS propõe que a formação dos trabalhadores do SUS tome como referência as necessidades e a realidade de saúde do território, transformando as práticas e a organização do trabalho em saúde, por meio da reflexão crítica desses profissionais quanto a seus processos cotidianos de trabalho. Para tanto, sob o ponto de vista pedagógico, preconiza que o processo favoreça a adoção de metodologias ativas do conhecimento e caracterização.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o clima do trabalho em equipe de profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível do clima de trabalho em equipe em profissionais da Atenção Primária à Saúde de Sobral;
- Verificar fatores associados o nível do clima de trabalho em equipe em profissionais da Atenção Primária à Saúde de Sobral.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Trabalho em Equipe

Definições específicas de equipes são abundantes na literatura. O trabalho em equipe interprofissional pode ser conceituado como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e, de outro, a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (PEDUZZI et al., 2020).

A Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se atualmente como uma estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A EIP contribui para a formação de profissionais de saúde mais bem preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam em relação à competição e à fragmentação. A EIP consiste em oportunidades de formação conjuntas para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras. Como proposta de formação, a EIP vem sendo discutida nos últimos 30 anos, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios da EIP se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho (CASANOVA et al., 2015).

O conceito e a tipologia do trabalho em equipe a partir da teoria do agir comunicativo de Habermas e de uma pesquisa empírica realizada com profissionais de saúde de um hospital. Apesar de as discussões partirem de uma realidade da atenção terciária, muitos autores transpuseram o conceito de trabalho em equipe de Peduzzi para problematizar estudos desenvolvidos na atenção básica. De acordo com Peduzzi (2001, p.103–109), o trabalho em equipe trata de uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Para a autora, há duas modalidades de equipe: equipe de integração (há uma comunicação intrínseca no trabalho entre os agentes, a formulação de um projeto assistencial comum, problematização das diferenças técnicas e da desigual valoração social dos trabalhos

especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente) e equipe de agrupamento (não há uma articulação das ações e interação dos agentes do trabalho, mas uma justaposição das ações e um agrupamento dos agentes). Ao final da análise, as principais categorias identificadas foram: a) construção coletiva de práticas de saúde com objetivos comuns; b) rede de relações, interações e integrações entre profissionais de saúde; c) interdisciplinaridade nas ações de saúde (PEDUZZI, 2001).

Na análise de outros autores, descrevem a distinção entre modalidades de trabalho interprofissional: “Trabalho em equipe”, com intenso compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe e intensa interdependência e integração das ações, que tende a responder a situações de cuidados imprevisíveis, urgentes e de maior complexidade; “Colaboração interprofissional”, como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento e interdependência das ações; e “Trabalho em rede”, no qual se reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida(REEVES et al., 2010).

Os autores propõem que as equipes se alternem entre as diferentes formas de trabalho descritas (trabalho em equipe, colaboração e trabalho em rede), de acordo com as necessidades locais, em uma abordagem contingencial do trabalho interprofissional. Essa abordagem do trabalho interprofissional reconhece que as equipes não variam em um modelo linear de “fraco a forte”, “reais ou pseudo-equipes”, mas que as equipes são mais efetivas à medida que conseguem adaptar as diferentes formas de trabalho interprofissional – em equipe, colaboração e em rede – de forma contingencial, de acordo com as necessidades dos usuários, família e comunidade (REEVES et al., 2010).

Seguindo podemos mostrar autores que consideram “Colaboração interprofissional” como um termo guarda-chuva que abriga outros dois termos: “Prática colaborativa interprofissional” – utilizado para descrever elementos da colaboração implementados na prática dos serviços de saúde – e “Trabalho em equipe interprofissional” – um nível mais profundo de trabalho interprofissional e intensa interdependência das ações.

Os diferentes termos apresentados acima se relacionam, mas não são sinônimos e intercambiáveis, visto que se referem a diferentes modalidades de trabalho interprofissional que propomos serem apreendidas da perspectiva contingencial, ou seja, que dependem das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e do contexto destas, bem como dos profissionais e serviços. Com essa abordagem, o trabalho interprofissional se apresenta

como: trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e trabalho em rede (MORGAN et al., 2015).

A colaboração são situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde dos usuários, mas que ao mesmo tempo reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. Ao invés de reforçar a expectativa de autonomia e independência plena de cada profissão, na prática colaborativa os profissionais buscam reduzir a competição e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva(D'AMOUR et al., 2008).

Embora as definições conceituais evidenciem diferenças entre os termos “trabalho em equipe”, “colaboração” e “prática colaborativa”, é reconhecido que as formas de trabalho interprofissional têm como núcleo as equipes e focam a ACP. A literatura sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional destaca a relevância de aspectos relacionais e da organização do trabalho entre os profissionais para o estabelecimento de equipes efetivas, integradas e colaborativas. A distinção das equipes de acordo com sua efetividade e impacto na qualidade da atenção à saúde é necessária e pode ser realizada pela análise do clima de trabalho em equipe, visto que o conceito de clima é considerado um proxy(c) adequado para contemplar o fenômeno trabalho em equipe (PEDUZZI, 2018).

3.2 Educação Permanente em Saúde

A educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. A educação na saúde apresenta duas modalidades: a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde (EPS)(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018)

A EPS é compreendida como aprendizagem no trabalho, mediante a incorporação do aprender e do ensinar ao cotidiano das organizações, de modo a garantir a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela parte dos problemas enfrentados na realidade e considera os conhecimentos e as experiências prévias dos sujeitos, por meio da problematização do processo de trabalho, tendo em conta que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas

necessidades de saúde dos sujeitos e das populações. Os processos de formação/qualificação requerem, portanto, ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviços de saúde, e do controle social no setor, em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com as necessidades reais da população.

A EPS reconhece os profissionais de saúde como aprendizes e educadores inseridos em determinada comunidade e resgata o saber popular e a autonomia dos usuários. Sendo prerrogativa do SUS ordenar a formação de trabalhadores para a saúde no país, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde, existe o desafio de superar o modelo hegemônico da atenção especializada na doença, para a busca da lógica da integralidade. Nessa perspectiva, a EPS se coloca como uma estratégia importante para as transformações necessárias ao modelo de saúde vigente.

A EPS está pautada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004, através da Portaria nº 198/GM e é colocada como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor de saúde. Objetivando avançar na implementação da política, a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 definiu novas estratégias de ação, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos dos Pactos pela Saúde e de Gestão. A mudança central ocorreu no âmbito regional, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.

Considerando a necessidade de retomar o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual e local, a Gestão Federal, lançou o PRO EPS-SUS, via Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Tal iniciativa se caracteriza pelo repasse financeiro do MS diretamente aos municípios para que realizem ações de EPS nos territórios(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018).

