



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TEODORA TCHUTCHO TAVARES

FATORES ASSOCIADOS À AVALIAÇÃO DO TRABALHO
EM EQUIPE NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

JOÃO PESSOA/PB

2023

TEODORA TCHUTCHO TAVARES

**FATORES ASSOCIADOS À AVALIAÇÃO DO TRABALHO
EM EQUIPE NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, cuidado e gestão em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

JOÃO PESSOA/PB

2023

TEODORA TCHUTCHO TAVARES

**FATORES ASSOCIADOS À AVALIAÇÃO DO TRABALHO
EM EQUIPE NOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/CCS/UFPB

Orientador

Prof^a. Dra. Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva

Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Juiz de

Fora

Membro externo

Prof^a. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/CCS/UFPB – Departamento de

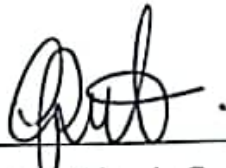
Clínica e Odontologia Social

Membro interno

TEODORA TCHUTCHO TAVARES

**FATORES ASSOCIADOS À AVALIAÇÃO DO
TRABALHO EM EQUIPE NOS NÚCLEOS AMPLIADOS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

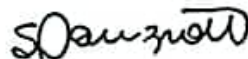
Banca examinadora:



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/CCS/UFPB

Orientador



Profª. Dra. Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva

Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Juiz
de Fora

Membro externo



Profª. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/CCS/UFPB –

Departamento de Clínica e Odontologia Social

Membro interno

Aprovada em 14/03/2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T231f Tavares, Teodora Tchutcho.

Fatores associados à avaliação do trabalho em equipe nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica / Teodora Tchutcho Tavares. - João Pessoa, 2023. 104 f. : il.

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

1. Saúde coletiva. 2. Interprofissional. 3. Atenção primária à saúde. 4. Avaliação em saúde. I. Brito, Geraldo Eduardo Guedes de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu irmão Sousa Jorge Alves. Em memória, meu sobrinho, Dráuzio Iofna Gouveia Nhanca (2020 – 2022) que viverá para sempre no meu coração, e aos estudantes de Graduação e Pós-Graduação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela sabedoria, força e perseverança que me foi dada no decorrer do curso, por colocar em meu caminho pessoas que me ajudaram a construir este trabalho.

Agradeço a minha mãe Judaica Baraca Pereira por tudo que fez e faz por mim, obrigada por ser essa mulher guerreira e incrível, por ser “mãe e pai” dos seus filhos, gratidão no fundo do meu coração.

Agradeço ao meu pai José Tchutchô Tavares que sempre acreditou em mim, a pessoa que me entende, e se orgulha de mim, à que me aconselha no momento certo, um homem honesto e sincero. Te admiro muito pai.

Agradeço profundamente as minhas tia-mãe Sábado Baraca Pereira e a Fina Baraca Pereira Gomes, e ao meu tio-pai Joaquim Gomes, a vocês devo a minha vida, e tudo que sou hoje é graças a vocês. Serão sempre meus pais. Gratidão!

Agradeço o meu irmão Sousa Jorge Alves, a pessoa que me colocou no avião, e falou “vá estudar Teodora, seja uma pessoa boa, vá adquirir o conhecimento e o poder de mudar a sua vida” obrigada Sousa.

Agradeço a minha maninha, Lara Siqueira Ayres, que foi fundamental desde o processo seletivo até realização desse sonho, ser titulada de Mestre em Saúde Coletiva.

Agradeço aos meus amigos e família, especialmente aos mais presentes a cada momento, obrigada pela paciência, pelo incentivo, e por acreditarem em mim, é por vocês que tenho maior admiração e respeito, contei e contarei sempre com vocês não importa onde estiver, serão minha vitória, obrigada por tudo.

Agradeço a minha irmã Dra. Mirela Gouveia Nhanca e ao seu marido Dr. Nino Júlio Nhanca, a Dra. Violeta Maria de Siqueira Holanda, pessoas mais incríveis que tive oportunidade de ter como família, obrigada pelo amparo, pelo amor, carinho. Serei eternamente grata.

Agradeço aos meus irmãos, Carmelino Gomes da Silva, Eufrágio Joaquim Candido e Diamantino Alves, pessoas que todos os dias seguram a minha mão. Essa vitória é nossa.

Agradeço aos meus oito mosquiteiros de graduação para vida (Grupo de Estudo), por serem leais, motivadores e excelentes profissionais.

Agradeço aos meus amigos Brasileiros (Tabacaria Comunista), que sempre me proporcionaram momentos incríveis. Vocês são especiais pra mim.

Agradeço carinhosamente a minha turma do mestrado pelo acolhimento. Agradeço aos colegas orientandos do professor Eduardo, em especial ao Emanuel dos Santos Nascimento por me ajudar no momento difícil. Os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida!

Gostaria de agradecer as pessoas que foram fundamentais para elaboração deste trabalho, meu orientador Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito e a Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, grata pelo apoio.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), por meio do Edital Universal de 2018 no processo no. 406998/2018-3. Agradeço a todos os envolvidos.

EPÍGRAFE

“Uma mente saudável deveria ser uma usina de sonhos. Pois os sonhos oxigenam a
inteligência e irrigam a vida de prazer e sentido”

(Augusto Cury)

RESUMO

Introdução. Entende-se como trabalho em equipe a junção de várias pessoas que unem esforços para solucionar determinado problema que têm em comum. Em outra vertente, quando duas ou mais pessoas trabalham juntas para executar uma tarefa, essa dinâmica permite compartilhamento de saberes de diversas categorias profissionais, e assim a colaboração facilita a produção do cuidado eficiente. Nesse contexto, o trabalho em conjunto entre as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e as Equipes de Saúde da Família (EqSF) possibilita a elaboração de estratégias como da educação permanente para os profissionais e para os usuários, identificação de problemas de saúde e elaboração de abordagens terapêuticas ampliadas. Com vistas a consolidar e apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviço de saúde e acrescer a cobertura, a resolutividade, a regionalização e a territorialização assim como ampliar as ações das AB, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), em 2008, sob a Portaria GM nº 154 de 24/01/2008. Em 2017, os NASF foram renomeados com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e passaram a se chamar Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB. **Objetivo.** Analisar os fatores associados à avaliação do trabalho em equipe entre profissionais do NASF-AB de duas capitais do Brasil. **Materiais e Método.** Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com 182 profissionais do NASF-AB, foram definidas como unidades-caso duas capitais do Brasil: João Pessoa, capital da Paraíba (PB), e Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul (MS). O processo de coleta foi realizado de fevereiro a março de 2020. Para coletar os dados, foi aplicado um questionário estruturado a uma amostra aleatória de trabalhadores de nível superior que compõem as equipes do NASF-AB. Para verificar a homogeneidade da amostra entre os municípios, foi realizado o teste de *qui-quadrado* (χ^2) para comparar a frequência de cada variável independente e dependente nos municípios de João Pessoa e Campo Grande. Para verificar a associação individual entre as variáveis dependentes e as independentes os desfechos foram ajustados nos modelos de Regressão Logística Binária e inseridas no modelo de Regressão Logística Múltipla, quando associados. As associações foram expressas em valores de Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A pesquisa foi aprovada pelas SMS das duas cidades, e pelos Comitês de Ética em Pesquisa de ciências da saúde da UFPB parecer no. 3.281.041 e da UFMS o parecer nº.3.584.953. **Resultados.** Verificou-se a predominância do sexo feminino (n=151; 83%), entre 25 a 45 anos de idade (n= 153; 84%), a maioria tinha mais de cinco anos de formado (n=137; 75,2%). Os trabalhadores satisfeitos com a comunicação entre seus parceiros da equipe (OR= 4,83; IC95% 1,52 – 16,49). Apresentaram mais chances de avaliar positivamente o trabalho interprofissional entre o NASF-AB e a ESF os trabalhadores com mais tempo no NASF-AB (OR= 5,82; IC95% 1,39 – 40,77) e que se sentiam realizados com o seu trabalho no NASF-AB (OR= 2,85; IC95% 1,31 – 6,40). **Considerações Finais.** É possível apresentar algumas proposições para qualificar o cuidado no âmbito da APS e do trabalho em equipe, e foi possível observar a adoção de práticas colaborativas para melhorar o serviço. Entretanto, é necessário capacitar e conscientizar os profissionais das duas equipes (NASF-AB e ESF) nas duas capitais estudadas, quanto ao trabalho compartilhado. Duas das seis competências para a colaboração interprofissional se associaram à avaliação positiva do trabalho em equipe, o que sugere que esse tema deve ser abordado em atividades de educação permanente. Ressalta-se, ainda, que os profissionais do NASF-AB, estudantes de Saúde Coletiva e demais profissionais da Saúde devem fazer atividades de capacitação pautadas no trabalho colaborativo interprofissional, com a finalidade de estimular debates entre os trabalhadores, para que adotem hábitos que proporcionem satisfação no serviço e práticas colaborativas.

Palavras-Chave: Avaliação em Saúde; Interprofissional; Atenção Primária à Saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Introduction. Teamwork is understood as the joining of several people who join efforts to solve a certain problem they have in common. On the other hand, when two or more people work together to perform a task, this dynamic allows for the sharing of knowledge from different professional categories, and then collaboration facilitates the production of efficient care. In this context, the joint work between the teams of “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)” (the Expanded Center for Family Health and Primary Care) and “Equipes de Saúde da Família (EqSF)” (the Family Health Teams) make it possible to develop strategies such as permanent education for professionals and for users, identification of health problems and development of expanded therapeutic approaches. With a view to consolidating and supporting the insertion of the Family Health Strategy in the health service network and increasing coverage, resolution, regionalization and territorialization, as well as expanding AB actions, the Ministry of Health created the Support Centers for the family health (NASF), in 2008, under Ordinance GM nº 154 of 01/24/2008. In 2017, the NASF were renamed with the reformulation of the National Primary Care Policy (PNAB) and were renamed Expanded Family Health and Primary Care Centers - NASF-AB. **Goal.** To analyze the factors associated with the assessment of teamwork among NASF-AB professionals from two capitals in Brazil. **Materials and Method.** This is a quantitative and cross-sectional study with 182 professionals from NASF-AB, two capitals of Brazil were defined as case units: João Pessoa, capital of Paraíba (PB), and Campo Grande, capital of Mato Grosso do Sul (MS). The collection process was carried out from February to March 2020. To collect the data, a structured questionnaire was applied to a random sample of higher-level workers who make up the NASF-AB teams. To verify the homogeneity of the sample between the municipalities, the chi-square test (χ^2) was performed to compare the frequency of each independent and dependent variable in the municipalities of João Pessoa and Campo Grande. To verify the individual association between the dependent and independent variables, the outcomes were adjusted in the Binary Logistic Regression models and inserted in the Multiple Logistic Regression model, when associated. Associations were expressed as Odds Ratio (OR) values and 95% confidence intervals (95%CI). The research was approved by the SMS of the two cities, and by the Ethics Committees in Health Sciences Research of the UFPB opinion no. 3,281,041 and the opinion nº 3,584,953 from the UFMS. **Results.** There was a predominance of females (n=151; 83%), between 25 and 45 years old (n= 153; 84%), most had more than five years of graduation (n=137; 75.2 %). Workers satisfied with communication between their team partners (OR= 4.83; 95%CI 1.52 – 16.49. They presented more chances to evaluate positively the interprofessional work between NASF-AB and ESF. Workers with more time in the NASF-AB (OR= 5.82; 95%CI 1.39 – 40.77) and who felt fulfilled with their work at NASF-AB (OR= 2.85; 95%CI 1.31 – 6.40). **Final considerations.** It is possible to present some propositions to qualify care in the context of PHC and teamwork, and it was possible to observe the adoption of collaborative practices to improve the service. However, it is necessary to train and raise the awareness of professionals from the two teams (NASF-AB and ESF) in the two capitals studied, regarding shared work. Two of the six competences for interprofessional collaboration were associated with a positive assessment of teamwork, which suggests that this topic should be addressed in continuing education activities. It should also be noted that NASF-AB professionals, Public Health students and other Health professionals should carry out training activities based on interprofessional collaborative work, with the aim of stimulating debates among workers, so that they adopt habits that provide service satisfaction and collaborative practices.

Key words: Health Assessment; Interprofessional; Primary Health Care; Collective Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Atributos e derivados da Atenção Primária à Saúde (2002)	28
Quadro 2. A Clínica Ampliada pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos (2009). 36	
Quadro 3. O Projeto Terapêutico Singular – PTS se desenvolve em quatro momentos, sintetizados a seguir (2009).	39
Quadro 4. Variáveis dependentes e independentes do estudo (2020).	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes e satisfação com o trabalho interprofissional – João Pessoa e Campo Grande - 2019 -----	59
Tabela 2 – Avaliação do trabalho interprofissional – João Pessoa e Campo Grande, 2019. -	60
Tabela 3 – Modelos brutos e ajustados de associação entre as variáveis independentes e avaliação do trabalho interprofissional no NASF-AB -----	61
Tabela 4 – Modelos brutos e ajustados de associação entre as variáveis independentes e avaliação do trabalho interprofissional no NASF-AB com a ESF -----	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo da Saúde
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico
EIP	Educação Interprofissional
EJARCI	Escala Jefferson de Atitude Relacionado à Colaboração Interprofissional
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos de América
Gof	Goodof Fitness
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituto do Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Odds Ratio
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde de Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPB	Universidade Federal de Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo geral	19
3.2. Objetivos específicos	19
4 REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1. O Sistema Único de Saúde Brasileiro	20
4.2. Histórico da Atenção Primária à Saúde	23
4.3. A reorganização da Atenção Básica no Brasil	31
4.4. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: conceito, aspecto normativo, objetivo e o processo de trabalho	35
4.5. A colaboração interprofissional	43
3.5.1 A comunicação interprofissional	43
3.5.2 Clareza de papéis no trabalho	44
3.5.3 Dinâmica de trabalho em equipe	44
3.5.4 Liderança compartilhada	45
3.5.5 Resolução de conflitos no trabalho	46
3.5.6 Atenção centrada no usuário	46
5 PERCURSO METODOLÓGICO	50
5.1. O desenho do estudo	50
5.2. O contexto do estudo	50
5.3. Os participantes	51
5.4. Instrumento de coleta dos dados	52
5.5. Coleta dos dados	56
5.6. A análise dos dados	56
5.7. Aspectos éticos	58
6 RESULTADOS	59
7 DISCUSSÃO	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
9 REFERÊNCIAS	75
10 APÊNDICES	86
APÊNDICES	86
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	86
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	95
ANEXOS	96
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPB	96
96	
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMS	99

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é definida como um conjunto de atividades de saúde, coletivas e individuais que visam ao desenvolvimento de ações por meio da promoção, da prevenção, da proteção, do diagnóstico, do tratamento das doenças, da reabilitação, da cura e da vigilância em saúde. Essas práticas envolvem o cuidado integrado e a gestão eficiente através de equipes interprofissionais, responsáveis pelos usuários em seus territórios (BRASIL, 2017). É importante ressaltar que a AB brasileira corresponde à Atenção Primária à Saúde (APS).

A AB foi criada na perspectiva de estruturar e reestruturar o Sistema de Saúde, é a porta de entrada preferencial, o centro de comunicação e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Suas funções se alicerçam nos valores da equidade, da igualdade social e do direito à vida humana, sem distinção de ideologia política, religiosa, classe socioeconômica e identidade de gênero. Um ponto fundamental para manter um sistema de saúde dessa natureza é a capacidade de atender, de maneira igualitária, a toda a população e monitorá-la em seu contexto social (BRASIL, 2017; OMS/OPAS, 2020).

Com vistas a consolidar e apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviço de saúde e acrescer a cobertura, a resolutividade, a regionalização e a territorialização assim como ampliar as ações das AB, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), em 2008, sob a Portaria GM nº 154 de 24/01/2008. Em 2017, os NASF foram renomeados com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e passaram a se chamar Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2008, BRASIL, 2017).

Conforme a orientação, os NASF-AB eram constituídos por uma equipe de diferentes profissionais da área de saúde que atuam junto com os das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiando as atividades práticas nas comunidades, sob a responsabilidade das equipes de saúde da família (EqSF). Essa estruturação foi definida pelos gestores municipais junto com as EqSF de acordo com as prioridades locais. É importante ressaltar que o NASF não se define como porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, entretanto como apoio às equipes de ESF (BRASIL, 2009).

O NASF-AB apoia a ESF desenvolvendo diversas ações colaborativas na Atenção Básica, com foco nos territórios, e tem como suporte as diretrizes do próprio NASF-AB, trabalhando em parceria com a comunidade, na perspectiva de manter uma comunicação de boa qualidade com os membros das equipes e os usuários (BRASIL, 2009; 2017).

Nesse contexto, o trabalho em conjunto entre as equipes do NASF-AB e EqSF possibilita a elaboração de estratégias como da educação permanente para os profissionais e para os usuários, identificação de problemas de saúde e elaboração de abordagens terapêuticas ampliadas (OPAS, 2017; LIONETTO et al., 2020; VENDRUSCOLO et al., 2020c). Entende-se como trabalho em equipe a junção de várias pessoas que unem esforços para solucionar determinado problema que têm em comum. Em outra vertente, quando duas ou mais pessoas trabalham juntas para executar uma tarefa, essa dinâmica permite compartilhamento de saberes de diversas categorias profissionais, e assim a colaboração facilita a produção do cuidado eficiente (D'AMOUR et al., 2008; BRASIL, 2017; REEVES et al., 2018; PEDUZZI et al., 2020).