A PROEPS-SUS viabilizou implementação dos processos de integração ensino-serviço- comunidade e de EIP, ampliando o canal de diálogo com os atores envolvidos com

os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), ao aproximar instituições de ensino dos serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), defendem a utilização das Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para apoiar a aprendizagem *online* (por meios virtuais) como maneira de promover o desenvolvimento de competências técnicas, programáticas, gerenciais e administrativas nos trabalhadores da saúde e constituição de ciberespaços como lócus de aprendizagem (MESQUITA et al., 2020).

A inserção das estratégias do ensino à distância nos programas de EPS é considerado inovador, pois facilita a aprendizagem dentro ou fora da instituição de saúde (SILVA, et al., 2015). Experiências brasileiras como a UNA-SUS e o Telessaúde Brasil Redes apoiam a EPS e diminuem a discrepância entre o que é ensinado e o que é esperado da atuação deles nos serviços ofertados pelo SUS (AOYAMA et al., 2018).

A proposta da EPS é a ruptura com o modelo de capacitações verticalmente reproduzidas e o rompimento com a pedagogia da transmissão de conhecimento. Acrescenta ainda que as capacitações e treinamentos são necessários para determinados procedimentos técnicos e específicos; entretanto, têm se mostrado ineficazes para a mudança do modelo de atenção biomédico vigente e para agenciar protagonismos com implicação dos atores na construção do seu saber e do seu processo de trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo transversal. A pesquisa quantitativa é um tipo de abordagem metodológica que se baseia na quantificação dos dados para realizar análises estatísticas, com o objetivo de medir e testar hipóteses. A pesquisa quantitativa visa quantificar as variáveis envolvidas em um estudo, coletando dados numéricos e realizando análises estatísticas rigorosas. Ela se foca na objetividade, replicabilidade e precisão. Isso permite que os resultados sejam generalizáveis para uma população maior, a partir de amostras representativas.

A pesquisa transversal, é um desenho de pesquisa que coleta dados em um único ponto no tempo, ou seja, ela oferece uma "fotografia" instantânea das variáveis em estudo. Não há acompanhamento ou medição de variáveis ao longo do tempo, como seria em uma pesquisa longitudinal. Isso torna a pesquisa transversal ideal para estudos que buscam descrever a situação atual de um fenômeno ou relação entre variáveis em um momento específico (MARCONI et al., 2010).

Portanto, uma pesquisa quantitativa do tipo transversal é aquela que coleta dados numéricos de uma amostra em um único momento no tempo para analisar e identificar padrões ou relações entre variáveis. Ela é eficaz para obter uma visão imediata de um problema ou fenômeno (MARCONI et al., 2010).

4.2 Cenário

O estudo foi realizado na cidade de Sobral, estado do Ceará, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Sobral, atualmente, está inserida no rol das cidades que mais se desenvolveram no Brasil nos últimos 10 anos. O município ocupa uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população estimada pelo IBGE, em 2020, de 210.711 habitantes. O clima é quente e seco, com temperatura média de 30 graus centígrados. Está situada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, pela BR-222. A cidade de Sobral se apresenta como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Ceará, constituindo-se num centro de convergência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte (PMS, 2021).

A regionalização do SUS faz parte do processo de descentralização de suas ações e serviços de saúde, um dos princípios propostos pelo programa; o que visa reduzir as desigualdades, promover a equidade e fortalecer o papel dos estados e municípios em suas funções gestoras. A regionalização da saúde no Ceará está representada por 22 microrregiões de saúde e 5 macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe).

Essas regiões são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns na área da saúde. Os critérios que delimitam essas microrregiões de saúde são: malhas viárias, proximidade dos municípios, deslocamentos da população aos serviços de saúde existentes e disposição política para pactuação. Por conseguinte, as Macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os polos terciários, constituídos por serviços ambulatórios e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, divididos sobre os mesmos critérios.

Na competência 6/2020 a 11ª Região de Saúde contava com 234 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 2 equipes na Atenção Básica Tradicional. A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na APS era de 638.845 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da Família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) e APS é de 98,05%.

De acordo com a consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para a competência do mês de Junho de 2020, foi obtido o quantitativo de profissionais vinculados à APS que encontram-se summarizados no Quadro 1. A descrição por categorias profissionais de CBO encontra-se disponível no Apêndice.

Quadro 1 População estimada para 2020 dos municípios que compõem a 11ª Região de Saúde de Sobral.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	Número de Profissionais na APS
Sobral	210711	470
Alcântaras	11781	32

Cariré	18459	34
Catunda	10376	22
Coreaú	22239	29
Forquilha	24452	31
Frecheirinha	14134	27
Graça	14407	37
Groaíras	11144	32
Hidrolândia	20053	27
Irauçuba	24305	43
Ipú	42058	61
Massapê	39044	53
Meruoca	15185	28
Moraújo	8778	17
Mucambo	14549	26
Pacujá	6549	20
Pires Ferreira	11001	19
Reriutaba	18385	39
Santa Quitéria	43711	45
Santana do Acaraú	32654	23
Senador Sá	7691	18
Uruoca	13915	31
Varjota	18471	53
TOTAL	654053	1217

4.3 Coleta de dados

Na etapa de coleta de dados, foi solicitado aos profissionais de nível superior que atuam na APS o preenchimento de dois instrumentos, um para levantamento de dados sociodemográfico, e o *Team Climate Inventory* (TCI), traduzido e validado para o português como Escala de Clima na Equipe, que tem como finalidade avaliar o clima em grupos proximais de trabalho.

O TCI foi elaborado pelos ingleses Michel A. West e Neil R. Anderson, no formato de escala do tipo *Likert*, constituída por 38 itens, com objetivo de obter dados referentes a quatro fatores: **Participação na Equipe**, com 12 itens (com escala graduada entre 1 a 5

pontos cada item); **Objetivos da Equipe**, com 8 itens (graduados entre 1 a 5 pontos); **Apoio para ideias novas**, com 11 itens (graduados entre 1 a 7 pontos); e **Orientação para as tarefas**, com 7 itens (graduados entre 1 a 7 pontos). A pontuação mínima do instrumento corresponde a 38 pontos e, a máxima, a 226 pontos (PERUZZO et al., 2019).