A AB lida com diversidades e situações complexas, no entanto o atendimento integral requer a colaboração de diferentes categorias profissionais trabalhando com ações compartilhadas em um processo centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde e o matriciamento do trabalho diário. Nota-se que o processo de trabalho em equipe pode acontecer em várias situações, seja com estudantes de graduação ou pós-graduação, desenvolvendo alguma tarefa de forma colaborativa, o que não difere dos profissionais no serviço (BRASIL, 2017).

O trabalho em equipe fundamenta a importância da interação e da integração abrangente e horizontal entre os trabalhadores de diferentes categorias profissionais e é uma necessidade para o serviço de saúde pública e privada, do mesmo modo, essa dinâmica precisa ser concebida de maneira que estimule a reciprocidade das intervenções técnicas com todos envolvidos, uma vez que a prática se apoia no entendimento da troca de saberes e na lógica dialética em relação à ação instrumental e comunicativa. Ressalte-se, no entanto, que proporcionar uma comunicação adequada é o mesmo que proporcionar mais praticidade no serviço e melhorar sua qualidade (PEDUZZI et al., 2020).

Os profissionais do NASF-AB e os da ESF são orientados para trabalhar em colaboração, visando atender às necessidades da população, atentos ao bem-estar físico e mental e às condições ambientais. As equipes de NASF-AB se organizam a partir de planos da equipe ESF e da população, partindo de suas necessidades e prioridades, tendo em vista que esses dois aspectos são fundamentais na composição do NASF-AB (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2019), o que a literatura aponta como a prática centrada no usuário (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Segundo Maffisconi et al. (2018), a definição do território e sua população é um dos pontos primordiais para a organização e a atuação do NASF-AB, e é necessário que a ESF

trabalhe em colaboração com o NASF-AB, priorizando suas necessidades. Os estudos discutem sobre o processo de trabalho dos profissionais que compõem o NASF-AB e a ESF, a forma que permitem o compartilhamento do cuidado, a organização, o planejamento e outras ações, como a capacitação.

A integralidade é a principal diretriz praticada pelos profissionais do NASF-AB, que proporciona um aumento significativo na atenção integral aos usuários e em seu contexto social, familiar e cultural, assegurando o cuidado longitudinal. Entretanto, as práticas organizacionais de sistema de saúde através dessa integração, ações de promoção e prevenção das doenças não substituí a especialidade das redes (BRASIL, 2009; FREIRE et al., 2020; NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019). Convém enfatizar que a atenção integral entre as equipes do NASF-AB e da ESF contribui positivamente com a organização do processo de trabalho e diminui os riscos no serviço.

A articulação e o envolvimento dos profissionais do NASF-AB na elaboração de planos de trabalho com a ESF possibilitam uma atenção à saúde diferenciada e tem beneficiado os usuários de saúde e aumentando o nível de satisfação dos trabalhadores, fortalecendo e consolidando cada vez mais a integralidade do cuidado. O trabalho colaborativo no território proporciona o estabelecimento de vínculo e contato direto entre os usuários e os profissionais e com a Rede de Atenção à Saúde do SUS (FREIRE et al., 2020). Percebe-se que a clínica ampliada possibilita que os profissionais e os usuários reconheçam diferentes formas de cuidado de cada membro do NASF-AB e suas especialidades dentro do núcleo através de troca de saberes. Logo, a clínica ampliada e os espaços da partilha promovem autoconfiança dos trabalhadores (DOS REIS, JAIME, 2019).

Como já citado, a proposta da criação do NASF-AB é de ampliar o escopo de ações de AB e sua resolubilidade, a partir da estruturação de equipes multiprofissionais que atuam em parceria com a ESF compartilhando saberes, atendimento e atividades em seus territórios. O NASF-AB tem uma grande importância na AB, e assim como na ESF, sua implantação possibilitou a adesão de diferentes categorias profissionais e tem contribuído para melhorar a qualidade do cuidado no âmbito de atenção, por meio de várias ações, como as baseadas no modelo de apoio matricial, com isso o acesso ampliado (BRASIL, 2017). A lógica de apoio matricial é um espaço importante de encontros periódicos com as ESF na AB através de reuniões, que discutem sobre casos e assuntos e planejam ações em conjunto. Nessa ótica, é fundamental que a ESF esteja orientada a trabalhar com o NASF-AB, estando acessíveis para uma comunicação adequada, as pactuações e agendam espaços a essas atividades conjunto, já

que é uma equipe de apoio, seu processo de trabalho depende da colaboração e trabalho de ESF (BRASIL, 2014; BENVINDO, NUNES, ALMEIDA, 2021).

Considerando que o trabalho interprofissional é a característica principal dos NASF-AB, esta dissertação partiu das seguintes questões norteadoras: (a) Qual a satisfação de trabalhadores do NASF-AB com o trabalho interprofissional de suas equipes NASF-AB e dessas com as equipes ESF? (b) Quais fatores se associam à satisfação de trabalhadores do NASF-AB com o trabalho interprofissional de suas equipes NASF-AB e dessas com as equipes ESF? Para responder a tais questões, foi feito um recorte quantitativo do projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Interprofissionalidade na Atenção Básica” e financiado pela Chamada Universal (MCTIC/CNPq Nº 28/2018 - Universal/Faixa A, processo no. 406998/2018-3).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela carência de estudos de abordagem quantitativa que estimassem o grau de satisfação com o trabalho em equipe entre trabalhadores do NASF-AB e a inexistência de resultados que identificassem os fatores associados à satisfação. Nessa perspectiva, foi necessário avaliar a satisfação dos trabalhadores do núcleo e destacar a importância do trabalho interprofissional na AB. Percebe-se que a autoavaliação é compreendida como ponto inicial no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, especificamente, através dela, é possível melhorar a qualidade do cuidado, monitorar todos os profissionais, uma vez que facilita o reconhecimento das dimensões problemáticas do trabalho, assim como a gestão das equipes. Desse modo, é importante que seja permanente e contínua e sirva de meios para averiguar a realidade local, e a convivência entre os membros das equipes (Brasil, 2016).

Sabe-se que o NASF-AB não trabalha por meio de encaminhamentos da ESF, mas discute e decide os casos em conjunto, tanto no atendimento individual quanto em grupos. Nesse processo, são pactuadas as ações a serem realizadas, o NASF-AB por sua vez, oferece retaguarda para o cuidado integral, tendo responsabilidade sobre a população adscrita e sobre a própria ESF (BRASIL, 2014; BENVINDO, NUNES, ALMEIDA, 2021).

Um estudo realizado no Brasil com os trabalhadores de diferentes áreas mostrou que a satisfação no trabalho aproxima-se da saúde do profissional, fora e dentro do ambiente de trabalho, portanto, deve ser observada com atenção, assim como os fatores que se associam a ela. Todavia, o sentimento é o resultado da avaliação que um indivíduo tem sobre sua ação

profissional ou a realização por meio do seu trabalho, mas a motivação continua sendo elemento base (RUEDA, SANTOS, LIMA, 2012).

Outra importância deste estudo foi que buscou identificar os fatores que se associam à satisfação de trabalhadores do NASF-AB com o trabalho interprofissional de suas equipes – o NASF-AB com o NASF-AB e o NASF-AB com as equipes de ESF - considerando alguns componentes essenciais, como o afetivo emocional, que mostra como cada membro das equipes se sente no trabalho; e o cognitivo, que faz menção à percepção que cada profissional tem do contexto de trabalho, de forma coletiva, a partir de condições que regula as ações dos colaboradores no serviço, o processo de comunicação, compartilhamento das tarefas entre as equipes, a hierarquias, assim como estratégias que facilita a criação de vínculo afetivo com os usuários. Na literatura brasileira, não foram encontrados estudos quantitativos anteriores com esse objetivo, o que caracteriza o estudo em tela como inédito.

O estudo destaca, ainda, que é importante manter o NASF-AB como equipe presente na AB e a potência indutora de mudança de modelo assistencial por meio do trabalho interprofissional, contrapor-se a prática do modelo biomédico na prestação de cuidado, através de políticas que evidência a fragilidade de tal prática. Nessa ótica, o NASF-AB visa a construção de redes de atenção e cuidado a partir das necessidades dos usuários, considerando seus aspectos biopsicossocial, inserindo as ações colaborativa no campo da Saúde Coletiva para o alcance do cuidado integral (SANTOS, LANZA, 2014). Percebe-se que a atuação do NASF-AB junto com a ESF na AB proporciona um atendimento diferenciado, desvinculando-se de práticas tradicionais em saúde, portanto a permanência de NASF-AB é de suma importância.

Devido à importância do NASF-AB na AB e no fortalecimento do SUS, inclusive para justificar sua existência, uma vez que a Portaria 2.979 do Ministério da Saúde, revogou todas as portarias referentes aos NASF-AB e, portanto, extinguiu indução do Governo Federal para esse modelo de equipes na APS (BRASIL, 2019). A Nota Técnica nº 3 do Departamento de Saúde da Família, definiu ainda que a partir de 2020, o Ministério não realizaria mais o credenciamento de NASF-AB (BRASIL, 2020). Ademais, espera-se que seus resultados possam contribuir para a elaboração de estratégias que estimulem, qualifiquem e deem visibilidade à colaboração interprofissional no âmbito das equipes multiprofissionais de AB no Brasil.

O estudo também se coaduna com o objetivo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB, que visa instruir os pesquisadores e docentes, quanto a visão crítica sobre a realidade em que estão inseridos, a capacidade de desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão no campo da Saúde Coletiva, tal como promover atividades que contém conteúdo

referentes à promoção da saúde, educação em saúde e a realização de ações de pesquisa e extensão com base nos dados dos estudos já realizados, que este estudo proporciona. Desse modo, contribui para o desenvolvimento técnico-científico e social na área Políticas, gestão e cuidado e na área da Epidemiologia.

Ao desenvolver este estudo, percebe-se que havia necessidade de estudar mais sobre o tema, de procurar fontes necessários para sua elaboração, necessidade de participar nos eventos científicos do caráter, já que ainda poucas universidades ensinam a Educação Interprofissional na graduação participar nas pesquisas e extensão. O desenvolvimento dessa pesquisa e intenso estudo no assunto propiciou-se uma boa percepção acerca da necessidade e a importância de trabalho colaborativo entre os grupos, o que contribuiu significativamente para qualificação acadêmica e futuro profissional. Ressalta-se que a realização deste estudo teve grande contribuições do professor Eduardo Guedes de Brito, e, para além da contribuição a comunidade acadêmica, o conhecimento acerca de trabalho interprofissional, irá auxiliar futuros profissionais no serviço.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar os fatores associados à avaliação do trabalho em equipe entre profissionais do NASF-AB de duas capitais do Brasil.

3.2. Objetivos específicos

- a) Traçar um perfil dos trabalhadores e do processo de trabalho do NASF-AB;
- b) Analisar a avaliação dos profissionais do NASF-AB com o trabalho interprofissional no NASF-AB e do NASF-AB com as Equipes de Saúde da Família;
- c) Verificar as características dos participantes que se associam à avaliação do trabalho interprofissional do NASF-AB e do NASF-AB com as Equipes Saúde da Família.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Com vistas a construir a base teórica desta dissertação, foi construída uma criteriosa revisão da literatura. Inicialmente, foi escrito breve histórico do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Seguido Atenção Primária a Saúde. Posteriormente, apresentaram-se os principais pontos que culminaram na criação do NASF-AB e sua relação com ESF. Para concluir a revisão, discute-se a importância do trabalho em equipe e as competências para o trabalho interprofissional para a efetivação do trabalho em saúde, em especial, do NASF-AB.

4.1. O Sistema Único de Saúde Brasileiro

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, é o desenlace das propostas de movimentos sanitários que, na década de 1970 a 1980, estimularam os debates com o propósito de promover a Reforma Sanitária no país. Esse movimento mobilizou os profissionais de saúde, dirigentes institucionais, parlamentares, sindicatos, movimentos sociais, os estudantes da área de saúde e seus líderes acadêmicos. Buscavam instituir mudanças nas políticas e nas práticas de saúde desde o período de transição democrática, suas iniciativas tinham como propósito maior a defesa do projeto da reforma sanitária e condição das instituições de saúde, com isso, mobilizou e estimulou a sociedade do país a irem a luta pela democratização no setor de saúde e na sociedade (DIAS, 2011; BRASIL, 2020).

As políticas de saúde do Brasil, antes da década de 70, enfrentaram vários obstáculos, o que levou os profissionais de saúde, os itinerários terapêuticos e todos outros citados acima a buscarem meios de transformação para melhoria do sistema cada vez mais, e conseguiram conquistar espaços nas políticas pública. Estudos mostraram que, no início do séc. XX, o Brasil enfrentou várias epidemias causadas por doenças infectocontagiosas, como a peste bubônica, a malária, a tuberculose, a febre amarela e outras. Isso fez com que o Oswaldo Cruz, nomeado como diretor da saúde na época, junto com sua equipe de trabalho, considerasse as propostas dos movimentos, trabalhando juntos para erradicar essas enfermidades. Todavia esta erradicação não foi da forma pacífica, já que guardas sanitaristas adotaram estratégias violentas, e como consequência a revolta da população, decorrente de falta das informações de saúde, a revolta da vacina (MENDES, 1993; BARROS et al. 2011; BRASIL, 2020).

O caminho percorrido pela Reforma Sanitária ascendeu na criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, cujo objetivo era de lutar pela democratização da sociedade em prol da igualdade de direito social. Com efeito, a criação dessa entidade e os trabalhos realizados culminaram mais ainda na mobilização da sociedade, a exemplo da realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde em 1986, presidida pelo sanitarista Sérgio Arouca. Essa conferência foi a primeira que teve forte participação social, em virtude da mobilização dos movimentos no período (DIAS, 2011).

A estratégia da mobilização contribui para que as proposições fundamentais da VIIIª Conferência Nacional de Saúde fossem incorporadas na nova Constituição Federal. Garantiu-se “Saúde direito de todos e dever do Estado”, por meio de políticas sociais, econômicas com vistas à redução dos agravos das doenças e o acesso à saúde de forma universal e igualitária, assim como o investimento na promoção de saúde, na prevenção, na recuperação e na cura das doenças. Evidencia-se que a Reforma Sanitária conseguiu um efeito excepcional na história de saúde do Brasil com a contribuição do movimento social. Esse momento de democratização serviu para fazer mudanças consideráveis nas políticas de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; BRASIL, 2020).

Importante mudança no sistema na saúde da população brasileira foi o acesso universal a saúde que antes era restrita apenas a trabalhadores com carteira assinada, dado o caráter atrelado da saúde e previdência social, e as pessoas ricas. Antes da criação do SUS, as políticas de saúde eram mais focadas no tratamento das doenças do que na prevenção, especificamente para os trabalhadores formais através do que existia, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS não garantia nenhum cuidado médico para o restante da população e a maioria dos previdenciários era pobre, entretanto a classe média a alta pagava para o acesso as consultas, exames e outras. O foco da saúde pública no período era voltado especialmente para preservar a força de trabalho e assegurar o crescimento industrial no Brasil. E isso pendurou até a criação do SUS, que incluiu a descentralização como uma das diretrizes principais do sistema novo (GONDIM, GRABOIS, MENDES, 2011).

Em 1988, o SUS foi criado com base na Lei nº 8.080. Por meio dele, espera-se que toda a toda população brasileira tenha acesso ao cuidado universal, que os serviços de saúde sejam descentralizados e que controle social e o financiamento dos recursos públicos sejam fortalecidos (BRASIL, 1990a). Nessa lei, foram descritas as formas de organizar e de gerenciar os serviços de saúde, os princípios e as diretrizes do sistema nacional de saúde brasileiro, as competências e as atribuições de direção nacional, estadual e municipal. Como complemento, foi criada a Lei nº 8.142/90, uma lei orgânica que inclui a participação da comunidade na gestão

para acompanhar e fiscalizar as políticas de saúde, os conselhos e outros, em um arcabouço jurídico do SUS (BRASIL, 1990b).

A lei brasileira que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabelece, em seu artigo 7º, que "as ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal", obedecendo aos seguintes **princípios**:

- I. Universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade da assistência** à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. Divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade**;
- IX. Descentralização** político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. Integração** em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros**, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII. Organização dos serviços** públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em seu percurso longitudinal de trinta anos, enfrentou e ainda enfrenta dificuldades e desafios para manter e fazer cumprir, *a priori*, seus princípios e diretrizes, o que representa um grande desafio. Esses princípios e diretrizes se fundamentam no direito à saúde da população, na democratização da comunidade e na disponibilização do acesso aos serviços de saúde de forma igualitária. Paralelamente, procura assegurar que as diferenças sociais, de raça e de gênero não intervenha no livre acesso de qualquer cidadão, na perspectiva de diminuir ou cessar

as imparcialidades do passado antes da criação do SUS (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005; DA et al., 2015).

A criação do SUS foi necessária para a sociedade brasileira, e os profissionais que lutam por sua premência conseguiram vitórias nos ataques. Isso possibilitou o desenvolvimento de ações que focalizam diretamente a realidade e as necessidades da população, envolvendo os trabalhos dos profissionais, dos estudantes e dos pesquisadores comunitários, especialmente na forte influência de linhas de pesquisas e extensão (PAIM, 2018).

Segundo Smo, Schraiber (2015) e Paim (2018), desde que o SUS foi criado até os dias atuais, tem-se percebido uma redução na desigualdade social, nas causas de morbimortalidade e de sofrimento psíquico. Os autores referem que a saúde coletiva vem contribuindo para esses avanços, através de estudos, de pesquisas e do compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais e a comunidade, nas ações que ajudam a população a exercer um papel central nas políticas pública e na gestão.

A evidência sugere são necessárias mais produções científicas na área de saúde, debates parlamentares, estudos das ciências sociais, epidemiologia, política de gestão, planejamento em cuidado em saúde e a melhoria dos seus serviços. Dentre os obstáculos que impedem os avanços do SUS, destaca-se a redução de recursos. Exemplo disso é a grande diferença dos recursos que são repassados para o setor privado e o público (SUS). O setor privado, que só atende a 25% da população brasileira, beneficia 54% de recursos, no entanto o público, com apenas 46%, presta serviços para pouco mais de 70% da população (CAMPOS, 2018; PAIM, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS), que, no SUS, é denominada de Atenção Básica (AB), exerce um papel de destaque. Nas últimas duas décadas, a AB ampliou significativamente o acesso aos serviços de atenção à saúde. Porém, para além da ampliação em números e da melhoria de indicadores de saúde, espera-se que a ESF impulsione, também, um movimento de mudança no modo de prestar o cuidado em saúde. Nesse sentido, demanda das EqSF envolvidas uma nova organização da dinâmica de trabalho (BRITO, MENDES, SANTOS NETO, 2018). Assim, apresentaremos, a seguir, esse nível de atenção.

4.2. Histórico da Atenção Primária à Saúde

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reinterpretado e redefinido ao longo dos anos. Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu a APS com base

em três elementos principais: a garantia de acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, a agilidade sistemática sobre os determinantes do processo saúde-doença de forma ampla e o empoderamento individual, familiar e comunitário. Desse modo, envolve a atenção à saúde da população de forma coletiva e/ou pessoal, com ações de promoção, proteção à saúde, prevenção dos danos à integridade física, mental e social, os provocados pelas doenças perigosas ou as ações de detecção do diagnóstico precoce, tratamento, cura e reabilitação (OMS, 2020).

A primeira tentativa de reorganizar os serviços de saúde, por meio da APS, envolveu diferentes categorias sociais, como a população, entidades profissionais e outras redes, desde o mais básico aos especializados. Em 1910, os sistemas de atenção à saúde eram centrados na clínica do usuário e tratados de forma individual, sem considerar os aspectos sociais, familiares, nem a comunitária, o chamado Modelo Biomédico Flexneriano (EUA), também conhecido como modelo capitalista de saúde (BALDY, 1916; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Segundo Baldy (1916), Mendes (1985-1986), Pagliosa e Da Ros (2008), o termo Flexneriano derivou do nome de Abraham Flexner, que nasceu em Louisville, Kentucky e era filho de judeus alemães que, posteriormente, migraram para os Estados Unidos de América (EUA), onde cursou Artes e Humanidades. Flexner, em sua trajetória, escreveu seu primeiro livro, em que criticou o modelo educativo de saúde norte-americana que existia na época, entretanto, o lançamento desse livro chamou a atenção das autoridades. Logo após sua publicação e a repercussão, decidiu estudar Ciências Médicas no país e no Canadá. Nessa trajetória, visitou várias universidades e concluiu que a maioria delas precisava de uma reestruturação.

Flexner tinha noção da proporção da sugestão e decidiu buscar o embasamento em outro continente. Para isso, viajou para a Europa, com o objetivo de estudar mais sobre a Educação de Medicina, da França, da Alemanha e da Inglaterra. Dando seguimento ao processo, fez um estudo comparativo sobre a educação médica norte-americana com esses países da Europa. Quando concluiu esse estudo e com o embasamento científico que tinha alcançado em seus resultados, propôs a reconstrução do modelo de ensino da Medicina, com um estudo centrado na doença dentro do hospital focado apenas no paciente em sua particularidade (BALDY, 1916; MENDES, 1985;1986; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Flexner alegava que a doença é um processo natural e biológico, entretanto a condição da sociedade, a comunidade e os demais aspectos sociais não interferem no processo saúde-doença. Em suma, o modelo biomédico Flexneriano se baseava no aspecto biológico do ser humano, no mecanismo, era individualista, tecnicista e especialista em práticas curativas e só focava nas doenças e nos hospitais. Assim, Flexner conseguiu influenciar vários países do

mundo, inclusive Brasil, a adotarem o modelo, o que perdurou ainda na formação dos profissionais, sendo um modelo difícil de ser quebrado (MENDES, 1985; 1986).

Dez anos depois da implementação do modelo Flexneriano, em 1920, Bertrand Dawson apresentou um documento ao governo inglês, que se contrapunha ao modelo biomédico Flexneriano dos EUA. O documento, conhecido como o Relatório de Dawson, constitui-se a partir de uma referência e da organização do sistema de saúde inglês. O relatório propunha a implementação de um sistema de medicina preventiva e curativa, por meio de ações na Atenção Primária de Saúde, na Secundária e na Terciária. O relatório referido trouxe, pela primeira vez, na história do sistema de saúde, os conceitos de territorialização, de população adscrita, porta de entrada, criação de vínculo, o acolhimento, cuidado contínuo e referência e contra referência. O modelo de Dawson, que propôs que as ações de saúde fossem planejadas na APS e ela atuasse como coordenadora do cuidado, incluía a participação comunitária (MINISTRY OF HEALTH, 1920). No mesmo relatório, pondera-se:

Os serviços domiciliares de um dado distrito deve estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH, 1920, p. 44)

Percebe-se, então, que a referência e a contrarreferência faziam parte do plano no serviço de saúde desde 1920. No relatório, foram ressaltadas a importância dos serviços domiciliares e a contribuição das equipes especializadas com os generalistas. Essa concepção elaborada pelo governo inglês também influenciou a organização do sistema de saúde do Brasil e do mundo, definindo algumas características básicas, como a atenção primária à saúde, a regionalização e a integralidade.

A partir da regionalização, entende-se que o território é um espaço importante para a APS atuar, pois é onde as pessoas constroem sua vida, seus comportamentos sociais, culturais, econômicos ambientais e religiosos. Então, é fundamental promover ações de saúde de maneira afetiva e estimular a população a colaborar com os profissionais, na perspectiva de conhecer os hábitos e os costumes de cada integrante da comunidade, o que pode auxiliar os trabalhadores em relação à vigilância epidemiológica e ao controle social. Também podem participar das

decisões e aumentar a escuta de fala de ambas as partes, visando um atendimento de boa qualidade, como mostra o Ministério da Saúde do Brasil:

Territorialização e adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos dessa portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017, p. 06).

Em 1978, na Conferência Internacional da APS, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Declaração Alma-Ata, declarou-se a internacionalização do termo ‘Atenção Primária à Saúde’ (APS). A estratégia da organização de atenção à saúde baseia-se no fundamento de que é um setor capaz de atender à população, de maneira regionalizada, sistemática e contínua, e às necessidades de saúde do usuário, da família e da comunidade, sempre como foco na promoção, na prevenção, na reabilitação e na cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Após a leitura e o envio da declaração citada acima, os profissionais começaram a ter mais clareza sobre o objetivo e o foco da APS, a importância de ampliar atividades que envolvem a participação dos usuários e o cuidado holístico que devem prestar. Essa declaração ressaltou a necessidade de planejar e organizar estratégias de forma colaborativa e manter-se atualizado com as evidências científicas. Portanto a APS não se dá apenas nas ações básicas, mas também na complexidade de cuidado, observado na formulação de VIª declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (1978, p.03),

os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Nesse contexto de discussão sobre a importância da organização da APS, o relatório de Dawson também foi apresentado na conferência e reconhecido, conforme mostra a declaração de Alma-Ata, que propôs que as instituições de saúde elaborassem estratégias para proporcionar um atendimento de boa qualidade. Isso deveria ser feito junto com a comunidade, com a participação de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, parteiras, auxiliares e outros profissionais de saúde, além da sociedade e de seus líderes, o que se contrapunha ao modelo biomédico Flexneriano, no início do séc. XX. A importância da educação em saúde para prevenir agravos também foi ressaltada nessa declaração (PINTO et al., 2020).

A organização da Atenção Primária à Saúde, através da ESF, é um modelo que só existe no Brasil, criado para promover e priorizar as ações de promoção, prevenção e reabilitação das doenças de forma integral e contínua. Para tanto, orienta cada usuário de saúde, o familiar e/ou a comunidade, quanto à competência cultural, que pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares nos contextos físico, econômico e social. Nesse resgate histórico, é importante citar os atributos essenciais e derivados da APS propostos pela Bárbara Starfield (2002), uma das pesquisadoras importantes na área dos cuidados de saúde, que se tornou uma referência internacional, devido à sua capacidade de avaliar e entender a APS dentro dos sistemas de saúde, além de reafirmar a importância da equidade como um princípio ético e fundamental para a política de saúde.

Quadro 1. Atributos e derivados da Atenção Primária à Saúde (2002)

Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde	
Atenção ao primeiro contato	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial percebam-na como acessível e isto se reflita na sua utilização. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual) (p.61-62, 2002).
Longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (p.62, 2002).
	As unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns não sejam oferecidos eficientemente dentro delas. Isso inclui o

Integralidade	encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deverá explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes quanto para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deverá oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas e reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que, frequentemente, predispõe ou causa enfermidades (p. 62-63, 2002).
Coordenação	Requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais devem ser avaliados nas consultas subsequentes. Esse reconhecimento de

	problemas deve ser facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça esses problemas. Assim, tanto a continuidade quanto o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção (p.63-64, 2002).
Derivados da Atenção Primária à Saúde	
Orientação familiar	Reconhece que a família é um participante importante na avaliação e no tratamento de um paciente. As famílias têm o direito e a responsabilidade de participar, individual e coletivamente, da determinação e da satisfação das necessidades de saúde de seus membros. O cuidado centrado na família reflete uma compreensão da natureza, do papel e do impacto da saúde, da doença, da deficiência ou lesão dos membros da família e o impacto em sua estrutura, na função e na dinâmica familiar, bem como no histórico familiar de doenças tanto nos riscos de doença quanto na promoção da saúde dos membros da família.
Orientação comunitária	Refere-se ao cuidado que é prestado no contexto da comunidade. A característica distintiva da atenção primária orientada para a comunidade é que ela leva em consideração as necessidades de saúde de uma população definida. Portanto, preocupa-se com as necessidades de saúde não apenas dos pacientes e dos familiares atendidos pelo provedor, mas também das pessoas da comunidade cujas necessidades de saúde não

	estão sendo atendidas, e as características das comunidades que influenciam as necessidades de saúde de todos na comunidade.
--	--

Extraído do livro Atenção Primária a Saúde – Starfield (2002).

Segundo Brasil (2021), os desafios e os avanços da APS, ao longo dos anos, especialmente no atual panorama epidemiológico que o mundo está enfrentando por causa da covid-19, mostrou que as medidas e as estratégias adotadas foram de ampliar o acesso dos usuários ao serviço de APS, definido como umas das prioridades da Secretaria de Atenção Primária à Saúde para 2022. A partir desse planejamento e das medidas, foram criadas estratégias prioritárias, como a cobertura de APS, através do credenciamento de novas equipes de ESF, tendo como foco os usuários específicos, e a ampliação de Unidades Básicas de Saúde do Programa Saúde na Hora, Unidades de Saúde da Família Fluvial e equipes de Consultórios na Rua.

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, em todo o país, objetivou apoiar a informatização das unidades de saúde e qualificar os dados da APS. Entretanto, os desafios para o SUS, nesse período, foi o de diminuir o acompanhamento dos usuários da APS durante os dois anos da pandemia da covid-19, o que exigiu a criação de várias estratégias para enfrentar a situação e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado com os usuários, especialmente para os com doenças crônicas (BRASIL, 2022).

4.3. A reorganização da Atenção Básica no Brasil

No Brasil, a tentativa de reorganizar a APS iniciou-se em 1920, quando havia propostas diferentes entre os movimentos que foram bastante discutidas e apresentadas com sugestões controversas quanto ao modelo para AB no Brasil. Alguns se baseavam na importância de promover a educação em saúde a partir da atividade integral e contínua, com a prevenção das doenças, e outros, sobre a importância do modelo biomédico. Entretanto, o que foi proposto no Relatório de Dawson ganhou mais visibilidade para os dirigentes. A preocupação dos trabalhadores com a qualidade do serviço ofertada aos usuários era visivelmente importante, todavia o índice da restrição do acesso para a população mais humilde e a desigualdade social

ainda eram o motivo da resistência, uma vez que a classe alta acreditava ter mais direito à saúde do que o restante da população (MINISTRY OF HEALTH, 1920; LAVRAS, 2011).

Em 1925, Geraldo de Paula Souza, um dos membros da fundação da OMS, foi um dos primeiros a ressaltar sobre a formação dos trabalhadores e o treinamento multiprofissional. Ele garantiu que as sugestões válidas seriam implementadas e juntou-se com os demais para organizar e construir os primeiros postos de saúde no país, especificamente no estado de São Paulo. Assim, seguiu-se com a elaboração de projetos baseados na ampliação de serviços de postos de saúde, com a implantação e o funcionamento em outros municípios do interior do estado, com o mesmo objetivo: de tornar o acesso fácil e integral para a população residente na cidade e, conseqüentemente, prevenir as doenças epidêmicas que existiam na época (MASCARENHAS, 1973; CANDEIAS, 1988; TEIXEIRA, 2006; LAVRAS, 2011).

Historicamente, a Saúde Pública sempre foi um objeto de grande interesse de estudo para os pesquisadores, já que se trata da saúde social. Muito antes de década de 40, a comunidade científica referiu que a assistência, na época, só era voltada para ações de manutenção dos usuários, um tratamento considerado adequado e a prevenção de doenças. No período da colonização no Brasil, a população de baixa renda, os que estavam abaixo da linha da pobreza, os escravizados trazidos do continente africano e os indígenas eram tratados por curandeiros, barbeiros e, em alguns casos, chegavam a óbito por falta de assistência. Esse período foi marcado pela falta de políticas públicas voltadas para a saúde pública, entretanto os nobres tinham fácil acesso e os melhores serviços médicos (CHALHOUB, 1996; SOUZA, 2021).

Devido a esses ocorridos e à disseminação de várias doenças infectocontagiosas, por meio de contatos entre os habitantes, e ao número de casos que aumentavam, principalmente de doenças como febre amarela, varíola, cólera, entre outras, as autoridades entraram com uma ação com a finalidade de diminuir a disseminação, entre elas, a higienização pública, uma vez que os médicos e a população acreditavam que a sujeira era a causa dessas doenças, e a vacinação, mesmo que não era para todos nesse período. Mas as ações para combater as grandes epidemias das doenças infecciosas e parasitárias começaram com o engajamento árduo, o processo chamado de Saúde Pública, devido a essas ações. Convém enfatizar que não havia alguma lógica de território e/ou o foco em atributos e derivados, embora as ações visassem promover saúde e prevenir doenças de forma mais ampla (CHALHOUB, 1996).

Assim, por causa das controvérsias que houve de 1942 a 1960, no processo de criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no Brasil, registrou-se um grande avanço na organização de serviços de saúde pública, principalmente nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste

e Norte. Portanto, por meio desse progresso, os projetos foram desenvolvidos de maneira ágil, e os profissionais se interessaram mais ainda em reestruturar a APS. Exemplos disso foram a primeira prática de medicina comunitária, em 1970, sob a influência especial da reforma sanitária, a ampliação de instituições de ensino superior, além de debates entre os parlamentares e os líderes comunitários (CAMPOS, 2006; CAMPOS, 2008).

Depois do processo da reforma sanitária e da criação do SUS, a estruturação da APS foi definida como modelo-padrão para todas as regiões do país, por meio do Ministério da Saúde e da autoridade municipal, que estabeleceram normas e a liberação de recursos para manutenção. Todavia, o modelo adotado e a adaptação pelos Sistemas Nacionais de Saúde, em diferentes países do mundo, ainda enfrentam grandes desafios em relação à organização do serviço de saúde, apesar dos avanços. Isso reforça a assertiva de que é necessária a continuidade de estudos, pesquisas e extensão (BRASIL, 2017).

Em 1994, o Ministério da Saúde formulou o Programa Saúde da Família (PSF). Esse foi um marco importante na organização da saúde e no atendimento à população, devido à sua expansão e difusão ao potencial de inclusão crescente da comunidade adscrita na assistência e nos cuidados em saúde. Essa inclusão foi uma conquista dos movimentos durante a 8ª Conferência, que, pela primeira vez na história, teve a participação social nas tomadas de decisão em saúde (TEIXEIRA et al., 2020).

A mudança no nome Programa Saúde Família para Estratégia Saúde Família baseou-se no Relatório de Dawson. A APS não foi definida como um programa de atuação e finalização em um período determinado, mas uma ação contínua, de longitudinalidade, a fim de que a Equipe Saúde da Família (EqSF) pudesse prestar cuidado à comunidade com ações inovadoras e contínuas. A EqSF é formada por uma equipe multiprofissional, composta de, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, também podem ser acrescentados.

Já a ESF visa reorganizar a AB no Brasil, seguindo as recomendações do SUS, por meio do Ministério da Saúde e de gestores dos estados e dos municípios; ampliar e promover a qualificação e a consolidação da AB; facilitar a reorientação do processo de trabalho, com foco nos princípios e nas diretrizes da AB, e ampliar a resolutividade e os impactos na situação de saúde dos usuários e da comunidade (BRASIL, PNAP, 2012).

Com a reformulação, a ESF foi implementada em mais de 3.000 municípios, com mais de 15.000 equipes atendendo a mais de 52 milhões de pessoas no Brasil. Esse projeto deu um grande avanço no desenvolvimento, na dinâmica do atendimento e na resolução precoce dos problemas de saúde. De 2002 a 2020, houve um aumento significativo, a partir do momento em que vários outros municípios implementaram a EqSF, ampliando a cobertura para 98 milhões de pessoas. De 2013 a 2019, cerca de 60% (131,2 milhões de pessoas) já estavam cadastradas nas unidades básicas de saúde de seus municípios (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; PINTO; GIOVANELLA, 2018; TEIXEIRA et al., 2020; GIOVANELLA et al., 2021). Hoje esse processo de organização é mais importante ainda.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNABs) configura-se como resultado de várias experiências de um conjunto de atores envolvidos no processo de desenvolvimento e a consolidação do SUS, assim como os movimentos de usuários, sócios, gestores e trabalhadores das três esferas do governo. Isso possibilitou um avanço no processo de reestruturação e organização da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde e a conscientização dos profissionais para que incluíssem os usuários nas decisões da gestão, a criação de vínculo, o respeito ao seu contexto sociocultural e ambiental e os hábitos de vida com o dinamismo de ações territoriais, que contribuíram para melhorar o atendimento. Os estudos epidemiológicos no país e o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva também desempenharam papel importante (AQUINO, 2008; BARATA, 2013).