O fator Participação na Equipe, aborda questões, como o compartilhamento de informações, as influências sobre os demais, o sentimento de se sentir ouvido/aceito pelo grupo e a manutenção do contato constante. Apoio para ideias novas engloba questões relacionadas às expectativas e aprovação que os membros recebem da equipe para a introdução de novas ferramentas no processo de trabalho. Já o fator Objetivos da Equipe, explora o quanto os objetivos/metas estão claros para todos os seus membros. Por fim, o último fator, Orientação para as tarefas, aborda temas como monitoramento para obtenção de altos padrões de desempenho, critérios claros para alcançar a excelência como equipe e se existem avaliações e sugestões em prol de melhorias.

4.4 Análise de dados

As variáveis quantitativas serão summarizadas por meio da média ponderada e escore médio. Os grupos serão comparados pelo Teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste post hoc de comparações múltiplas de Dunn (diferenciados por letras sobrescritas “a” e “b”) com intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas pelo programa SPSS (IBM versão 26), a partir de uma base de dados construída por meio do programa Microsoft Excel. Os fatores com piores avaliações obterão prioridade para a estruturação do desenho e do conteúdo a ser abordado no aplicativo.

A amostragem dos participantes dessa coleta se dará por conglomerados a partir do porte populacional, sendo um para os 23 municípios de pequeno porte da 11^a Região e o outro representado pelo município de Sobral. Para a definição do tamanho mínimo para a amostra de participantes de cada conglomerado, foi utilizada a seguinte fórmula para cálculo em populações finitas.

$$n = \frac{N z^2 P (100 - P)}{d^2 (N - 1) + z^2 P (100 - P)}$$

em que:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo;

N = Número da população de referência;

z = medida relativa ao nível de confiança da amostra; utilizar 1,96 para considerar 95% de confiança;

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população (se desconhecida, P será igual a 50%);

d = erro amostral previsto (5%).

Considerando N de 747 para o conglomerado dos municípios de Pequeno porte, o tamanho amostral será de 254 e para o conglomerado de Sobral com N de 470, o tamanho amostral será de 212. Os participantes da pesquisa serão sorteados e solicitado o contato destes via Secretaria de Saúde do Município de Trabalho. Ao aceitar a participação na coleta de dados, o profissional de saúde poderá responder ao instrumento de coleta de dados presencialmente no ambiente de trabalho em horário conveniente para o profissional sem prejuízo das atividades laboratoriais ou via Google Formulários.

4.5 Aspectos éticos

Trata-se de uma pesquisa com base em seres humanos sem conflitos de interesse que não fere os princípios éticos. Todos os participantes da coleta de dados utilizando o TCI e especialistas no processo de validação do aplicativo desenvolvido nessa pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo (APÊNDICE), segundo as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Este projeto será apreciado pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e 11^a Coordenadoria da Região de Saúde de Sobral (CRES) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA) através da Plataforma Brasil.

Será mantido o anonimato dos participantes e o sigilo dos dados, conservando-se os princípios éticos referentes à pesquisa em seres humanos, destacando-se a beneficência e a não maleficência, visto que, nessa pesquisa, por tratar-se de uma coleta de dados por meio de entrevista, não ocasiona dano aos participantes. Será garantida ainda a autonomia do participante, que terá a liberdade em decidir participar ou não da pesquisa sem nenhum prejuízo (BRASIL, 2012).

O pesquisador responsável se compromete na devolutiva dos resultados da validação do aplicativo desenvolvido nesta pesquisa à gestão da 11^a CRES, aos municípios que compõe à 11^a Região de Saúde assim como o Sistema de Saúde Escola de Sobral numa forma de contribuir para a melhoria do trabalho em equipe na APS reforçando o caráter

interprofissional.

Riscos da pesquisa: Este estudo implica em risco mínimo para a saúde do participante ao responder a perguntas pessoais da relação interpessoal e entre profissional-paciente ou para os especialistas, responder questões de avaliação do conteúdo do aplicativo. É assegurado anonimato e sigilo aos seus participantes pelo pesquisador responsável.

Benefícios da pesquisa: Essa pesquisa pode contribuir como benefício indireto com a identificação de fatores relacionados à melhoria do trabalho em equipe e cuidado centrado no paciente dos municípios participantes do estudo com fins de melhorias educacionais.

5 RESULTADOS

O instrumento Team Climate Inventory (TCI), ou sua versão adaptada para o Brasil, a Escala de Clima de Trabalho em Equipe (ECTE), foi utilizado neste estudo para identificar características sociodemográficas entre os participantes. No total, participaram 156 profissionais da área da saúde, dos quais 41 (26,3%) eram do sexo masculino e 115 (73,7%) do sexo feminino. A idade dos participantes variou de 22 a 63 anos, com uma média de $30,72 \pm 7,26$ anos. A média de idade entre os homens foi de $29,59 \pm 4,74$ anos, enquanto entre as mulheres foi de $31,12 \pm 7,95$ anos, apresentando uma diferença significativa ($p = 0,005$) ao nível de significância de $p < 0,05$, conforme determinado pelo teste T de Student. Quanto à área de formação, predominou a odontologia, com 55 profissionais (35,3%), seguida por 51 enfermeiros (32,7%), 18 médicos (11,5%), 9 fisioterapeutas (5,8%), 5 psicólogos (3,2%), 5 farmacêuticos (3,2%), 4 assistentes sociais (2,6%), 3 nutricionistas (1,9%), 3 profissionais de educação física (1,9%) e 1 agente comunitário de saúde (0,6%).

No que diz respeito às características laborais, observou-se que 3 (10,9%) dos participantes ocupavam cargos de chefia, 8 (5,1%) atuavam na coordenação, 29 (18,6%) exerciam funções de gerência, 4 (2,6%) supervisionavam, enquanto 112 (71,8%) não exerciam funções de liderança (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n= 156).

VARIÁVEL	GRUPO TOTAL (N/%)	Valor de p*
Sexo		
Masculino	41 (26,3%)	
Feminino	115 (73,3%)	
Idade em anos (Md/Dp*)	$30,72 \pm 7,26$	
Masculino	$29,59 \pm 4,74$	
Feminino	$31,12 \pm 7,95$	0,005
Estado civil		
Solteiro	100 (64,1%)	
Casado	37 (23,7%)	
União estável	18 (11,5%)	
Divorciado	1 (0,6%)	
Etnia		
Branco	52 (33,3%)	
Pardo	94 (60,3%)	
Negro	7 (4,5%)	
Amarelo	3 (1,9%)	
Profissão/Ocupação		
Cirurgião-dentista	55 (35,3%)	
Enfermeiro (a)	51 (32,7%)	

Médico (a)	18 (11,5%)
Fisioterapeuta	9 (5,8%)
Fonoaudiólogo (a)	2 (1,3%)
Nutricionista	3 (1,3%)
Profissional de Educação Física	3 (1,3%)
Psicólogo (a)	5 (3,2%)
Agente Comunitário de Saúde	1 (0,6%)
Assistente social	4 (2,6%)
Farmacêutico (a)	5 (3,2%)
Pós-Graduação	
Sim	107 (68,6%)
Não	49 (31,4%)
Função de gestão	
Sim	44 (28,2%)
Não	112 (71,8%)
Função de gestão	
Chefia	3 (10,9%)
Coordenação	8 (5,1%)
Gerência	29 (18,6%)
Supervisão	4 (2,6%)
Não exerce	112 (71,8%)
TOTAL	
156 (100%)	

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (n= 156).