A lógica do PNAB tem uma similaridade com os principais objetos de trabalho do NASF-AB, como, por exemplo, a organização dos processos de trabalho dos NASF-AB, cujo foco são o território sob sua responsabilidade, a estruturação e a prioridade do atendimento dos usuários e coletivo, como troca de saberes, a capacitação e a responsabilidade de ambos. É necessário ressaltar que, com a atualização do PNAB no conceito da política, introduziram-se elementos ligados ao papel preconizado da AB na ordenação das redes de atenção e mostrou-se que é muito importante ampliar a implementação do NASF-AB nos municípios (BRASIL, 2012; 2017).

No campo da saúde coletiva, a epidemiologia executa um papel fundamental, visto que, na época em que houve várias crises no sistema de saúde, os profissionais e os pesquisadores conseguiram traçar as necessidades de reconstruir o conhecimento epidemiológico e melhorar a qualidade de vida da população de classe baixa, medidas de prevenção de doenças e intervenção em saúde com o desenvolvimento de novas tecnologias (SAMAIA, 2003; BARRETO, 2002).

A capacitação dos profissionais e dos estudantes na APS foi uma das pautas importantes para dirigentes na época. A relevância de estimulá-los a ampliar o conhecimento sobre a epidemiologia foi exposta nos debates e nas reuniões da Coordenadoria, que, a partir de então, teria mais chance de saber lidar com questões sobre classes sociais, desigualdade e discriminação de raça e de gênero no setor de saúde pública. Portanto, entende-se que estudar a epidemiologia e temas relacionados ao assunto é prioridade e um caminho para manter proporcionar um atendimento de boa qualidade aos usuários (BARATA, 2013).

A Atenção Básica é a porta de entrada do serviço de saúde, o campo da atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes denominada de Programa de Saúde da Família (PSF). A AB, definida como coordenadora do cuidado de saúde, monitora o estado de saúde dos usuários em seu território, o hábito alimentar e outros fatores de risco e garante que os encaminhamentos para a rede especializada e o retorno sejam cumpridos. A AB também passou a ofertar atendimento com diferentes profissionais de saúde, que compõem uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017; GIOVANELLA, 2018).

4.4.O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: conceito, aspecto normativo, objetivo e o processo de trabalho

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é conceituado como uma equipe multiprofissional, que trabalha em conjunto, uma estratégia inovadora, criado pelo Ministério da Saúde por meio da portaria GM nº. 154 de 24/01/2008. Seu objetivo é de apoiar a Estratégia Saúde da Família e melhorar a atenção e a gestão na Atenção Básica. O compromisso do NASF-AB é de promover conhecimentos, elaborar planos terapêuticos e criar estratégias para que os membros do NASF-AB e da ESF mudem de atitude (BRASIL, 2009). Importante ressaltar que o NASF- AB deve ter, no mínimo os seguintes profissionais (BRASIL, 2014).

O Apoio Matricial do NASF-AB tinha um perfil importante na articulação e na construção de uma relação entre os profissionais do núcleo e a ESF, através da cooperação e do compartilhamento de trabalho. O matriciamento é o conceito de horizontalidade de interprofissionalidade dinâmica na rede, e não, burocratizada. O apoio na organização do processo de trabalho e nas resoluções dos problemas que surgem no serviço entre os trabalhadores, os usuários e as familiares em relação ao cuidado são instrumentos que podem orientá-los para que tenham autonomia para solucionar problemas, quando necessário, no

território, como, por exemplo, surtos, epidemias, pandemia, além do conflito no local de trabalho (BRASIL, 2014). O apoio matricial do NASF-AB atuava como um mecanismo de reorganização do processo de trabalho e resolução de possíveis conflitos. E apresenta as dimensões de suporte como assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial sendo aquela que produz ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica que vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões se misturam nos diversos momentos. A definição de apoio matricial e mais ainda sua prática constituem aspectos relativamente novos no âmbito do SUS.

A Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, os profissionais de saúde na sua prática de atenção centrada nos usuários. Toda essa profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica se ajusta aos recortes teóricos de cada profissão de acordo com às necessidades dos usuários. Deste modo, pode-se observar que a Clínica Ampliada, pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos:

Quadro 2. A Clínica Ampliada pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos (2009).

1. COMPREENSÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: A Clínica Ampliada busca evitar abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma situação clínica, podem-se “enxergar” vários aspectos: patologias orgânicas, “forças sociais”, produção de subjetividade etc.) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da Clínica Ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos (pag. 25, 2009).
2. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICAS: Reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados idealizados de forma unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na Clínica Ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Ou seja, é necessário, em um grande número de vezes, alguma mudança na autoimagem e/ou na

expectativa pessoal do profissional de saúde em relação ao seu trabalho, de forma que ele não pretenda estabelecer uma relação unilateral com o paciente. Justamente, o reconhecimento da complexidade deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. Este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como também do compartilhamento com os usuários. O que significa dizer que, ainda que frequentemente não seja possível resultados ideais, aposta-se que aprender a fazer algo em várias dimensões do problema, de forma compartilhada, é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual unilateral. Ou seja, é evidente que as questões sociais e subjetivas não se “resolvem” de forma mágica e simples, mas fazer alguma atuação sobre elas (mesmo que seja apenas falar sobre, ou adequar uma conduta) geralmente tem muito mais efeito do que tentar fingir que elas não existem. Evidentemente este eixo da clínica compartilhada nos obriga a um reconhecimento da singularidade de cada situação, para ponderar o quanto é possível e necessário compartilhar diagnósticos e decisões (Pag. 25-26, 2009).

3. AMPLIAÇÃO DO “OBJETO DE TRABALHO”: As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou a especialidade sejam bem delimitados. No entanto, um desafio importante para a Clínica Ampliada na atualidade é que o objeto de trabalho restrito costuma produzir também nos profissionais um “objeto de investimento” restrito. O que significa dizer que se aprende a gostar e a identificar-se com procedimentos e atividades parciais no processo de tratamento. O que pode significar, por outro lado, NÃO gostar de outras atividades fora do núcleo profissional. Pior ainda, é possível que uma compreensão ampliada provoque uma grande sensação de insegurança profissional, porque necessariamente traz a necessidade de lidar com as incertezas do campo da saúde. Essas dificuldades fazem parte do desafio da Clínica Ampliada e não devem ser consideradas exceção, mas parte do processo de mudança e qualificação no processo de trabalho em saúde (Pag. 26, 2009).

4. A TRANSFORMAÇÃO DOS “MEIOS” OU INSTRUMENTOS DE TRABALHO: Os “meios” ou instrumentos de trabalho também se modificam intensamente na Clínica Ampliada. São necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), de lidar com condutas

automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais (Pag. 26, 2009).

5. SUPORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora (ainda que falsamente protetora), porque permite ao profissional “não ouvir” uma pessoa ou um coletivo em sofrimento e, assim, não lidar com a própria dor ou medo que, potencialmente, o trabalho em saúde pode trazer. Um exemplo clássico desse mecanismo inconsciente – ainda não de todo debelado – é a forma como serviços de saúde de oncologia justificavam o não atendimento ou o atendimento deliberadamente precarizado de pacientes “terminais” ou “fora de proposta terapêutica”. O argumento (sustentado pela cultura institucional) era de que os serviços deveriam ser voltados àqueles que tinham chances de serem curados. Com isso, os pacientes terminais ficavam sem atendimento: sem sedação, hidratação e outros procedimentos mínimos para uma sobrevida digna. Até hoje o Brasil é um país que ainda tem dificuldades na prescrição de analgesia para pacientes terminais – embora seja pródigo com a prescrição de ansiolíticos, antidepressivos e outros analgésicos “sociais”. O fato é que a dificuldade dos profissionais de lidar com a morte (em grande medida inconsciente) produzia argumentação falsa em relação ao atendimento de pacientes terminais, inventando uma falsa relação de mútua exclusão entre os pacientes com chance de cura e os, supostamente, sem chance de cura. Esse tipo de problema fica evidenciado na medida em que se propõe a Clínica Ampliada. Problemas crônicos, sociais ou subjetivos podem produzir a mesma reação nos profissionais de saúde que os pacientes terminais nos serviços de oncologia. Aqui o aspecto cognitivo é importante, mas não é suficiente, porque é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. É necessário, nesse processo, que se enfrente um forte ideal de “neutralidade” e de “não envolvimento” profissional, prescrito nas faculdades de saúde, que muitas vezes coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade. A partir disso, a gestão deve cuidar para incluir o tema nas discussões de caso (PTS) e evitar individualizar/culpabilizar profissionais que estão com alguma dificuldade em lidar com esse processo (por exemplo, enviando sistematicamente os profissionais que apresentam algum sintoma para os serviços de saúde mental). As dificuldades pessoais no trabalho em saúde refletem, na maior parte das vezes, problemas no processo de trabalho (a baixa grupalidade solidária na equipe, a alta conflitividade, a fragmentação etc.). Resumindo, o suporte aos profissionais de modo que

possam realizar uma Clínica Ampliada se justifica porque não é possível fazer clínica COM o outro sem lidar CONSIGO mesmo (Pag. 26-27, 2009).

Extraído de Caderno de Ministério da Saúde – NASF-AB, 2009.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) traz a discussão em equipe através dos casos clínicos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF-AB. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.

O PTS, representa um momento onde os profissionais apresentam suas opiniões para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos.

Quadro 3. O Projeto Terapêutico Singular – PTS se desenvolve em quatro momentos, sintetizados a seguir (2009).

DIAGNÓSTICO: Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade, psicológica, orgânica e social, é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando de certa forma as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento. Como operam os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Uma atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Ainda é forte o hábito na clínica dos profissionais de saúde de restringir-se somente aos problemas e dificuldades; enquanto que, buscando as potencialidades, é mais fácil encontrar aliados para o Projeto Terapêutico, lembrando que os desejos são, frequentemente, um bom sinalizador das potencialidades e vitalidades. Esse momento deve tentar captar como o sujeito singular é coproduzido diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a

rede social. Uma função também importante desse momento é produzir algum consenso operativo sobre afinal quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe 1 quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão. Na medida em que se conversa sobre hipóteses e problemas, é importante não se limitar a eles: até onde for possível, é muito útil na construção do Projeto Terapêutico investir nas explicações, na genealogia dos eventos e das pessoas envolvidas (por que tal hipótese ou fato ocorreu?) (Pag. 28, 2009).

DEFINIÇÃO DAS METAS: Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário. É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Escolher um profissional de referência, que na Atenção Básica pode ser qualquer membro da equipe de Saúde da Família independentemente da formação, é uma estratégia para favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no Projeto Terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas. O profissional de referência também aciona a equipe do Nasf caso aconteça um evento muito importante e articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do Projeto Terapêutico (Pag. 29, 2009).

AVALIAÇÃO: Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados (Pag. 29, 2009).

Extraído de Caderno de Ministério da Saúde – NASF-AB, 2009.

O PST A partir de definição ampliado da saúde, e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico como gestantes, hipertensos, assim a comunidade (BRASIL, 2009; 2014).

O propósito do NASF-AB não se limitou ao conhecimento técnico, à sensibilização dos membros da ESF em relação ao compartilhamento do serviço, porquanto também inclui a humanização do cuidado, a educação continuada e a atuação na promoção, na prevenção, na reabilitação, no tratamento e na cura. O NASF-AB visa ampliar a atuação das equipes, proporcionar cuidado integral na comunidade, aumentar a resolutividade das ações e organizar

o serviço pela clínica ampliada e apoio matricial. Importante ressaltar que o NASF-AB é composto de profissionais de diferentes categorias capazes de identificar diversos fatores que desafiam e dificultam o trabalho da ESF e a resistência deles em aceitar o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (PTS) (BRASIL, 2009; 2014).

Acrescente-se que a capacitação, a educação continuada e a produção de tecnologias são mecanismos utilizados para diminuir os acidentes no trabalho e garantir uma colaboração e uma comunicação de boa qualidade entre os profissionais e com os usuários. Essa é uma forma de garantir o alcance do principal objetivo do NASF-AB (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

Sob essa ótica, percebe-se que os instrumentos de orientação facilitam o desenvolvimento e a implementação das atividades planejadas juntas, visto que, nesse processo, ambas as equipes trocam seus saberes entre as especialidades e as experiências, visando à eficácia no trabalho e à satisfação dos envolvidos. Nesse contexto, verifica-se aumento de conhecimento teórico e prático e mais chances de obterem resultados positivos (SEMINOTTI, 2016; VENDRUSCOLO et al., 2020a). Logo, é necessário investir na lógica do NASF-AB, cuidar dos envolvidos, capacitá-los e estimulá-los a terem autonomia.

Na prática, os membros da equipe do NASF-AB traçam suas pautas com base nas necessidades da ESF e do território e apresentam problemas como aumento do número de crianças de zero a cinco anos com obesidade ou um alto índice de morte por infarto agudo do miocárdio (IAM) nos idosos. No entanto, o plano da intervenção segue a notificação das causas apresentadas. Assim, leva-se em consideração todo o aspecto biopsicossocial do indivíduo. Isso pode ser feito através de atendimento individual ou coletivo (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

De acordo com Hori (2014) e Quirino et al. (2020), para dar continuidade à orientação dos profissionais, criou-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma das ferramentas de tecnologia do trabalho do NASF-AB, que sugere que os profissionais tenham atitudes terapêuticas nas articulações entre eles e os usuários, que vinculem e integrem os processos, garantindo que sejam capazes de intervir em situações necessários e manter o cuidado. Ainda sobre o Projeto Terapêutico Singular, sua função clínica e organizacional começa com a programação e a organização da agenda dos profissionais e o atendimento no serviço e no domicílio (HORI, 2014).

O projeto foi pensando com o intuito de qualificar os membros da ESF e sensibilizá-los, com o objetivo de diminuir a resistência e de adotar novas práticas, principalmente para os profissionais com mais tempo de trabalho na AB. Os profissionais do NASF-AB dispõem de ferramentas capazes de tornar o processo de trabalho menos difícil, com um atendimento de

boa qualidade, devido às especificidade dos trabalhadores (HORI, 2014; QUIRINO et al., 2020).

Evidências apontam a forma como os profissionais do NASF-AB planejam suas atuações baseados nas questões levantadas no território nas ESF, em que as atividades podem ser planejadas em curto, médio e longo prazos, a depender dos casos. Ressalta-se que, na construção do trabalho, o cuidado segue a recomendação do MS com base na realidade local, considerando todos os fatores. O conhecimento desse ponto é de suma importância para cada membro da equipe (BRASIL, 2009; HORI, 2014).

Outros requisitos do processo de trabalho do NASF-AB são o monitoramento e a avaliação das atividades, antes e depois de serem aplicadas. O protocolo visa garantir que o trabalho ocorra da melhor forma possível. Nesse processo, os profissionais avaliam e revisam cuidadosamente os planos de trabalho (REIS et al., 2016). Estudos mostram o quão fundamental é manter a comunicação adequada entre os envolvidos, já que é a chave e o elemento capaz de viabilizar o trabalho planejado. Sabe-se que, na coordenação do cuidado, o NASF-AB atua por meio de consulta compartilhada com a equipe da ESF, na unidade e nos domicílios, portanto amplia o olhar do cuidado e as buscas por novas estratégias, além de facilitar a reavaliação de plano terapêutico para os usuários (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019; QUIRINO et al., 2020).

O NASF-AB também auxilia a equipe da ESF a elaborar referências robustas sobre os encaminhamento dos usuários aos serviços especializados, na oferta de cuidado integral, na resolutividade do problemas, na longitudinalidade do cuidado e em meios que garantam o retorno do usuário ao serviço (BRASIL, 2009; VENDRUSCOLO et al., 2020b). Apesar de ser uma estratégia inovadora para apoiar a equipe da ESF, o NASF-AB tem enfrentado várias dificuldades no campo de atuação. Segundo Silva (2019), uma das principais fragilidades na integração entre os membros do NASF-AB e a EqSF é o comportamento individual de cada profissional em relação a resistir não compartilhar os casos e os encaminhamentos dos usuários ao acompanhamento contínuo. O estudo ressalta, ainda, a necessidade de investir nas discussões de casos e no trabalho em conjunto de projetos terapêuticos singulares, na perspectiva de consolidar a interação no serviço.

Diante do exposto, fica claro que a capacitação dos profissionais de ambos os grupos vai além da produção de conhecimentos teóricos, porque essa é uma dimensão de suporte no campo da prática e da produção de ações clínicas diretamente com os usuários, que fortalece os serviços de AB (BRASIL, 2017; SILVA, 2019).

Em 2020, o Programa Previne Brasil acabou com o financiamento, revogando as normas e os parâmetros de custeio do NASF-AB. Esse processo de desmonte propõe que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde adotem novos modelos para a atuação dos profissionais já credenciados, para que continuem atuando de forma individual. Isso vai de encontro aos aspectos centrais da missão do NASF-AB, o apoio e o compartilhamento de responsabilidades e discussões de casos clínicos, promovendo uma atuação integral entre os membros das equipes nas unidades de saúde e na comunidade (BRASIL, 2017). É evidente que o desmonte do NASF-AB afeta diretamente a positividade do atendimento que os usuários vinham tendo, o que preocupa os profissionais, já que aumenta a chance de retorno ao atendimento centrado na clínica, o que dificulta, cada vez mais, a integração dos trabalhadores.