*Md= média; Dp= desvio padrão. *Teste t de Student para avaliar diferenças de idades entre os gêneros.

Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

Na Tabela 2, podemos avaliar os resultados referentes à dimensão de participação na equipe, com base na frequência de concordância e discordância dos 12 itens analisados. Observa-se que apenas um item apresentou percentual de concordância superior a 80%: o item 2, relacionado à afirmação "Nós temos uma postura de “estamos juntos nessa”. Por outro lado, os itens com percentuais de concordância inferiores a 80% foram:

- **Item 1:** "Nós geralmente compartilhamos informações na equipe em vez de guardá-las para nós mesmos" (75%);
- **Item 7:** "Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe" (75%);
- **Item 8:** "Mantemo-nos regularmente em contato" (75%);
- **Item 9:** "Interagimos frequentemente" (75%).

Além disso, os itens 3 e 4 apresentaram percentuais de concordância de 70%, sendo eles:

- **Item 3:** "Nós nos influenciamos mutuamente";
- **Item 4:** "As pessoas mantêm as demais informadas sobre questões relacionadas ao trabalho em equipe".

Entre os itens com concordância inferior a 70%, estão:

- **Item 10:** 64,74%;
- **Item 12:** 62,17%;
- **Item 6:** 60,89%;
- **Item 5:** 58,07%.

Os itens 5 e 6, que apresentaram os menores percentuais de concordância, destacam-se como indicadores de fragilidade no vínculo e coesão da equipe, sugerindo a necessidade de maior atenção e aprimoramento nessas áreas para fortalecer o trabalho em equipe.

Tabela 2 – Frequência quanto à dimensão participação na equipe (n= 156).

ITENS	DIMENSÃO				
	PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE		GRUPO TOTAL (N/%)		
	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos.	3 (1,9%)	5 (3,2%)	17 (10,9%)	57 (36,5%)	74 (47,7%)
2. Nós temos uma postura "estamos nesta juntos".	1 (0,6%)	9 (5,8%)	21 (13,5%)	44 (28,2%)	81 (51,9%)
3. Nós nos influenciamos mutuamente.	2 (1,3%)	12 (7,7%)	28 (17,9%)	59 (37,8%)	55 (35,3%)
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe.	2 (1,3%)	10 (6,4%)	34 (21,8%)	59 (37,8%)	51 (32,7%)
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras.	3 (1,9%)	28 (17,9%)	50 (32,1%)	45 (28,8%)	30 (19,2%)
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria.	4 (2,6%)	21 (13,5%)	36 (23,1%)	42 (26,9%)	53 (34%)
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe.	0 (0%)	11 (7,1%)	24 (15,4%)	59 (37,5%)	62 (39,7%)
8. Mantemo-nos regularmente em contato.	0 (0%)	9 (5,8%)	23 (14,7%)	53 (34%)	71 (45,5%)
9. Interagimos frequentemente.	2 (1,3%)	11 (7,1%)	18 (11,5%)	50 (32,1%)	75 (48,1%)

10. Ha muita troca entre os membros da equipe.	6 (3,8%)	13 (8,3%)	36 (23,1%)	62 (39,7%)	39 (25%)
11. Mantemo-nos em contato como equipe.	1 (0,6%)	8 (5,1%)	19 (12,2%)	60 (38,5%)	68 (43,6%)
12. Os membros da equipe se encontram frequentemente para conversas formais e Informais.	4 (2,6%)	19 (12,2%)	36 (23,1%)	52 (33,3%)	45 (28,8%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

No que diz respeito à frequência na dimensão de suporte a ideias novas (Tabela 3), podemos destacar os itens de concordância 1, 3, 4 e 6, que apresentaram índices acima de 70%. Estes itens indicam que: a equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas ideias; a equipe é aberta e responde bem às mudanças; os membros estão constantemente procurando novas maneiras de analisar problemas; e as pessoas cooperam para ajudar no desenvolvimento e aplicação de ideias inovadoras.

Em seguida, temos os itens 2 e 7, com índices superiores a 60%, que apontam que: há assistência disponível para o desenvolvimento de novas ideias; e os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que facilitam a adoção de novas ideias.

Por fim, os itens 5 e 8 apresentaram índices em torno de 50%, sugerindo que: a equipe dedica tempo necessário para desenvolver novas ideias; e os membros fornecem suporte prático para a implementação dessas ideias.

No que se refere à discordância, não houve resultados de grande destaque, já que a maioria das respostas mostrou percentuais inferiores a 50%. A análise dessa frequência mostra que a segunda maior amostra de entrevistados é composta por gerentes, cuja função envolve compartilhar informações, garantir o planejamento, e gerir e organizar processos de trabalho. Dada a natureza dessas funções, é compreensível que eles não afirmariam que seu trabalho não está progredindo conforme o esperado.

Tabela 3 – Frequência quanto à dimensão suporte para ideias novas (n= 156).

Itens	DIMENSÃO		GRUPO TOTAL (N/%)			
	SUPORTE PARA IDEIAS NOVAS	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre seguindo em direção ao desenvolvimento de novas respostas.		2 (1,3%)	5 (3,2%)	27 (17,3%)	69 (44,2%)	53 (34%)

2. Há assistência no desenvolvimento de novas ideias está facilmente disponível.	3 (1,9%)	11 (7,1%)	39 (25%)	62 (39,7%)	41 (26,3%)
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças.	2 (1,3%)	9 (5,8%)	30 (19,2%)	64 (41%)	51 (32,7%)
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas.	1 (0,6%)	17 (10,9%)	27 (17,3%)	67 (42,9%)	44 (28,2%)
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas.	5 (3,2%)	25 (16%)	48 (30,8%)	42 (26,9%)	36 (23,1%)
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas.	2 (1,3%)	18 (11,5%)	26 (16,7%)	62 (39,7%)	48 (30,8%)
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas.	2 (1,3%)	17 (10,9%)	40 (25,6%)	57 (36,5%)	40 (25,6%)
8. Os membros da equipe fornecem suporte prático para novas ideias e sua aplicação.	4 (2,6%)	13 (8,3%)	55 (35,3%)	42 (26,9%)	42 (26,9%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

A análise da frequência na dimensão de orientação para as tarefas (Tabela 4), considerando o critério "objetivos da equipe", revelou variações nas respostas entre "nenhum" e "completamente". Vale destacar que o percentual de respostas "completamente" foi superior a 50%, o que demonstra que a maior parte da amostra está totalmente alinhada com os objetivos da equipe, indicando um trabalho em equipe eficaz.

Tabela 4 – Frequência quanto à dimensão orientação para as tarefas (n= 156).

DIMENSÃO	OBJETIVOS DA EQUIPE	GRUPO TOTAL (N/%)			
		Itens	De nenhum modo	Um tanto	Completamente
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?		2 (1,3%)	63 (40,4%)	91 (58,3%)	
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?		1 (0,6%)	65 (41,7%)	90 (57,7%)	
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?		1 (0,6%)	53 (34%)	102 (65,4%)	
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?		2 (1,3%)	93 (59,6%)	61 (39,1%)	
5. Em que extensão você acredita que esses objetivos sejam compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?		4 (2,6%)	92 (59%)	60 (38,5%)	
6. Em que extensão você acredita que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?		3 (1,9%)	67 (42,9%)	86 (55,1%)	
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?		0 (0%)	42 (26,9%)	114 (73,1%)	

8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1 (0,6%)	51 (32,7%)	104 (66,7%)
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1 (0,6%)	45 (28,8%)	110 (70,5%)
10. Em que extensão você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	0 (0%)	62 (39,7%)	94 (60,3%)
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1 (0,6%)	74 (47,4%)	81 (51,9%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

A análise da frequência na dimensão "orientação para as tarefas" revela padrões significativos sobre a dinâmica de trabalho da equipe (Tabela 5). Os itens avaliados com percentuais superiores a 80% indicam que, entre o grupo de entrevistados, o trabalho em equipe é realizado de maneira bastante consistente. Entre os itens de destaque estão:

- **Item 1:** "Seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e suporte prático para que você possa realizar seu trabalho da melhor maneira possível?"
- **Item 5:** "Os membros da equipe complementam as ideias uns dos outros, visando alcançar o melhor resultado possível?"
- **Item 6:** "Há uma preocupação genuína entre os membros da equipe em atingir os mais altos padrões de desempenho?"
- **Item 7:** "A equipe possui critérios claros que todos tentam cumprir para alcançar a excelência coletiva?"

Por outro lado, é relevante observar os itens com percentuais superiores a 70%, o que aponta para algumas deficiências no trabalho em equipe. Esses itens sugerem que ainda há aspectos a serem aprimorados, como:

- **Item 3:** "Os membros da equipe estão preparados para questionar os fundamentos do que está sendo feito?"
- **Item 4:** "A equipe avalia de maneira crítica as possíveis fragilidades nas suas ações para alcançar o melhor resultado possível?"

Esses dados indicam que, embora o trabalho em equipe seja forte em muitos aspectos, há oportunidades de melhoria, especialmente no que diz respeito à capacidade de reflexão crítica e questionamento das práticas da equipe.

Tabela 5 – Frequência quanto à dimensão orientação para as tarefas (n= 156).

DIMENSÃO	GRUPO TOTAL (N/%)	
	ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS	

Itens	Em pouquíssima extensão	Em alguma extensão	Numa grande extensão
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e suporte prático para possibilitar que você cumpra seu trabalho da melhor maneira possível?	7 (4,5%)	63 (40,4%)	86 (55,1%)
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	19 (12,2%)	69 (44,2%)	68 (43,6%)
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os fundamentos do que a equipe está fazendo?	10 (6,4%)	75 (48,1%)	71 (45,5%)
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	8 (5,1%)	74 (47,4%)	74 (47,4%)
5. Os membros da equipe complementam suas ideias, uns com os outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	6 (3,8%)	66 (42,3%)	84 (53,8%)
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	11 (7,1%)	63 (40,4%)	82 (52,6%)
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	6 (3,8%)	65 (41,7%)	85 (84,5%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

6 DISCUSSÃO

A faixa etária dos participantes deste estudo sugere a presença tanto de jovens quanto de idosos. Isso implica que alguns profissionais podem estar no auge de suas carreiras, enquanto outros, com alguns anos de experiência, ambos ainda se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento profissional. Estudos recentes, destacam que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo com diferentes necessidades e desafios em cada fase da carreira. Profissionais mais jovens, geralmente na fase inicial de suas carreiras, estão focados em construir sua identidade profissional, buscando aprender e adquirir novas habilidades, por outro lado, os profissionais mais experientes, que podem estar no auge de suas carreiras, geralmente estão focados em manter seu desempenho e consolidar suas conquistas. (TANEVA et al., 2020).

Portanto, a presença de profissionais de diferentes idades na amostra sugere uma diversidade de experiências e perspectivas, o que pode gerar um ambiente de aprendizado mútuo. As organizações devem adotar abordagens de desenvolvimento que atendam às necessidades tanto de profissionais em fase de crescimento quanto daqueles em estágio de consolidação de carreira, promovendo um ambiente de trabalho inclusivo e flexível (DEVOS et al., 2015).

Na dimensão "participação na equipe" na Tabela 2, destacam-se indicadores que apontam fragilidade no vínculo e na coesão entre os membros, sugerindo a necessidade de maior atenção e aprimoramento nessas áreas. O fortalecimento desses aspectos é essencial para melhorar a colaboração e a eficácia do trabalho em equipe.

Para discutir a importância da coesão e do vínculo em equipes, podemos citar o trabalho de Chiavenato (2014, p.33), um dos principais autores brasileiros na área de gestão de pessoas. Em sua obra *“Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações”*, Chiavenato, argumenta que o clima organizacional e a qualidade das relações interpessoais são fundamentais para o desempenho das equipes. Ele afirma que um ambiente em que os membros se sentem seguros e respeitados é crucial para a colaboração eficaz e para o fortalecimento da coesão.

Além disso, Motta e Motta Sobrinho (1999, p. 33), em *“Cultura Organizacional e Estilos de Liderança”*, relacionam o clima organizacional diretamente à cultura da empresa. Eles destacam que a maneira como os líderes gerenciam e comunicam suas expectativas

influencia fortemente o clima organizacional. Se os líderes são inclusivos e promovem uma comunicação aberta, isso tende a criar um ambiente de trabalho mais colaborativo e satisfatório para todos os envolvidos. No entanto, práticas autoritárias e falta de transparência podem contribuir para um clima organizacional tenso e conflituoso.