4.5. A colaboração interprofissional

Neste item, apresentam-se as diferentes competências do trabalho e a colaboração baseada na matriz canadense, e a interprofissionalidade do trabalho do NASF-AB e dele com ESF. Vale ressaltar que os formuladores políticos do Canadá, da Nova Zelândia, dos Estados Unidos e do Reino Unido sugerem mudanças curriculares dos profissionais de saúde, com o objetivo de estimular os estudantes a adquirirem competências por meio da Educação Interprofissional – EIP, a fim de facilitar a prática colaborativa no serviço. Nesse contexto, tanto os profissionais quanto os estudantes podem desenvolver competências em forma de conhecimentos, atitudes e habilidades ao longo da carreira, o que proporciona a capacidade de desenvolver um trabalho colaborativo entre as equipes do NASF-AB e da ESF e de garantir uma assistência contínua e segura (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

3.5.1 A comunicação interprofissional

A comunicação interprofissional é um diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, seja no mesmo ambiente de trabalho ou não. Por meio dela, os trabalhadores conseguem interagir, relacionar-se, proporcionar um cuidado eficaz e alcançar melhores resultados (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010). Para isso, é essencial que seja de boa qualidade, para evitar informações equivocadas e acidentes no trabalho. Portanto a comunicação interprofissional é o principal elemento no serviço de saúde (PREVIATO, BALDISSERA, 2018; ESCALDA, PARREIRA, 2018; PERUZZO, et al. 2018).

Existem diferentes formas de comunicação com o avanço da tecnologia, nos últimos anos, a comunicação passou a ser feita de diferentes formas, como a troca de e-mails e de mensagens nas redes sociais e em outros aplicativos, uma tendência a viabilizar a comunicação entre os profissionais. Todavia o diálogo físico é mais eficaz, porquanto estabelece relações afetivas, cria vínculos e quebra barreiras (FERNANDES, et al, 2015; NASCIMENTO, et al. 2018; PREVIATO, BALDISSERA, 2018), razão por que é necessário investir em uma comunicação de boa qualidade. Estudos mostram que a boa comunicação interprofissional é de responsabilidade de cada membro da equipe. Ela requer cuidado, atenção e disponibilidade, visto que sua falta resulta em erros graves contra a vida do usuário (REIS, ANDRADE, 2008; SAKATA, MISHIMA, 2012; KLEIN, D'OLIVEIRA, 2017).

3.5.2 Clareza de papéis no trabalho

A clareza de papéis entre os membros da equipe do NASF-AB requer o conhecimento de cada profissional quanto à sua função, assim como o uso dela no serviço através da colaboração e do desenvolvimento das tarefas (JACOWSKI, et al., 2016; MARIN, RIBEIRO, 2018). Segundo Moretti-Pires, Campos (2010), Marin e Ribeiro (2018), é essencial que as funções dos membros sejam claras, do desenvolvimento das atividades mais simples às mais complexas, e que reconheçam suas limitações. Isso se justifica porque a falta de entendimento impossibilita que seja feito um trabalho de boa qualidade. Por isso se sugere capacitação continuada para os profissionais, assim como a valorização dos seus trabalhos (ESCALDA, PARREIRA, 2018; MARIN, RIBEIRO, 2018; PERUZZO, et al., 2018).

3.5.3 Dinâmica de trabalho em equipe

A dinâmica do trabalho em equipe envolve ações por meio das quais se pode estimular a integração dos colaboradores em contextos diferentes, no desenvolvimento de habilidades e as perspectivas do trabalho de acordo com o interesse da instituição (TEIXEIRA, COUTO, DELGADO, 2017; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018a). A dinâmica do trabalho em equipe é um componente de relação interpessoal e facilita a aproximação entre os profissionais, o que aumenta a proatividade e a produtividade e proporciona mais engajamento nas ações comunitária e institucional (REUTER, SANTOS, RAMOS, 2018; SILVA, TAVARES, 2016).

A dinâmica de trabalho tem vários benefícios, porque fortalece a equipe, a cultura organizacional e a autoavaliação e possibilita avaliar o comportamento de cada profissional,

seus pontos fortes e as limitações. Portanto, a observação cuidadosa é fundamental, caso contrário, dificulta o reconhecimento de sinais que merecem atenção da equipe (FERNANDES, et al, 2015; VILLA, et al. 2015).

As ações separadas ou a justaposição entre as equipes do NASF-AB e da ESF revela desacordos entre os membros das equipes, como o descumprimento do objetivo da criação do núcleo, colaboração ineficaz, aumento da desvalorização das categorias e da resistência do profissional e dificuldades para delimitar as especificidades e as responsabilidades (PERES, et al. 2011; KELL, SHIMIZU, 2010; PERUZZO, et al. 2018).

3.5.4 Liderança compartilhada

O trabalho em equipe exige a colaboração interprofissional e a flexibilidade dos líderes na organização do processo de trabalho e na divisão das atividades de acordo com a habilidade de cada profissional. Portanto, pode-se definir a liderança compartilhada como um meio de descentralizar o poder hierárquico de uma gestão, em que as decisões, a delegação de tarefas e o desenvolvimento de planos de ações não são uma tarefa somente do líder, mas também de vários membros da própria equipe (SILVA, TAVARES, 2016; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018; NASCIMENTO, et al. 2018).

Os autores afirmam que é incomum a prática do compartilhamento. Essa postura desperta o sentimento de vigilância e de desconfiança entre os membros, o que dificulta a colaboração profissional (FERNANDES, et al, 2015; ESCALDA, PARREIRA, 2018). Entretanto, é essencial que saibam que a liderança compartilhada é o efeito de um processo de humanização e vem sendo implantada nas instituições de saúde devido à capacitação dos funcionários e suas disposições para mudar atitudes e tornar o serviço mais produtivo e satisfatório para todos os envolvidos. O compartilhamento de tarefas é o poder dividido entre todos da equipe (KLEIN, D'OLIVEIRA, 2017; FARIAS, et al., 2017).

Segundo Klein e D'oliveira (2017), existem fatores que interferem diretamente na colaboração dos profissionais, como a falta de coordenação e a desarticulação dos líderes do NASF-AB com a ESF. Isso, conseqüentemente, fragiliza o desenvolvimento das atividades e gera conflitos e resistência. Há uma grande dificuldade no compartilhamento de funções na AB entre o NASF-AB e a ESF, principalmente quando não há transparência nem relações de confiança, a dificuldade em alinhamento entre equipe, mais que baixa atenção ao engajamento pessoal o que culmina na centralização de ação. Nessa ótica, a educação continuada dos profissionais é relevante quanto à adesão ao modelo de trabalhos compartilhados, visto que leva

o setor a um novo patamar nos quesitos eficiência, produtividade, cuidado de boa qualidade e satisfação dos usuários.

3.5.5 Resolução de conflitos no trabalho

Os conflitos no trabalho se configuram quando os membros têm opiniões, ideias ou objetivos diferentes. Portanto resolver conflitos é a arte de abordar essas diferenças e de encontrar um objetivo em comum que permite que os grupos trabalhem juntos de forma pacífica na disputa que os opõe. O momento possibilita que os trabalhadores de saúde se envolvam mais entre si e com os usuários (FERNANDES, et al, 2015; SILVA, ARANTES, FORTUNA, 2019).

Na resolução de conflitos, a comunicação interprofissional é sobremaneira importante quando é utilizada da melhor forma para encontrar a solução do problema e prevenir gestão de conflitos e informações inadequadas. Todavia, a resolução de conflitos é uma das competências pouco valorizadas na formação dos profissionais de saúde, e isso fragiliza as relações dialógicas entre os profissionais (ELLERY, PONTES, LOIOLA, 2013; LANZONI, MEIRELLES, 2013). Esses estudos também mostram que investigar as causas do conflito, melhorar a escuta ativa, trabalhar a empatia e a imparcialidade nas equipes e não focar apenas na busca por culpados são passos importantes para resolver problemas no trabalho e estimular o comprometimento em resolução.

3.5.6 Atenção centrada no usuário

Os profissionais de saúde precisam entender que a atenção centrada nos usuários envolve todas as etapas de decisão sobre sua saúde, que não envolve apenas o tratamento clínico, mas também aspectos biopsicossociais e econômicos. O cuidado centrado no usuário faz parte de uma prática focalizada principalmente nos fatores que influenciam a saúde do indivíduo e envolve a colaboração interprofissional e uma boa comunicação, o que impacta positivamente na qualidade do serviço (SAKATA, MISHIMA, 2012; ESCALDA, PARREIRA, 2018). Logo, espera-se que os membros da equipe do NASF-AB e da ESF procurem se integrar com os usuários e a comunidade, criar vínculos com eles e estimular suas participações no processo (VILLA, et al. 2015).

De acordo com Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), as equipes podem perceber a melhoria na qualidade de vida dos usuários a partir da notificação de casos,

na mudança de hábito, na adesão ao processo e nas visitas domiciliares (BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018b). Escalda e Parreira (2018) sugerem que os planos das ações das equipes sejam direcionados à comunidade de acordo com suas necessidades e por meio de combinações relativas às datas, aos horários e ao tempo de duração, visto que o envolvimento de ambos no processo facilita o entendimento e aumenta a produtividade do cuidado e a satisfação da população.

Conforme a literatura, a proximidade dos profissionais com os usuários favorece a identificação de suas reais necessidades e cria vínculos com eles, que aderem às ações propostas e pactuadas, sentem-se à vontade para expor seus sintomas e desafios, têm mais probabilidade de seguir as orientações e se sentem confortáveis por fazer parte do cuidado (OLIVEIRA, SPIRI, 2006; DE OLIVEIRA, MORETTI-PIRES, PARENTE, 2011; CAMARGO, ANJOS, AMARAL, 2013).

É de suma importância, observar que a essência interprofissional do trabalho colaborativo de NASF-AB e dele com ESF traz um avanço e melhoria no serviço de saúde. Segundo Júnior et al. (2019, p.14), a interprofissionalidade é conceituada como um grupo de profissionais a partir de duas, três ou mais profissões, que se juntam em um processo de aprendizagem ou em exercício profissional no mesmo ambiente, interagindo entre si, como, por exemplo, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um médico, um farmacêutico, entre outros, compartilhando o trabalho em busca de estratégias de cuidado para determinado grupo de pessoas em um território.

A literatura mostra que a interprofissionalidade pode ser entendida como uma interação das práticas profissionais, uma interdependência entre si no próprio ambiente do trabalho, em que se necessita da colaboração das equipes que compõem a unidade de saúde, especialmente a Atenção Básica. O objetivo da interprofissionalidade é similar ao da AB - de prestar serviços de boa qualidade aos usuários. Quanto à prática interprofissional colaborativa, refere-se à articulação entre membros de diferentes serviços da rede de atenção à saúde, com o intuito de organizar o cuidado com novas práticas clínicas que fomentam a integração dos trabalhos da rede de cuidado entre a AB e outros serviços especializados (JUNIOR et al.; MATTOS et al. 2019).

A interação entre os profissionais de diferentes categorias é um ato transversal de conhecimento e agrega troca de saberes, portanto merece destaque. A Organização Mundial da Saúde (2010, p.7) define a Educação Interprofissional (EIP) como um campo de aprendizagem entre duas ou mais profissões, com o fim de estimular a colaboração por meio do trabalho em grupo. É essencial introduzir a EIP nas escolas técnicas e nas Instituições de Ensino Superior

(IES) e criar ambientes em que os grupos de estudantes ou profissionais desenvolvam ações com membros de diferentes áreas do conhecimento ou especialidade. A colaboração interprofissional faz parte de um conjunto de estratégias inovadoras criadas pelo MS, que desempenha um papel importante na redução da crise no ambiente de trabalho em saúde (OMS, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) (2016, p. 69),

a colaboração interprofissional é reconhecida como uma estratégia inovadora e uma das soluções mais promissoras para ajudar a aliviar a crise mundial da força de trabalho em saúde. A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de diferentes formações se reúnem para oferecer serviços integrais no trabalho com pacientes, suas famílias e comunidades, a fim de prestar a mais alta qualidade de atendimento em todos os ambientes.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que, se as instituições de educação se conscientizarem de que é sobremaneira importante implantar a EIP, os envolvidos nesse processo poderão construir uma base sólida para garantir uma prática colaborativa de boa qualidade, uma vez que uma boa colaboração interprofissional e uma excelente comunicação podem transformar o ambiente de trabalho, já que sua dificuldade impossibilita todo o processo de planejamento e elaboração de estratégias de cuidado. Costa et al. (2018, p. 56) asseveram que a prática colaborativa

é um conceito que está relacionado com a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas. A prática colaborativa mantém forte relação com a centralidade do usuário, família e comunidade, e suas necessidades, na ordenação da interação que marcam o exercício dessas práticas.

O sistema de saúde do Brasil é orientado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade e pela participação de diferentes categorias profissionais que atuam nas unidades de saúde e na educação dos estudantes da área. Nesse sentido, estimular a colaboração interprofissional é fundamental para um serviço de boa qualidade (MATTOS et al., 2020; SÁ et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2021; DURANS et al., 2021).

Logo, com base no referencial teórico apresentado, este estudo traz contribuições significativas para o serviço de saúde brasileiro, através da apresentação de dados atualizados e relevantes acerca da atuação do NASF-AB, em relação ao trabalho que tem feito desde sua

implementação nos municípios. Os profissionais que atuam no NASF-AB têm desenvolvido atividades de saúde ambulatoriais a domiciliares com frequência, responsabilidade e aperfeiçoamento de forma compartilhada com a equipe de ESF, o que reforça a importância de acesso integral à saúde. Este estudo e seus objetivos se afinam com os interesses da APS e do SUS de aprofundamento teórico e profissional, logo, há uma boa *interface* com o objetivo da criação do NASF-AB. Um estudo similar deixou claros os impactos que os membros do NASF-AB desempenham na qualidade de vida dos usuários do SUS (SALES, et al., 2020).

Quando o NASF-AB foi criado em 2008, com a finalidade de consolidar a APS, através de ações integradas entre diferentes categorias profissionais, o foco era melhorar o serviço cada vez mais, com atendimento com diferentes olhares, o que vem sendo feito desde então, conforme mostram os estudos citados acima. Entretanto, novas medidas do governo anterior em relação ao bloqueio financeiro indicam que esse trabalho compartilhado foi extinto, consequentemente retrocede o progresso no sistema de saúde e na vida dos usuários do SUS.

Nessa ótica, ressalta-se a necessidade de pensar, com urgência, sobre a defesa contra tais ataques a partir dos resultados dos estudos e deixar claro o impacto do NASF-AB nos trabalhos partilhados com a ESF, que atua e promove educação permanente dos profissionais, com ações que capacitam os demais usuários sobre o autocuidado. É perceptível o grande desafio, mas que pode ser atravessado por meio de evidências científicas.

Ao analisar as variáveis do estudo sobre o sentimento dos profissionais que participaram da pesquisa, ampliou-se o olhar para as ferramentas utilizadas no serviço que podem assegurar a continuidade ou descontinuidade de processo. Os profissionais do NASF-AB têm provado sua importância na intervenção de saúde, o que justifica a importância desta pesquisa, que irá proporcionar a elaboração de possíveis ações educativas e atividades de extensão universitária que possam ampliar o conhecimento acerca da colaboração interprofissional e tornar os sujeitos ativos em seu processo de trabalho na saúde-doença e empoderados para prevenir eventuais problemas epidemiológicos, como, por exemplo, enfrentamento da pandemia.

Ainda sobre a importância da permanência do NASF-AB, estudo discute sobre ações fundamentais realizadas pelos profissionais do NASF-AB para enfrentarem a pandemia causada pela covid-19 que fortaleceram os serviços de APS e os resultados positivos em relação ao controle da transmissão do coronavírus e seus manejos diante dos diversos desafios e a resistência dos usuários (MARTINS, ROLIM, 2021). Os resultados indicaram o nível de satisfação dos profissionais do NASF-AB em trabalhar em conjunto com os do ESF.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, são apresentados o método e as técnicas utilizadas neste estudo. Devido à sua característica quantitativa, foi utilizado o *check-list* STROBE para a redação. Conforme apresentado por Malta et al. (2010), o objetivo desse instrumento é de dar recomendações para o relato adequado de estudos dessa natureza.

5.1.O desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e transversal. Segundo Prodanov; De Freitas (2013) e Gil (2017), esse tipo de estudo é utilizado quando há questões objetivas coletadas diretamente com as pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Utiliza instrumentos estatísticos, tanto no momento da coleta de dados quanto em seu tratamento, por meio de uma enunciação numérica, a fim de aferir as relações entre as variáveis. Isso não requer nenhum tipo de intervenção nos fatos em questão, apenas a observação direta de uma população bem definida estudada em uma única oportunidade. Estudos transversais ou de prevalência apresentam como vantagem a objetividade na coleta dos dados, uma vez que são simples, rápidos e de baixo custo e facilitam se obter uma amostra representativa de população em estudo (FREIRE; PATTUSSI, 2018), o que justifica sua eleição para a construção de uma dissertação de Mestrado, devido à limitação do tempo.

5.2. O contexto do estudo

Foram definidas como unidades-caso duas capitais do Brasil: João Pessoa, capital da Paraíba (PB), e Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul (MS). Essas duas capitais apresentam características de aproximação - são capitais, estimativas populacionais semelhantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Gini, e uma particularidade: cobertura populacional da APS. Isso justifica a realização do estudo nesses dois municípios.