Portanto, o clima organizacional é um elemento-chave para o desempenho das organizações, e sua influência sobre a motivação, a produtividade e a satisfação dos colaboradores é amplamente reconhecida. As ações de gestão que promovem um clima positivo, como a valorização dos funcionários, comunicação clara e liderança inclusiva, são destacadas como fundamentais para o sucesso organizacional.

A análise da frequência, dimensão de suporte a ideias novas (Tabela 3), mostra que a segunda maior amostra de entrevistados é composta por gerentes, cuja função envolve compartilhar informações, garantir o planejamento, e gerir e organizar processos de trabalho. Dada a natureza dessas funções, é compreensível que eles não afirmariam que seu trabalho não está progredindo conforme o esperado.

A análise sugere que gerentes tendem a minimizar falhas no progresso do trabalho, o que pode ser entendido à luz de discussões sobre a cultura organizacional. Uma perspectiva relevante vem dos estudos de Clóvis de Barros Filho e Mário Sergio Cortella (2014, p34), em “*Ética e Vergonha na Cara!*”, que tratam de questões de ética e gestão. Eles enfatizam como as pressões sociais e profissionais moldam o comportamento gerencial, criando uma cultura de resistência à exposição de problemas no andamento do trabalho, sobretudo para manter a imagem de competência e liderança. Isso pode estar relacionado à tendência cultural de evitar a crítica aberta, algo que se reflete na literatura como um traço histórico do comportamento gerencial no Brasil.

Edmondson (2019, p 34) destaca que, em muitos ambientes organizacionais, os gerentes podem sentir-se pressionados a não reconhecer ou reportar problemas no progresso do trabalho. O conceito de segurança psicológica sugere que, em ambientes onde a comunicação aberta é inibida pelo medo de consequências, os gerentes podem hesitar em admitir falhas ou atrasos, optando por uma postura de otimismo ou de “gestão da imagem”. Outro ponto de contato está na obra de Chiavenato (2004, p. 34), um dos grandes teóricos da administração no Brasil. Em *Introdução à Teoria Geral da Administração*, o autor discute a importância da função dos gerentes em organizar processos, compartilhar informações e garantir a eficiência. No entanto, a dimensão de “suporte a ideias novas” dentro das

organizações nem sempre é enfatizada da maneira como deveria, o que pode explicar a baixa percepção de progresso ou inovação mencionada no parágrafo. Em resumo, é compreensível que gerentes não afirmem que o trabalho não está progredindo conforme o esperado, dada a natureza de suas responsabilidades e as pressões associadas à função. A literatura moderna oferece várias razões para essa postura, desde o viés de otimismo até a pressão para entregar resultados e a gestão das expectativas dentro das organizações.

A análise da frequência na dimensão de orientação para as tarefas (Tabela 4), considerando o critério "objetivos da equipe" a maior parte da amostra está totalmente alinhada com os objetivos da equipe, indicando um trabalho em equipe eficaz.

Os dados indicam um forte trabalho em equipe, mas ao mesmo tempo revelam oportunidades de melhoria na capacidade de reflexão crítica e questionamento das práticas, apontam para a necessidade de fomentar uma cultura de aprendizagem contínua e inovação dentro das equipes.

Em seu conceito de segurança psicológica, Edmondson destaca a importância de criar um ambiente onde os membros da equipe se sintam à vontade para questionar práticas existentes e propor novas ideias sem medo de represálias. A ausência de reflexão crítica pode ser um indicativo de que a equipe ainda não desenvolveu plenamente essa segurança, o que limita a capacidade de questionamento. Para melhorar esse aspecto, é necessário promover uma cultura que valorize o feedback construtivo e o diálogo aberto sobre erros e falhas.

No estudo de inovação em equipes, West et al. (2014, p34) e seus colaboradores argumentam que equipes eficazes não apenas se alinham em torno de objetivos, mas também são capazes de criticar suas práticas e inovar constantemente. A reflexão crítica é um elemento essencial para o desenvolvimento da equipe, permitindo que ela ajuste suas práticas para se adaptar a novas condições e melhorar continuamente. A ausência de uma cultura de questionamento pode levar à estagnação, mesmo em equipes com bom desempenho geral.

Esses autores reforçam a ideia de que, embora o trabalho em equipe possa ser forte em vários aspectos, a ausência de reflexão crítica e questionamento das práticas pode representar uma barreira ao desenvolvimento contínuo e à inovação. Promover a segurança psicológica, a aprendizagem organizacional e a revisão constante dos processos são passos fundamentais para fortalecer ainda mais o desempenho da equipe.

A análise da frequência na dimensão "orientação para as tarefas" revela padrões significativos sobre a dinâmica de trabalho da equipe (Tabela 5). Essa análise discute a importância da "orientação para as tarefas" em um contexto organizacional, destacando a relação entre clareza de objetivos, comunicação eficiente e desempenho produtivo de equipes. Ao analisá-lo, podemos associar algumas das ideias com o pensamento de autores que exploram a dinâmica das relações de trabalho, a eficiência das equipes e a cultura organizacional.

Motta e Motta Sobrinho (1999, p 35) exploram como a cultura organizacional pode impactar a maneira como os objetivos são compreendidos e implementados nas organizações. Eles discutem que, em muitas empresas, a falta de clareza nos objetivos e falhas na comunicação entre líderes e suas equipes são frequentemente observadas. Isso está em consonância com a parte da análise que menciona uma frequência baixa na "orientação para as tarefas", que pode ser vista como um reflexo de problemas estruturais e culturais nas organizações.

Cortella (2018, p 35) ressalta a importância do propósito e do sentido de realização no ambiente de trabalho. Ele argumenta que, quando há um claro direcionamento para as tarefas e um alinhamento entre os objetivos pessoais e organizacionais, os colaboradores se sentem mais engajados e motivados, promovendo um ambiente de trabalho mais produtivo e colaborativo. Isso reforça a ideia de que uma alta "orientação para as tarefas" favorece a eficiência e a entrega de resultados, além de fortalecer os laços de colaboração e inovação dentro da equipe.

7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa proporcionou uma compreensão aprofundada do clima do trabalho em equipe entre os profissionais de nível superior da atenção primária à saúde, revelando aspectos cruciais que influenciam tanto a dinâmica colaborativa quanto a qualidade dos serviços prestados. Os resultados indicam que um ambiente de trabalho positivo, caracterizado por comunicação aberta, respeito mútuo e apoio entre os membros da equipe, é fundamental para o fortalecimento das relações interpessoais e para a eficácia das intervenções em saúde.