No que se refere à APS, na ocasião da coleta dos dados, João Pessoa/PB, localizada na Região Nordeste do Brasil, tinha uma cobertura populacional de, aproximadamente, 90,0% e 34 equipes NASF-AB implantadas. Já Campo Grande/MS, localizada na Região Centro-oeste do Brasil, tinha 55% de cobertura populacional e 14 equipes NASF-AB implantadas. Além

dessas diferenças, as capitais apresentam características de similaridades: a) população estimada para 2020 - João Pessoa: 817.511 habitantes, e Campo Grande, 906.092; b) IDH – João Pessoa: 0,763 e Campo Grande: 0,784; c) Índice de Gini: Joao Pessoa: 0,50 e Campo Grande: 0,46 (IBGE, 2017; IBGE, 2019).

5.3.Os participantes

A população-alvo do estudo proposto foram os trabalhadores dos NASF-AB dos municípios de João Pessoa – PB e de Campo Grande – MS. Considerando o número de equipes NASF-AB implantadas em João Pessoa (N=34) e em Campo Grande (N=14), no momento da coleta dos dados, de fevereiro a março de 2020, e que cada equipe era composta de, pelo menos, cinco categorias profissionais, o universo mínimo de trabalhadores foi estimado em 170 e 70 trabalhadores, respectivamente.

A amostra em que se aplicou o instrumento foi calculada tomando-se como base o universo estimado dos trabalhadores do NASF-AB de cada município, em separado; a probabilidade de ocorrência do evento de 50% (para cálculo do maior tamanho amostral); e um erro amostral de 5%. Para isso, utilizou-se a fórmula: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1}$ (n : amostra calculada, N : população, Z : variável normal, p : real probabilidade do evento, e : erro amostral). A partir desses critérios, foi definido o tamanho amostral mínimo, ao nível de confiança de 95% para cada município ($n=119$ em João Pessoa e $n=60$ em Campo Grande). Assim, a amostra mínima de participantes do estudo foi de 179 profissionais. De acordo com Torres (2008), quando se alcança a amostra mínima de um estudo, garantem-se resultados generalizáveis para toda a população de interesse.

Para garantir a aleatoriedade da amostra, foi elaborada uma lista com as equipes NASF-AB de cada município, que atendiam aos seguintes critérios de elegibilidade: ter, no mínimo, cinco categorias profissionais diferentes com trabalhadores vinculados à equipe há, pelo menos, 30 dias. A partir dessas listas, as equipes foram sorteadas por meio do software “randomization.com”, de domínio público, até que fosse alcançada a amostra mínima para o estudo.

O cálculo do tamanho da amostra de um estudo é uma ferramenta estatística de planejamento para se tornar um estudo possível e representativo, além de ser confiável. Nesse sentido, é importante que a amostra seja adequada para determinada pesquisa (PAES, 1998). Neste estudo, tentou-se, o máximo possível, aproximar-se do valor mínimo da amostra preestabelecida ou alcançá-lo, a fim de se ter a certeza de assegurar o resultado encontrado.

Tudo isso baseado nas margens dos erros, para evitar citação da certeza total no resultado do estudo.

5.4. Instrumento de coleta dos dados

Para coletar os dados, foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE A) a uma amostra aleatória de trabalhadores de nível superior que compõem as equipes do NASF-AB dos municípios estudados. Esse instrumento era composto de quatro dimensões. A primeira se refere à caracterização geral e dos entrevistados (19 questões); a segunda destinou-se a caracterizar, de maneira geral, o processo de trabalho (seis questões); na terceira, foram utilizadas a Escala de Clima de Equipe (38 questões) e Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI (20 questões); quanto à quarta dimensão, compreendeu 18 questões que avaliavam a satisfação dos entrevistados em relação a aspectos de seu trabalho.

As dimensões I, II e IV dos instrumentos foram adaptadas do questionário elaborado por Brito (2016). A Escala de Clima de equipe foi adaptada e validada por Silva et al. (2016) para o contexto brasileiro, e a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI – adaptada para o contexto brasileiro por Abed (2015) e adaptada. Nesta dissertação, foram utilizadas sete questões da dimensão I, duas da dimensão II e seis da dimensão IV. Essas variáveis serão devidamente apresentadas na seção 4.6, que trata da análise dos dados.

Quadro 4. Variáveis dependentes e independentes do estudo (2020).

VARIÁVEL		TIPO	FORMATO NO INSTRUMENTO ORIGINAL	CATEGORIZAÇÃO
Avaliação do trabalho em equipe/interprofissional de sua equipe NASF-AB	Dependente	Categórica	24- Como você avalia o trabalho em equipe/interprofissional de sua equipe NASF-AB? (1) Excelente (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	Positiva: Excelente e bom Negativa: Regular, ruim, muito ruim
Avaliação do trabalho em equipe/interprofissional de sua equipe NASF-AB com a EqSF	Dependente	Categórica	25- Como você avalia o trabalho em equipe/interprofissional de sua equipe NASF-AB com a EqSF? (1) Excelente (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	Positiva: Excelente e bom Negativa: Regular, ruim, muito ruim
Sexo	Independente	Nominal	2- SEXO: (1) Masculino (2) Feminino	Masculino Feminino
Idade	Independente	Categórica	3- IDADE: _____ anos	25 a 45 anos 46 anos ou mais
Tempo no NASF-AB	Independente	Quantitativa contínua	4- HÁ QUANTO TEMPO (meses) TRABALHA NO NASF-AB EM (JOÃO PESSOA) (CAMPO GRANDE): _____ meses	2 a 59 meses 60 meses ou mais
Tempo na atual equipe NASF-AB	Independente	Quantitativa contínua	6- HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ VINCULADO A ESSA EQUIPE NASF-AB? _____ meses	2 a 25 meses 26 meses ou mais
Conclusão da graduação	Independente	Quantitativa contínua	7- QUAL FOI O ANO EM QUE VOCÊ CONCLUIU SUA GRADUAÇÃO? _____	Até 05 anos 06 anos ou mais

Desejo de trabalhar no NASF-AB	Independente	Categórica	17- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB É O LOCAL ONDE VOCÊ SEMPRE DESEJOU TRABALHAR? (1) Sim (2) Não	Sim Não
Realização com o trabalho	Independente	Categórica	18- O QUANTO VOCÊ SE SENTE REALIZADO TRABALHANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB? (Leia as alternativas) (1) Completamente realizado (2) Realizado (3) Parcialmente realizado (4) Não me sinto realizado	Sim: Completamente realizado e Realizado Não: Parcialmente realizado e não me sinto realizado
Satisfação com a comunicação com os membros da equipe	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DE SUA EQUIPE? (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) Completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeito e satisfeito Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos
Satisfação com a clareza de papéis entre os membros da equipe	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CLAREZA DE PAPÉIS ENTRE OS MEMBROS DE SUA EQUIPE? (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) Completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeito e satisfeito Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos
Satisfação com a dinâmica do processo de trabalho de sua equipe	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DE SUA EQUIPE? (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) Completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeitos e satisfeitos

				Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos
Satisfação com a liderança compartilhada entre os membros da equipe	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CAPACIDADE DE COMPARTILHAR O GERENCIAMENTO DA EQUIPE ENTRE OS MEMBROS? (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) Completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeitos e satisfeitos Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos
Satisfação com a resolução de conflitos entre membros da equipe	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CAPACIDADE DE RESOLVER CONFLITOS ENTRE OS MEMBROS DE SUA EQUIPE? (1) Insatisfeito (2) Pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) Completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeitos e satisfeitos Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos
Satisfação com a centralidade do usuário nas ações	Independente	Categórica	12- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM O QUANTO VOCÊ CONSEGUE CENTRAR SEU TRABALHO NAS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS (1) Insatisfeito (2) pouco satisfeito (3) Satisfeito (4) completamente satisfeito	Satisfeitos: completamente satisfeitos e satisfeitos Insatisfeitos: pouco satisfeitos e insatisfeitos

5.5. Coleta dos dados

Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), devidamente treinados para abordar os participantes e aplicar o instrumento. Esse processo de coleta foi realizado de fevereiro a março de 2020. Inicialmente, os trabalhadores abordados aleatoriamente, durante visita da equipe de coleta aos seus locais de trabalho, foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados para participar voluntariamente do estudo. A partir do aceite de um trabalhador da equipe do NASF-AB, eram entrevistados, no mínimo, outros dois sujeitos da mesma equipe. Se algum participante de uma equipe NASF-AB recusasse, outra equipe seria sorteada. Porém, não houve nenhuma recusa. Depois do aceite e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta foi realizada em espaço reservado.

5.6.A análise dos dados

Os dados foram tabulados, organizados e armazenados em uma planilha do programa Microsoft Excel 972003 e processados no software estatístico R - versão 4.0.0 - de domínio público gratuito, que pode ser acessado por meio do link www.r-project.org. O uso desse pacote estatístico é que possibilita analisar e interpretar os resultados.

A análise exploratória dos dados ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, como ilustra a tabela 1. A análise exploratória é conceituada cientificamente como um método para analisar e investigar vários dados e resumi-los nas principais características, além de facilitar o controle de fontes de dados para obter respostas precisas, testar as hipóteses, verificar suposição e detectar anomalias de dados.

Nessa ótica, é fundamental ressaltar a importância da análise exploratória de dados, porque possibilita descartar as variáveis irrelevantes e/ou que são relacionadas a outras, identificar as falhas nos dados e proporcionar detalhes ocultos nas estruturas dos dados. Outro aspecto importante é o fato de assegurar que os resultados produzidos sejam válidos e aplicáveis e ajudar a responder as questões sobre desvio-padrão, variáveis categóricas e intervalo de confiança (PAES, 1998).

A frequência absoluta é uma medida estatística que fornece as informações sobre os números de vezes em que cada categoria foi repetida ao realizar determinado número de

experimentos aleatórios. Essa frequência é utilizada em estatística descritiva, com a finalidade de conhecer as características de determinada população, e pode ser usada com as variáveis quantitativa ou qualitativa. Existem dois tipos de frequência absoluta: a simples e a acumulada, que é a soma da frequência absoluta simples no decorrer da representação na tabela.

Para verificar a homogeneidade da amostra entre os municípios, foi realizado o teste de *qui-quadrado* (χ^2) para comparar a frequência de cada variável independente e dependente nos municípios de João Pessoa e Campo Grande. Esse teste é indicado para comparar dados categóricos nominais e utilizado para testar a diferença entre duas proporções. Também pode ser empregado para verificar a independência de dois fatores. Esse teste ajudou a comparar mais de dois grupos, conforme mostra o estudo (LELES; MORO; DIAS, 2018).

Para verificar a associação individual entre as variáveis dependentes e as independentes (devidamente apresentadas no quadro 3 a seguir), os desfechos foram ajustados nos modelos de Regressão Logística Binária. As variáveis que demonstraram associação nos modelos binários foram inseridas no modelo de Regressão Logística Múltipla. As associações foram expressas em valores de Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). O Odds Ratio é uma ferramenta estatística epidemiológica utilizada para mostrar associação entre variáveis binárias. Exemplo: se o resultado dos dois grupos for o mesmo, o OR será 1. Nesse caso, não existe diferença entre os dois grupos de estudo. Entretanto, se o OR for maior do que 1, o grupo terá mais chances de avaliar algo como positivo; e se for menor, terá menos chances de avaliar algo como negativo (PONTES, 2018). O ajuste dos modelos finais foi analisado por meio do teste de Hosmer – Lameshow Good of Fitness (GOF). Em todas as análises foram considerados níveis de significância $\alpha = 0,05$.

É importante ressaltar que uma regressão logística binária representa os casos de regressão logística em que as variáveis dependentes Y podem ser binárias ou dicotômicas, além de possuir duas categorias e apenas uma variável independente. Quanto ao modelo de regressão logística múltipla, apresenta o contexto da regressão logística, em que a variável Y é binária ou dicotômica e com duas categorias, e há mais de uma variável independente.

No ajuste dos modelos finais, foi utilizado o teste de Hosmer – Lameshow Goodof Fitness (GOF), que, precisamente, serve para medir o grau de acurácia do modelo logístico, uma vez que corresponde a um teste *qui-quadrado* que incide em dividir o número de observações em classes e comparar as frequências preditas com as analisadas, justamente para averiguar se existem diferenças significativas entre as classificações realizadas pelos modelos logísticos e a realidade observada. O valor calculado para o teste de χ^2 constitui uma medida

da discrepância entre as frequências observadas e as esperadas. Caso o valor de χ^2 encontrado seja maior do que o valor de χ^2 esperado, rejeita-se a hipótese nula de igualdade entre os grupos. Ou seja, afirma-se que existe evidência experimental de que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos (LELES; MORO; DIAS, 2018).

5.7. Aspectos éticos

Foram considerados os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, a qual foi autorizada pelas Secretarias Municipais de Saúde das cidades de João Pessoa e de Campo Grande e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer nº. 3.281.041, e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº. 3.584.953. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e como o instrumento seria aplicado e fizeram um acordo a respeito da disponibilidade do horário e do local reservado.

Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado com linguagem adequada, e foram advertidos de que o sigilo total, o anonimato e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, estariam garantidos, sem prejuízo, obedecendo aos princípios éticos de pesquisas com seres humanos: autonomia, beneficência e justiça. Os termos foram elaborados em duas vias: uma ficou sob a responsabilidade do pesquisador, e a outra, do participante, conforme preconiza a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Este estudo foi financiado pelo Edital Universal 2018 (processo nº. 406998/2018-3).

6 RESULTADOS

Na **Tabela 1**, apresenta-se a descrição da amostra total do estudo. Foram entrevistadas 182 pessoas: 120 (65,9%) de João Pessoa e 62 (34,1%) de Campo Grande. A comparação entre os percentuais das variáveis descritivas identificou diferença somente para o sexo e o tempo de conclusão de graduação, sendo que Campo Grande tem o menor percentual de mulheres e maior de trabalhadores com mais de seis anos de formados.

Tabela 1 – Perfil dos participantes e satisfação com o trabalho interprofissional – João Pessoa e Campo Grande - 2019

Variável	Amostra Total (n= 182) n (%)	João Pessoa (n= 120)	Campo Grande (n=62)	X ²
Sexo				
Feminino	151(83,0%)	106 (88,4%)	45 (72,6%)	6,1068 *
Masculino	31(17,0%)	14 (11,6%)	17 (27,4%)	
Faixa etária				
46 anos ou +	29 (16,0%)	20 (16,7%)	9 (14,5%)	0,0262
25 a 45 anos	153 (84,0%)	100 (83,3%)	53 (85,5%)	
Tempo de trabalho no NASF-AB				
60 meses ou mais	158 (86,8%)	107 (89,1%)	51 (82,3%)	0,8419
2 a 59 meses	24 (13,2%)	13 (10,9%)	11 (17,7%)	
Tempo na atual equipe NASF-AB				
25 meses ou +	78 (42,9%)	56 (46,7%)	22 (35,5%)	1,6558
2 a 25 meses	104 (57,1%)	64 (53,3%)	40 (64,5%)	
Tempo de conclusão da graduação				
06 anos ou +	137 (75,2%)	82 (68,3%)	55 (88,7%)	8,0574 *
Até 05 anos	45 (24,8%)	38 (31,7%)	7 (11,3%)	
O NASF-AB era o local em que desejou trabalhar				
Não	74 (40,7%)	43 (35,8%)	31 (50,0%)	2,8385
Sim	108 (59,3%)	77 (61,2%)	31 (50,0%)	
Sentiam-se realizados com o trabalho no NASF-AB				
Não	81 (44,5%)	52 (43,3%)	29 (46,8%)	0,0814
Sim	101 (55,5%)	68 (56,7%)	33 (53,2%)	

Satisfeitos com a comunicação entre os membros da equipe				
Não	30 (16,5%)	23 (19,2%)	7 (11,3%)	1,3144
Sim	152 (83,5%)	97 (80,8%)	55 (88,7%)	
Satisfeitos com a clareza de papéis entre os membros da equipe				
Não	39 (21,4%)	29 (24,2%)	10 (16,1%)	1,1275
Sim	143 (78,6%)	91 (75,8%)	52 (83,9%)	
Satisfeitos com a dinâmica do trabalho em equipe				
Não	29 (16,0%)	19 (15,8%)	10 (16,1%)	<0,0000
Sim	153 (84,0%)	101 (84,2%)	52 (83,9%)	
Satisfeitos com a liderança compartilhada na equipe				
Não	32 (17,6%)	20 (16,7%)	12 (19,4%)	
Sim	150 (82,4%)	100 (83,3%)	50 (80,6%)	0,0605
Satisfeitos com a resolução de conflitos na equipe				
Não	30 (16,5%)	19 (15,9%)	11 (17,8%)	0,0139
Sim	152 (83,5%)	101 (84,1%)	51 (82,2%)	
Satisfeitos com a atenção centrada no usuário				
Não	21 (11,5%)	14 (11,7%)	7 (11,3%)	<0,0000
Sim	161 (88,5%)	106 (88,3%)	55 (88,7%)	

* Significativo $p < 0,05$

Conforme pode ser observado na **Tabela 2**, a avaliação dos participantes acerca do trabalho interprofissional foi semelhante em relação ao trabalho dentro do NASF-AB e entre o NASF-AB e a ESF. Não houve diferença na avaliação entre os municípios.

Tabela 2 – Avaliação do trabalho interprofissional – João Pessoa e Campo Grande, 2019.

Variável	Amostra Total (n= 182) n (%)	João Pessoa (n= 120)	Campo Grande (n=62)	X²
Avaliação do trabalho				

interprofissional do NASF-AB				
Negativa (Regular, ruim, muito ruim)	42 (23,0%)	27 (22,5%)	15 (24,2%)	0,0050
Positiva (Excelente e bom)	140 (77,0%)	93 (77,5%)	47 (75,8%)	
Avaliação do trabalho interprofissional do NASF-AB com a ESF				
Negativa (Regular, ruim, muito ruim)	50 (27,5%)	31 (25,8%)	19 (30,6%)	0,2642
Positiva (Excelente e bom)	132 (72,5%)	89 (74,2%)	43 (69,4%)	

Significativo $p < 0,05$

Na **Tabela 3**, é possível identificar as características da amostra que se associaram à avaliação do trabalho interprofissional das equipes do NASF-AB. No modelo ajustado final, observou-se que os trabalhadores mais velhos (46 anos ou mais) têm menos chances de avaliar positivamente o trabalho no NASF-AB (OR= 0,04; IC95% 0,01 – 0,33), já os trabalhadores satisfeitos com a comunicação entre seus parceiros da equipe (OR= 4,83; IC95% 1,52 – 16,49) e com a clareza de papéis entre os membros da equipe (OR= 4,20; IC95% 1,38 – 13,01) têm mais chances de avaliar positivamente o trabalho no NASF-AB.

Tabela 3 – Modelos brutos e ajustados de associação entre as variáveis independentes e avaliação do trabalho interprofissional no NASF-AB

Variável	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo				
Feminino	Ref			
Masculino	0,68	0,21-1,69		
Faixa etária				
23 a 45 anos	Ref		Ref	
46 anos ou +	0,09	0,05 – 0,48	0,04	0,01 – 0,33
Tempo na atual equipe NASF-AB				
Até 24 meses	Ref		Ref	
25 meses ou +	3,72	1,03 – 23,92	4,18	0,78 – 40,79

Tempo na atual equipe NASF-AB				
25 meses ou +	Ref		Ref	
2 a 25 meses	0,44	0,20 – 0,92	0,50	0,18 – 1,31
Tempo de conclusão da graduação				
Até 5 anos	Ref		Ref	
06 anos ou +	2,96	1,17 – 9,07	2,81	0,89 – 10,46
O NASF-AB era o local em que desejou trabalhar				
Não	Ref			
Sim	1,44	0,71 – 2,90		
Sentiam-se realizados com o trabalho no NASF-AB				
Não	Ref		Ref	
Sim	3,77	1,83 – 8,12	2,52	0,99 – 6,70
Satisfeitos com a comunicação entre os membros da equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	8,00	3,46 – 19,19	4,83	1,52 – 16,49
Satisfeitos com a clareza de papéis entre os membros da equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	7,95	3,65 – 17,86	4,20	1,38 – 13,01
Satisfeitos com a dinâmica do trabalho em equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	8,79	3,75 – 21,55	2,82	0,72 – 11,07
Satisfeitos com a liderança compartilhada na equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	5,66	2,51 – 13,00	1,47	0,35 – 5,72
Satisfeitos com a resolução de conflitos na equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	4,62	2,02 – 10,69	1,05	0,29 – 3,49

Satisfeitos com a atenção centrada no usuário				
Não	Ref			
Sim	1,80	0,64 – 4,68		
Hosmer – Lameshow GOF Modelo Ajustado			p= 0,6231	

A **Tabela 4** traz as associações entre as características da amostra e a avaliação do trabalho interprofissional entre as equipes do NASF-AB e a ESF. Apresentaram mais chances de avaliar positivamente o trabalho interprofissional entre o NASF-AB e a EqSF os trabalhadores com mais tempo no NASF-AB (OR= 5,82; IC95% 1,39 – 40,77) e que se sentiam realizados com o seu trabalho no NASF-AB (OR= 2,85; IC95% 1,31 – 6,40). Os com menos tempo de trabalho na mesma equipe apresentaram menos chance (OR= 0,27 IC95% 0,11 – 0,63) de avaliar positivamente o trabalho entre o NASF-AB e a EqSF.

Tabela 4 – Modelos brutos e ajustados de associação entre as variáveis independentes e avaliação do trabalho interprofissional no NASF-AB com a ESF

Variável	Modelo bruto		Modelo ajustado	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo				
Feminino	Ref			
Masculino	0,75	0,33 – 1,80		
Faixa etária				
23 a 45 anos	Ref			
46 anos ou +	0,37	0,10 – 1,02		
Tempo na atual equipe NASF-AB				
Até 24 meses	Ref		Ref	
25 meses ou +	4,79	1,34 – 30,7	5,82	1,39 – 40,77
Tempo na atual equipe NASF-AB				
25 meses ou +	Ref		Ref	
2 a 25 meses	0,31	0,14 – 0,64	0,27	0,11 – 0,63
Tempo de conclusão da graduação				
Até 5 anos	Ref		Ref	
6 anos ou +	2,48	1,07 – 6,46	1,94	0,72 – 5,92

O NASF-AB era o local em que desejou trabalhar				
Não	Ref			
Sim	1,69	0,87 – 3,28		
Sentiam-se realizados com o trabalho no NASF-AB				
Não	Ref		Ref	
Sim	3,84	1,94 – 7,84	2,85	1,31 – 6,40
Satisfeitos com a comunicação entre os membros da equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	3,96	1,76 – 9,05	1,77	0,61 – 5,10
Satisfeitos com a clareza de papéis entre os membros da equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	3,96	1,88 – 8,43	2,53	0,91 – 7,07
Satisfeitos com a dinâmica do trabalho em equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	4,30	1,89 – 9,99	1,08	0,29 – 3,77
Satisfeitos com a liderança compartilhada na equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	4,01	1,81 – 9,00	1,44	0,42 – 4,74
Satisfeitos com a resolução de conflitos na equipe				
Não	Ref		Ref	
Sim	4,71	2,09 – 10,88	1,68	0,58 – 4,78
Satisfeitos com a atenção centrada no usuário				
Não	Ref			
Sim	1,06	0,36 – 2,80		
Hosmer – Lameshow GOF Modelo Ajustado			p= 0,8299	

7 DISCUSSÃO

Foram entrevistados 182 trabalhadores do NASF-AB - 120 de João Pessoa e 62 de Campo Grande, o que garantiu que a amostra mínima prevista fosse entrevistada. Verificou-se, neste estudo, a predominância de mulheres adultas jovens nos postos de trabalho do NASF-AB. Vendruscolo et.al (2020) encontraram essas mesmas características nos trabalhadores do NASF-AB em Santa Catarina. Essa realidade não é exclusiva da força de trabalho da APS brasileira, mas também uma tendência mundial (BRITO, 2016).

Sell et al. (2019) observaram que ainda existem desigualdades, estereótipos e preconceitos, com consequente discrepância salarial em relação ao gênero, inclusive no setor de Saúde. Outros autores sinalizam que as mulheres têm mais qualificação profissional e são mais hábeis em desenvolver competências colaborativas nos serviços em relação aos homens (NUTO, et al., 2017; FIGUEREDO, VERAS, DA SILVA, 2021).

Em relação à idade, evidências sugerem que, quanto mais jovens, os sujeitos têm mais probabilidade e disposição para aprender sobre trabalho colaborativo e compreender seus desafios e benefícios. Sendo assim, essas características podem ser consideradas como favoráveis à qualificação do trabalho nas equipes NASF-AB, em especial, à colaboração interprofissional. Entretanto, os profissionais mais velhos, foram formados dentro de uma vertente centrado na clínica do usuário e tratados de forma individual, o era tecnicista e especialista em práticas curativas, o foco destes desde sua formação, era apenas baseadas nas doenças e cura. O trabalho em equipe era desconhecido (AZIZ; TECK; YEN, 2011).

A maioria dos participantes deste estudo havia concluído a graduação há mais de seis anos. De acordo com Nuto et al. (2017), quanto mais tempo de formado, mais experiência e satisfação profissional, porém menos interesse em desenvolver competências colaborativas no serviço quando comparado com os recém-formados, de dois a cinco anos depois da formatura. No entanto, neste estudo, essa realidade não foi verificada, uma vez que os participantes declararam elevados graus de satisfação com o trabalho e com as competências colaborativas. Isso merece que sejam feitos mais estudos que aprofundem o entendimento dessa realidade de João Pessoa e de Campo Grande.

Assim, destaca-se a relevância da promoção de ações que estimulam os profissionais de saúde a trabalharem em colaboração com os demais membros da comunidade, em especial, os usuários, a fim de melhorar o atendimento nos postos. Um estudo realizado com estagiários do Programa Permanecer SUS, funcionários e usuários de quatro instituições de saúde pública de

Salvador, capital do estado da Bahia, na região nordeste do Brasil, concluiu que, quanto mais cedo os estudantes e/ou profissionais recém-formados são inseridos nos projetos que associam a educação interprofissional, mais aumenta sua capacidade de aprendizado e zelo pelos trabalhos colaborativos (FIGUEREDO, VERAS, DA SILVA, 2021), o que sublinha a importância da educação interprofissional para qualificar os sistemas de saúde.

Mundialmente, um dos grandes desafios para os sistemas nacionais de saúde, no que se refere à APS, é a fixação dos profissionais de saúde. No Brasil, essa situação é agravada pela dificuldade de manter trabalhadores na atenção básica em áreas de riscos de difícil acesso, além de fatores como a precarização dos vínculos de trabalho e das condições para executar o cuidado e pouca valorização desse nível de atenção (ANDRADE et al. 2019).

Os participantes deste estudo trabalhavam no NASF-AB há, no mínimo, cinco anos, e pouco menos da metade estava na mesma equipe há mais de dois anos, o que sugere sua fixação nesses postos de trabalho e representa um resultado positivo. A fixação desses trabalhadores favorece a criação de vínculos, que são considerados como um instrumento de produção do cuidado de boa qualidade entre as equipes e delas com os usuários do sistema. Assim, é possível que sejam estabelecidos laços afetivos entre os trabalhadores e os usuários durante esse processo, que poderão gerar confiabilidade e mais adesão aos serviços de saúde e às orientações e, conseqüentemente, deixá-los satisfeitos com o cuidado que receberem (BARBOSA; BOSI, 2017; BARBOSA, 2021).

Outros aspectos que merecem ser apontados acerca da construção do vínculo são a promoção de um cuidado humanizado, a possibilidade dos profissionais e os usuários trocarem saberes e o estabelecimento de uma boa comunicação. Portanto, quanto mais tempo no serviço e na equipe, mais probabilidade haverá de os membros da equipe e os usuários criarem vínculos. Para isso, é fundamental que o cuidado seja executado plenamente. Nessa perspectiva, diminuem-se as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde, como por exemplo, o retorno dos usuários e o abandono do acompanhamento devido à insatisfação com serviço (FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019).

A maioria dos participantes deste estudo afirmaram que o NASF-AB era o local onde desejaram trabalhar e sentiam-se realizados com suas atividades. De acordo com Moura e Oliveira-Silva (2019), para a maioria dos trabalhadores, a realização profissional é um ponto importante, uma vez que dedicam seus tempos à construção da carreira e ao desenvolvimento de estratégias com responsabilidades, a fim de alcançar suas metas. Esse resultado pode ser uma consequência dos investimentos nas mudanças na graduação em saúde. Conforme Silva et

al. (2021), quanto mais cedo se preparam os estudantes para o impacto do seu trabalho na vida dos usuários, mais eles podem ser agregados aos trabalhos colaborativos e ao apoio matricial, aumentando o benefício da prática e as realizações profissionais.

Neste estudo, a maioria dos trabalhadores do NASF-AB se sentiu realizada com o trabalho da equipe. Segundo Oliveira-Silva (2015), o alcance desse sentimento pode ser sugestivo ao nível de realização individual, já que se refere aos tipos de motivação que levam cada profissional a alcançá-las, como, por exemplo, sentir-se responsável por ofertar serviço de boa qualidade, através das competências e das habilidades que detêm. Entretanto, sabe-se que o trabalho interprofissional ultrapassa questões referidas, porquanto inclui o contexto de habilidade prática, a complexibilidade dos problemas nos serviços e as estratégias para melhorar o serviço. Em vista disso, pode-se perceber que a estratégia de trazer o construto de realização com trabalho no NASF-AB foi importante, uma vez que trouxe informações sobre o sentimento dos profissionais, com o fim de compreender bem mais os aspectos que ajudam a promover esse desejo e realização, com a finalidade de facilitar futuros estudos de intervenção (SILVA et al., 2021).

Estudos anteriores apontam que a satisfação se relaciona, a como uma pessoa vê o lugar onde presta seus serviços. Geralmente, quando se sente feliz e realizado com o que faz, e suas necessidades são supridas, o profissional está satisfeito com o trabalho, seja na forma como mantém uma boa comunicação no ambiente, seja como resolve os problemas e até mesmo a capacidade de cumprir suas funções levando um serviço de boa qualidade para os usuários (LOCKE, 1968; SIQUEIRA, et al. 2008; DE ALMEIDA, et al. 2018; CALLEFI, TEIXEIRA, SANTOS, 2021; NASCIMENTO, et al. 2022).

Ainda, segundo esses pesquisadores, a perspectiva de satisfação é claramente particular, assim como no geral, é algo do indivíduo, já que trata de um conceito subjetivo, em que se entende o que é essencial para sua aspiração profissional e a de uma equipe de profissionais que presta um serviço com um objetivo em comum. Salienta-se que a satisfação também é influenciada pelos aspectos político, econômico e outros, embora o salário seja um fator importante, porém não suficiente para o profissional se sentir satisfeito no trabalho por um longo período de tempo (CALLEFI, TEIXEIRA, SANTOS, 2021; FORTES, PIRES, ALKMIN, 2011).

Neste estudo, maioria se sente satisfeita com a comunicação entre os membros da equipe, como já referido. Então, para manter o nível de satisfação na equipe, é importante proporcionar uma boa comunicação no ambiente do trabalho e que os membros estejam

acessíveis para se melhorar e colaborar-se. A comunicação é um assunto que requer bastante atenção, porque, por meio dela, aumentam-se a produtividade da equipe e a eficiência das atividades, o que contribui para melhorar as relações entre os membros e os usuários. A liderança compartilhada proporciona uma boa comunicação no serviço. Isso evita que as informações sejam repassadas de maneira inadequada e diminui as chances de os pacientes abandonarem os cuidados (DE SOUZA, COSTA, FRANCO, 2020). Dessa forma o nível de satisfação dos funcionários aumenta, o que contribui para melhorar a criatividade e facilitar a liderança das equipes, além do cuidado centrado no usuário.

Um estudo realizado em Fortaleza, Ceará – Brasil – com uma equipe multidisciplinar de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público mostrou que a maioria dos entrevistados também se sentiam satisfeitos com a comunicação entre eles, e um número menor disse que tinha dificuldade de manter uma boa comunicação entre as categorias de profissionais, como, por exemplo, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, pois, em algumas vezes, alguns não são abertos à comunicação. Esse resultado traz um percentual significativo dos compartilham a mesma situação (DA SILVA BARROS, ELLERY, 2016; DE SOUZA, COSTA, FRANCO, 2020).

Pesquisa realizada no município de Atibaia, São Paulo – Brasil – mostrou que não houve nenhuma resposta negativa sobre a comunicação entre os membros da equipe, que variou entre regular, bom e ótimo (DE SOUZA, COSTA, FRANCO, 2020). Nota-se que a forma como os profissionais interagem entre si influencia diretamente a produtividade e a qualidade do trabalho, pois, quando está satisfeito, o profissional se sente motivado a desenvolver suas tarefas da melhor forma, do contrário, sua produtividade se torna menor do que o esperado.

A clareza nas atribuições profissionais vem sendo discutida nos estudos similares. Os 79% dos participantes afirmam clareza em suas atribuições, o que é de suma importância para um bom funcionamento de trabalho, porque, quando os profissionais sabem quais são seus papéis e suas responsabilidades, os serviços tendem a fluir bem, e o atendimento aos usuários passa a ser eficiente. Além disso, a convivência entre os membros se torna saudável, no que diz respeito à organização e à dinâmica do trabalho, e os conflitos diminuem no ambiente (DA SILVA BARROS, ELLERY, 2016).

A dinâmica na organização do trabalho e a liderança compartilhada aumentam a chance de colaboradores se sentirem satisfeitos, porquanto garante uma boa comunicação, a clareza do papel de cada um, as atividades são desenvolvidas adequadamente, ao mesmo tempo em que passa a influenciar a produtividade e se tornam mais seguros (DE PAULA, TOASSI,

2021; DA SILVA BARROS, ELLERY, 2016). Logo, nota-se que o dinamismo do trabalho é um processo que define as relações não apenas entre os membros, mas também entre os usuários e como as ações são ou serão desenvolvidas.

Achado similar foi encontrado em um estudo realizado na Polônia com 94 profissionais, que enfatiza a importância de organizar o processo de trabalho e de promover a colaboração interprofissional para o cuidado diferenciado e habilidades na resolução dos problemas sempre que necessário (DERBIS, JASINSKI, 2018; FITTIPALDI, ROMANO, BARROS, 2015). Uma das maiores fragilidades no sistema de saúde é quando não há clareza dos papéis entre os membros da equipe e das responsabilidades, visto que eles podem se desorientar, e suas atividades ficam cada vez mais comprometidas e prejudicadas. Tal satisfação quanto ao assunto é obviamente importante para o rendimento profissional.

Esse contexto de satisfação com o trabalho entre os profissionais do NASF-AB é sobremaneira relevante no sistema de saúde, porque estimulando os profissionais a prestarem uma assistência de boa qualidade nas unidades, no que diz respeito à atenção centrada nos usuários. Percebe-se que, nesse estudo e nos outros similares, que os trabalhadores buscam fatores motivacionais, como aspiração profissional, reconhecimento por seus trabalhos e progresso, a depender de influências morais, econômicas e ou sociais. Sabe-se que, quanto mais o indivíduo se sente satisfeito com o que faz e com os cuidados prestados em determinado território, mais realizado se sente (CALLEFI, TEIXEIRA, SANTOS, 2021).