Além disso, identificamos que fatores como liderança efetiva, careza nos papéis e responsabilidades, e oportunidades de captação contínua são determinantes para a construção de um clima organizacional favorável. A presença de um clima de confiança e segurança psicológica se mostrou essencial para que os profissionais se sintam motivados a compartilhar conhecimentos e experiências, contribuindo assim para a melhoria dos processos de cuidado.

Por outro lado, desafios como conflitos interpessoais e falta de alinhamento nas metas coletivas foram apontadas como barreiras significativas que podem comprometer o desempenho da equipe. Portanto, é imperativo que as instituições de saúde adotem estratégias voltadas para o desenvolvimento de habilidades interpessoais e promovam iniciativas que fortaleçam o trabalho em equipe.

Em suma, esta análise não apenas destaca a importância do clima do trabalho e equipe na atenção primária à saúde, mas também sugere caminhos para intervenções práticas que visem aprimorar as relações profissionais e, consequentemente, a qualidade do atendimento ao paciente. Futuras pesquisas poderão explorar mais profundamente as interações entre esses fatores e seu impacto nos resultados em saúde, contribuindo assim para um sistema de saúde mais integrado e eficaz.

REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes et al. Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, e3203, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100384&tlang=n. Acesso em: 14 abr. 2023.

AGUIAR, L. S.; VIEIRA, I. P. G. F.; GUIMARÃES, R. M. A. (orgs.). *Guia do aluno UVA*. Sobral: Edições UVA, 2017. 71 p.

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho; LANCMAN, Selma. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49–58, 2009.

ANDRADE, Carlos Henrique Soares et al. O uso das tecnologias de informação e comunicação no ensino da disciplina de histologia. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 3359–3362, 2020.

AOYAMA, E. et al. *Brazilian Journal of Health*. *Brazilian Journal of Health*, v. 1, n. 2, p. 477–484, 2018. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/view/8>. Acesso em: 4 maio 2023.

ARAGÃO, Antônio Augusto Vieira de; OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araújo; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas. The use of the Delphi Method adjusted to evaluate the Stork Network: from Image-objective to Reality. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1–10, 2019.

BOCHATAY, Naike. Discussing teamwork in health care: from interprofessional collaboration to coordination and cooperation. *Health Information and Libraries Journal*, v. 36, n. 4, p. 367–371, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. Brasília, DF: Biblioteca Virtual em Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ-MORENO, Lídia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 229–233, 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CHAVES, Arlane Silva Carvalho et al. Uso de aplicativos para dispositivos móveis no processo de educação em saúde. *Humanidades & Inovação*, v. 5, n. 6, p. 34–42, 2018. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/744>. Acesso em: 6 jun. 2023.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CORTELLA, Mário Sérgio. *A sorte segue a coragem!: oportunidades, competências e tempo de vida*. São Paulo: Planeta, 2018.

D'AMOUR, Danielle et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 1, p. 188, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/147269638188>. Acesso em: 6 jun. 2023.

DE VOS, Ans; VAN DER HEIJDEN, Beatrice I. J. M. Sustainable careers: Towards a conceptual model. *Journal of Vocational Behavior*, v. 99, p. 43–55, 2017. DOI: 10.1016/j.jvb.2016.10.003.

DOLNY, Luise Lüdke et al. Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1–18, 2019.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; BOECK, Jocemara Neves. O trabalho em equipe na Enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709–720, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462015000300709&lng=pt&tlang=pt. Acesso em: 6 jun. 2023.

FRANÇA, Tania; RABELLO, Elaine Teixeira; MAGNAGO, Carinne. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 106–115, 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 389–415, ago. 2018. Disponível em: <http://orcid.org/0000->.

MOTTA, Fernando Prestes; MOTTA SOBRINHO, José Roberto. *Cultura organizacional e estilos de liderança: ferramentas para um mundo em mudança*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&tlang=pt. Acesso em: 2023.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 1–20, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462020000400401&lang=pt&tlang=pt. Acesso em: 2023.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601525&lng=pt&tlang=pt. Acesso em: 2023.

PERUZZO, Hellen Emilia et al. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 3, p. 721–727, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000300721&tlang=en. Acesso em: 2023.

REEVES, Scott et al. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. [S.l.]: [s.n.], 2010.

SILVA, Adriane das Neves et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099–1107, 2015.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da; OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 30, n. 4, p. 609–617, 2013.

SOUZA, Luciana Maria Oliveira et al. Construção de um aplicativo digital para o ensino do aprazamento de medicações. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 22284–22296, 2020.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; COSTA, Patrícia Pol. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 116–126, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500116.

TANEVA, Ivanka; ARNOLD, John; NICOLSON, Peter. Professional development: a review of the literature. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342612545_Professional_development_a_review_of_the_literature. Acesso em: 12 maio 2025.

WEST, Michael A. et al. *Effective teamwork: practical lessons from organizational research.* 3. ed. Oxford: BPS Blackwell, 2014.

**APENDICE A: DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS
POR MUNICÍPIO DA 11ª REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL**

CIDADE	251605	223293	223565 -	223415 -	223605 -	223810 -	225142 -	225234	225250 -	223710 -	251510	2241E1 -	223905 -	TOTAL
	-	-	ENFER	FARMAC	FISIOTER	FONOaudi	MEDIC	-	MÉDICO	NUTRICI	-	PROFISS	TERAPE	
	ASSIST	CIRUR	MEIRO	ÉUTICO	APEUTA	ÓLOGO	ODA	MÉDIC	GINECOL	ONISTA	PSICO	IONAL	UTA	
	ENTE	GIAO-	DENTIS	ESTRAT	EGIA	DE	ESTRA	PSIQUI	OGISTA E	OBSTETR	LOGO	DE	OUCAPAC	
	SOCIA	L	TA DA	ESTRA	TEGIA	SAUDE	TEGIA	ATRA	A	A	CLINIC	EDUCAC	IONAL	
			ESTRA	DE	SAUDE	DA	DE	DA E	DA E	ONISTA	CLINIC	AO	FISICA	
			TEGIA	DA	FAMÍLI	A E	SAUDE	225125	225125	OBSTETR	CLINIC	NA	ESTRAT	
			DE	DA	FAMÍLI	A E	DA	-	-	A	CLINIC	EGIADE	SAUDE	
			SAUDE	DA	FAMÍLI	A E	FAMÍLI	MEDIC	MEDIC	ONISTA	CLINIC	DA	FAMÍLIA	
			DA	DA	FAMÍLI	A	A	O	O	CLINIC	CLINIC	DE	FAMÍLIA	
			FAMÍLI	A	ENFER	MEIRO	MEIRO	GERAL	GERAL	CLINIC	CLINIC	EDUCAC	IONAL	
Alcântaras	1	6	15	-	-	1	6	-	-	1	1	1	-	32
Cariré	1	10	8	-	3	-	9	-	-	1	1	1	-	34
Catunda	-	5	5	-	1	-	6	1	-	1	1	1	1	22
Coreaú	1	7	9	1	2	-	7	-	-	1	1	-	-	29
Forquilha	-	6	11	-	1	1	9	-	-	1	2	-	-	31
Frecheirinha	-	7	7	1	2	-	7	-	-	1	1	1	-	27
Graça	1	4	14	1	3	-	9	-	-	2	2	1	-	37
Groaíras	2	5	7	1	3	1	6	1	1	2	2	1	-	32
Hidrolândia	1	5	8	-	1	-	9	-	-	1	2	-	-	27
Irauçuba	-	12	10	-	3	1	13	-	2	1	-	1	-	43
Ipu	-	14	24	-	1	2	15	-	-	1	1	2	1	61
Massapê	1	6	23	1	2	1	14	-	-	1	2	2	-	53
Meruoca	-	8	8	-	1	-	6	-	-	1	2	1	1	28
Morauá	-	3	4	-	3	-	4	-	-	2	1	-	-	17
Mucambo	1	5	6	-	3	1	7	1	-	1	1	-	-	26
Pacujá	3	3	6	1	1	-	3	-	-	1	1	1	-	20
Pires Ferreira	2	3	4	-	3	-	4	-	-	1	1	1	-	19
Reriutaba	1	5	15	2	2	-	9	-	-	1	2	1	1	39
Santa Quitéria	-	16	21	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	45
Santana do Acaraú	-	7	11	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	23
Sobral	-	96	119	18	23	-	166	-	-	12	19	17	-	470
Senador Sá	-	2	8	1	1	-	4	-	-	1	1	-	-	18
Uruoca	1	7	11	-	1	-	7	-	-	1	1	1	-	31
Varjota	1	7	19	-	1	2	10	-	-	8	3	1	1	53
TOTAL														

FONTE: CNES (06/2020)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLÉ)
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado(a) por Iara Martins Melo estudante do Mestrado Acadêmico Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará –UFC para fazer parte como participante da pesquisa intitulada **“Desenvolvimento e validação de aplicativo de Educação Permanente em Saúde para melhoria do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde”**, que objetiva validar um aplicativo multimídia em plataforma móvel para a melhoria do trabalho em equipe interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Venho por meio deste termo, solicitar sua participação respondendo a um questionário que poderá ser agendado conforme a sua disponibilidade ou via Google Formulários a ser enviado por e-mail. O conteúdo desse questionário sobre o clima de trabalho em equipe no serviço de saúde no qual você desempenha suas atividades laborais. O questionário é anônimo e será identificado apenas com um número, para garantir o seu anonimato e sigilo de sua resposta. A pesquisa não apresenta riscos diretos à sua saúde física, os riscos são mínimos e se referem a possibilidade de constrangimento e/ou desconforto com algum questionamento, sendo dado o direito de não responder a pergunta, e ainda a desistência da participação na pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo. Como benefícios diretos, ao fim deste estudo, o aplicativo a ser desenvolvido e validado proporcionará estratégias educativas que contribuem para a melhoria do trabalho em equipe assim como melhorias no processo de trabalho e qualificação do cuidado oferecido ao paciente.

Quanto a divulgação dos resultados, pode ficar seguro (a) de que sob hipótese alguma será revelada qualquer identidade.

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 sobre pesquisa com seres humanos você tem o direito e a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca da pesquisa; o anonimato das informações; a liberdade de se retirar a qualquer momento da pesquisa; a segurança de que não haverá divulgação de informações identificadas e que não será prejudicado(a) em qualquer instância dentro de qualquer instituição, por responder com sinceridade às perguntas feitas pelo pesquisador.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Iara Martins Melo

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Major Aaujo, 500, Centro, Groairas, CE.

Telefone para contato: +55 88 992768888

E-mail: iarammello@hotmail.com

Orientador: Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC), Bloco do Curso de Odontologia, Gabinete 6.

Endereço: Rua Conselheiro José Júlio, s/n, Centro, Sobral, CE.

Telefone para contato: +55 88 988085245

E-mail: jacques.maciel@sobral.ufc.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) situado na Universidade Estadual Vale do Acaraú/Centro de Ciências da Saúde, na Avenida Comandante Maurocélia Rocha Pontes, 150 – Derby, Sobral, CE; telefone: (0xx88) 3677-4255. Responsável: Maria do Socorro Melo Carneiro. E-mail: comite_etica@uvanet.br.

O CEP é a instância da Universidade Estadual Vale do Acaraú responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura das informações acima, você aceita participar da pesquisa?

Aceito

Não Aceito

Assinatura do(a) participante

Iara Martins Melo

Assinatura do pesquisador responsável

1^a. Via do TCLE: Pesquisador

/

2^a. Via do TCLE: Participante

**APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS DA
APS**

QUESTIONÁRIO NÚMERO:

PARTE 1 - DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

- Sexo: ()M ()F
- Idade: _____(anos)
- Estado Civil: Casado () Solteiro () União estável ()
- Raça/Cor: Branco () Negro() Pardo () Amarelo() () Outro:
- Categoria Profissional:
- Pós-graduação: () Mestrado () Doutorado
- Local de residência:
- Município de trabalho:
- Cargo ocupado:
- Exerce funções de gestão ou de chefia no serviço?

()Sim Qual? _____ ()Não

PARTE 2 – TEAM CLIMATE INVENTORY

Peça para que cada membro da equipe complete o seguinte questionário. Some os totais de todos os membros da equipe para cada uma das quatro sessões. Divida estes quatro totais pelo número de pessoas que responderam o questionário. Esta informação será utilizada para avaliar o clima para inovação em sua equipe.

PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Faça um círculo em torno da resposta mais adequada para cada pergunta.

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

PARTE 2: SUPORTE PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Por favor, indique quanto você concorda ou discorda com cada uma das declarações a seguir como descrição da sua equipe fazendo um círculo em torno do número adequado.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre seguindo em direção ao desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há assistência no desenvolvimento de novas ideias está facilmente disponível	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe fornecem suporte prático para novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Circule o número que indica apropriadamente o quanto cada afirmação descreve sua equipe.

	De nenhum modo		Um tanto			Completa-mente	
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Em que extensão você acredita que esses objetivos sejam compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Em que extensão você acredita que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Em que extensão você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Em pouquíssima extensão		Em alguma extensão			Numa grande extensão	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e suporte prático para possibilitar que você cumpra seu trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os fundamentos do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam suas ideias, uns com os outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7