Quanto as características da amostra que se associaram à satisfação do trabalho interprofissional das equipes do NASF-AB, os participantes avaliaram positivamente a comunicação e o trabalho entre os membros da equipe. Os estudos sugerem que uma boa comunicação entre os membros de uma equipe ou serviço de saúde promove a valorização de informações e de opiniões diferentes, agregando colaboração e engajamento nas articulações durante o trabalho (ESCALDA, PARREIRA, 2018; GONÇALVES, DA ROCHA, LIMA, 2022).

O trabalho interprofissional apresenta vários desafios no cotidiano, no entanto a comunicação está entre as mais desafiadoras, devido aos problemas organizacionais, à falta de treinamento e à capacitação de certas habilidades de pessoas em se comunicarem para evitar conflitos no ambiente, causando impactos negativos na produção do cuidado da equipe (ALMEIDA, 2018; GONÇALVES, DA ROCHA, LIMA, 2022).

Alcançar uma comunicação interprofissional adequada exige muito mais do que uma formação ou capacitação. Demanda o autoconhecimento, a busca e a disponibilidade para o

equilíbrio assertivo pessoal para comunicar de forma direta e clara, visto que simples falhas na troca de informação pode causar problemas como, por exemplo, a construção da clareza de papéis no desenvolvimento das tarefas delegadas. E essa incompreensão sobre os papéis entre os profissionais da equipe não é uma realidade isolada entre membros de NASF-AB, perpassa a equipe ESF, emergindo dificuldades de entender o papel um do outro (LEITE, NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2014; GONÇALVES, DA ROCHA, LIMA, 2022).

A maioria dos participantes do estudo avaliaram positivamente o trabalho interprofissional com o NASF-AB e a equipe de Saúde da Família (ESF). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na avaliação entre os trabalhadores dos municípios estudados. A avaliação positiva do trabalho é fator que influencia diretamente a qualidade de serviço de uma instituição, especialmente no setor da saúde. Essa satisfação com o trabalho provoca nas pessoas atitudes positivas e prestação de serviço de boa qualidade (GOMIDE JÚNIOR, SILVESTRIN, OLIVEIRA, 2015).

Existem, no entanto, evidências de que as equipes de APS enfrentam problemas estruturais, como a falta de infraestrutura para a realização de práticas coletivas, reuniões, planejamento conjunto, ambiente adequado para reuniões das equipes do NASF-AB e NASF-AB com ESF e salas para atividades educativas com os usuários de saúde. Outro ponto levantado nessas pesquisas é a desmotivação por parte de alguns profissionais, devido à resistência a adotar um novo modelo de cuidado, o atendimento compartilhado (IANISKI, HAAS, FRANKE, 2016; DE MOURA SANTOS; DE OLIVEIRA MONTEIRO, DAMASCENA, 2020).

Segundo Derbis, Jasinski (2018), quando se avaliam competências profissionais, aumenta a chance de ter mais informações sobre o funcionamento do serviço e a organização do processo de trabalho, assim como os sentimentos dos trabalhadores. Desse modo, é possível identificar as competências de trabalho que requerem mais atenção e a necessidade de qualificação da equipe para o desenvolvimento das atividades. Uma associação importante verificada neste estudo foi a insatisfação dos profissionais mais velhos com o trabalho interprofissional no NASF-AB.

Os profissionais adultos jovens apresentam mais disposição para desenvolver competências para as ações colaborativas no trabalho, que se relaciona, na maioria das vezes, com o tempo de formado. Esses trabalhadores apresentam mais habilidades para trabalhar com novas tecnologias de saúde e a atualização científica. Ademais, não sentem que sua autonomia e as funções estão sob ameaça no ambiente do trabalho, ao colaborar interprofissionalmente.

Entendem esse processo como uma forma de adquirir novas práticas produtoras de cuidado (NUTO et al., 2017).

No que concerne à associação entre as características dos participantes e a avaliação com o trabalho interprofissional entre o NASF-AB e a ESF, identificou-se mais chances de avaliar positivamente os profissionais com mais tempo de trabalho no NASF-AB e que se sentiam realizados com o seu trabalho no NASF-AB, e negativamente, os com menos tempo de trabalho na mesma equipe.

Diante do exposto, estudos discutem que a percepção positiva sobre o trabalho da equipe por parte dos trabalhadores fundamenta-se na experiência prática, na articulação dos serviços de saúde, tanto sociais quanto pessoais de cada usuário, devido à criação de vínculo, além de vivência da realidade socioeconômica, epidemiológica e familiar no território que um profissional com mais tempo de trabalho adquire. Isso aumenta a chance de estarem mais satisfeitos do que os recém- ingressados no trabalho, visto que precisam passar por um longo processo de criação de afeto e a confiança com os próprios membros da equipe seguida dos usuários (OLIVEIRA-SILVA, 2015; MOURA, OLIVEIRA-SILVA, 2019; FIGUEREDO, VERAS, DA SILVA, 2021).

Ressalte-se que novos profissionais tendem a enfrentar barreiras, resistência, aprovação, disponibilidade, flexibilidade e, até mesmo, serem aceitos pelos membros e pela comunidade (FIGUEREDO, VERAS, DA SILVA, 2021). Por isso, evidências sugerem que os profissionais com mais tempo de serviço sejam capacitados sobre a importância da colaboração do trabalho compartilhado e que tanto equipe do NASF-AB quanto a da ESF têm um objetivo em comum: prestar um serviço de boa qualidade à comunidade. Portanto, a oportunidade de evoluírem cada vez mais nas ações é necessária para o SUS, porquanto o trabalho colaborativo contribui para reduzir o impacto negativo e aumentar a satisfação no serviço (BARBOSA; BOSI, 2017; FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019).

Um achado positivo dos resultados deste estudo foi em relação à satisfação dos participantes com as competências para a colaboração interprofissional (comunicação entre os membros da equipe, a clareza de papéis, a dinâmica do trabalho, a liderança compartilhada, a resolução de conflitos e a atenção centrada no usuário). No entanto, esse resultado merece ser analisado considerando a limitação de captação de sentido de uma variável quantitativa.

Ainda sobre limitações do estudo, foram em relação ao tempo da coleta e às questões que geraram desconforto do profissional, e as razões são inúmeras que justificam a importância de investir na educação continuada dos trabalhadores são inúmeras.

O trabalho colaborativo entre NASF-AB e ESF ainda é um desafio. Segundo Brito et al. (2022), a associação em relação à satisfação com seu trabalho e com a avaliação positiva do trabalho interprofissional pode basear-se no grau de coesão das articulações de atividades colaborativas, portanto é importante promovê-la, já que potencializa e fortalece o processo de trabalho na APS. Quando a atuação de ambas as equipes apresenta uma desarticulação na prestação de serviço, a incompreensão do trabalho entre os profissionais pode se configurar como um dos principais obstáculos para o desenvolvimento do trabalho colaborativo. Assim, quando a produção do cuidado apresenta pouco engajamento dos profissionais, predomina a lógica do atendimento individual e do modelo biomédico (CASTRO, CAMPOS, 2016; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018).

Este estudo apresenta pontos fortes e limitações, a possibilidade de um viés do respondente devido ao desconforto ou de interpretação indevida em algumas das questões quantitativo, que pode reduzir as possibilidades de percepção. Já em relação às suas potencialidades, ele foi elaborado a partir de um banco de dados primário, coletado face a face, com grande colaboração das equipes do NASF-AB e do ESF. Ademais, o instrumento de coleta utilizou procedimentos padronizados que lhe asseguram validade interna. A relevância de dados primários está ligada ao controle, desde a coleta até sua utilização, uma vez que são obtidos diretamente do pesquisador a partir dos seus instrumentos de coleta (MARCONI, LAKATOS, 2002).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que este estudo foi capaz de alcançar seus objetivos. O instrumento utilizado para avaliar os fatores pessoais e de satisfação com o trabalho interprofissional, a relação entre os membros do NASF-AB e uma avaliação positiva do trabalho possibilitaram identificar os perfis e as relações interpessoais entre os trabalhadores do NASF-AB com NASF-AB e NASF-AB com ESF. A partir de seus resultados, chegou-se às seguintes conclusões:

- a) Em relação ao perfil de trabalhadores e ao processo de trabalho do NASF-AB de João Pessoa e de Campo Grande, verificou-se a predominância do sexo feminino de adultos jovens nos postos de trabalho do NASF-AB com mais de seis anos de formado nos dois municípios. Essa realidade não é exclusiva dos profissionais de APS brasileira, pois se

trata de uma tendência mundial. Entretanto, as mulheres têm mais qualificação profissional e são mais hábeis em desenvolver competências colaborativas.

- b) Em relação à avaliação dos profissionais do NASF-AB com o trabalho interprofissional no NASF-AB e do NASF-AB com as Equipes Saúde da Família, de maneira geral, a avaliação dos entrevistados foi positiva e semelhante em relação ao trabalho do NASF-AB e entre o NASF-AB e a ESF. Não foi encontrada diferença na avaliação entre os municípios estudados, o que sugere que, a partir do entendimento pessoal da amostra, o trabalho na APS tem forte tendência à colaboração interprofissional.
- c) Quanto às características dos participantes que se associaram à avaliação do trabalho interprofissional do NASF-AB, os trabalhadores com mais idade avaliaram mais negativamente o trabalho interprofissional na equipe NASF-AB, e os satisfeitos com a comunicação e a clareza de papéis entre os membros da equipe avaliaram mais positivamente.
- d) No que diz respeito às características dos participantes que se associaram à avaliação do trabalho interprofissional do NASF-AB com as Equipes Saúde da Família, são trabalhadores com menos tempo na mesma equipe, que avaliaram mais negativamente o trabalho interprofissional nas equipes NASF-AB e ESF, enquanto os com mais tempo em sua equipe NASF-AB se sentiam realizados com seu trabalho mais positivamente.

A partir dessas conclusões, é possível apresentar algumas proposições para qualificar o cuidado no âmbito da APS e do trabalho em equipe. Também foi possível observar a adoção de práticas colaborativas para melhorar o serviço. Entretanto, é necessário capacitar e conscientizar os profissionais das duas equipes, nas duas capitais estudadas, quanto ao trabalho compartilhado. Duas das seis competências para a colaboração interprofissional se associaram à avaliação positiva do trabalho em equipe, o que sugere que esse tema deve ser abordado em atividades de educação permanente.

Ressalta-se, ainda, que os profissionais do NASF-AB, estudantes de Saúde Coletiva e demais profissionais da Saúde devem fazer atividades de capacitação pautadas no trabalho colaborativo interprofissional, com o fim de estimular debates entre os trabalhadores, para que adotem hábitos que proporcionem satisfação no serviço e práticas colaborativas. Nesse sentido,

sugere-se que os resultados alcançados suscitem mais estudos que possam nortear a elaboração de possíveis ações de educação interprofissional e novos programas para universitários de saúde e profissionais da rede, na perspectiva de qualificar o cuidado produzido para os usuários do SUS.

Os resultados apresentados neste estudo foram importantes, porém devem-se fazer pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, com novos desafios a serem enfrentados no serviço entre as equipes. O uso de outras técnicas ou instrumento de coleta e análise de dados pode fornecer mais informações e/ou entendimento ao assunto.

9 REFERENCIAS

ABED, M.M. Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.

ALMEIDA, R.C.H.S. Comunicação Clara, Direta e Humana... Seja Assertivo. **Trabalho de Pós-Graduação**, 2018.

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, Á. C. D. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 1–17, 2019.

ANDRADE, M. V.; *et al.* Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS ONE*.; v. 13, n. 8, e0201723, 2018.

AQUINO, E.M. Epidemiologia e Saúde coletiva no Brasil: desafios para a formação em pesquisa. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.11, suppl.1, p.151-158, 2008.

AZIZ, Zorah; TECK, Lim Chong; YEN, Pang Yen. Atitudes de estudantes de medicina, enfermagem e farmácia frente à aprendizagem interprofissional. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 29: 639-645, 2011.

BALDY, J. M. Medical education in the United States. **Journal of the American Medical Association**, 1916.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiology and public policies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 16: 3-17, 2013.

BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Rev. bras. Epid.**, São Paulo, v. 5, supl.1, p. 4-17, nov. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2002000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 jan. 2021.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1003-1022, 2017.

BARROS, N. F. de.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, 2018, 42: 163-173.

BENVINDO, Vinícius Vieira; NUNES, Lélia Cápua; ALMEIDA, Nizia Araújo Vieira. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: formação e atuação em saúde. **Saúde em Redes**, 2021, 7.3: 129-141.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Collaborative care among the Family Health Support Centers and the supported teams. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2018a, 28.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2018b, 16: 683-702.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil, 1988.

_____. Diretrizes do NASF. **Caderno de atenção básica**, v. 27, 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.642, de 7 de outubro de 2019. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 2020.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. [s.l.: s.n.].

_____. Ministério da Saúde. **Série E. Legislação em Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. NOTA TÉCNICA Nº3. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 10. mai. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso. 201 f. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 22, n. 64, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0672>>. Acesso em: 3 out. 2022.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de et al. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. ***Ciência & Saúde Coletiva***, 2022.

CALLEFI, Jéssica Syrio; TEIXEIRA, Paula Maria Rattis; SANTOS, Fernando César Almada. Relações entre motivação, satisfação no trabalho e as dimensões competitivas da estratégia de Recursos Humanos no Great Place to Work. ***Revista Administração em Diálogo-RAD***, 23.1: 106-121, 2021.

CAMARGO, Rosangela Andrade Aukar de; ANJOS, Flávia Roberta dos; AMARAL, Maronita Ferreira do. Family health strategy in primary health actions for systemic arterial hypertension patients. ***Rev Min Enferm***, 17.4: 873-881, 2013.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 13, p. 879-888, 2008.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. Future prospects for the SUS. ***Ciencia e Saude Coletiva***, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, 2018.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

CANDEIAS, N. M. F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-1925 a 1967. ***Revista de Saúde Pública***, v. 22, p. 347-365, 1988.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26: 455-481, 2016.

CHALHOUB, Sidney. Cidade febril – cortiços e epidemias na corte imperial, S. P.: Cia. das Letras, 1996.

D'AMOUR, Danielle et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research, London, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2008.

DA SILVA BARROS, Eveline Rodrigues; ELLERY, Ana Ecilda Lima. Colaboração interprofissional em uma unidade de terapia intensiva: desafios e possibilidades. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 17.1: 10-19, 2016.

DA, M. et al. MANUAL DE PLANEJAMENTO NO SUS Brasília-DF. 2015. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. [s.l.: s.n.].

DE ALMEIDA, Damiana Machado, et al. Policiais militares do estado do RS: relação entre satisfação no trabalho e estresse ocupacional. **Administração Pública e Gestão Social**, 10.1: 55-65, 2018.

DE MOURA SANTOS, Dalvânia; DE OLIVEIRA MONTEIRO, Cláudia Maria; DAMASCENA, Caroline Guimarães. Uma caracterização de grupos de saúde implementados pelas equipes de saúde da família e Nasf-AB em uma regional do Município de Jaboatão dos Guararapes. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 12, pág. e28891211160-e28891211160, 2020.

DE OLIVEIRA, Hadelândia Milon; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. Relações de poder em uma equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano Hanna Arendt. Interface: Comunicação Saúde Educação, 2011.

DE PAULA, Gabriel Brazil; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do Sistema Único de Saúde. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, 5.2: 125-142, 2021.

DE SOUZA, Dércia Antunes; COSTA, Murillo Saldanha; FRANCO, Pablo Augusto. Análise dos Tipos de Liderança Predominante em uma Instituição Financeira Pública. 2020.

DERBIS, Romuald; JASIŃSKI, Arkadiusz M. Satisfação no trabalho, resiliência psicológica e senso de coerência como correlatos do engajamento no trabalho. **Cogent Psychology**, 5.1: 1451610, 2018.

DIAS, E. F. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde Pública. **DIREITO E DIREITOS Revista Jurídica Eletrônica da UEMS/Navirai**, p. 1–17, 2011.

DOS REIS, Lígia Cardoso; JAIME, Patrícia Constante. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do guia alimentar na atenção básica. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 14: 39140, 2019.

DURANS, K. C. N. et al. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e57110413392, 2021.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23: 415-437, 2013.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde por uma equipe de Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2018.

FALCÃO, Milena Medeiros; GRANJEIRO, Richardson Fagner; DO NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme. • A Percepção dos Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica sobre o Apoio Matricial. *Saúde em Redes*, 2022.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinary and interprofessionality in the family health strategy. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2017.

FERNANDES, Helen Nicoletti, et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2015.

FERNANDES, Elaine Toledo Pitanga; SOUZA, Melissa Nathielle de Lima; RODRIGUES, Suely Maria. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019.

FIGUEREDO, Wilton Nascimento; VERAS, Renata Meira; DA SILVA, Gilberto Tadeu Reis. Competências colaborativas à formação do estudante: análise segundo domínios do Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2021.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; ROMANO, Valéria Ferreira; BARROS, Denise Cavalcante de. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 2015.

FORTES, Aldaíza Ferreira Antunes; PIRES, Alana Oliveira; ALKMIN, Tatiane Braga. Atuação nas bases operacionais de atendimento pré-hospitalar: significados e sentimentos da equipe médica e de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 2011.

FREIRE, L. P. V. et al. As atribuições do fisioterapeuta do Núcleo Ampliado a Saúde da Família e Atenção Básica no município de Lucena-PB. *Archives of Health Investigation*, v. 9, n. 1, p. 67–73, 2020.

FREIRE, M.C.M.; PATTUSSI M.P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, C. Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.
GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. Basic health care or primary health care? *Cadernos de Saude Publica*, v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, L. et al. The family health strategy coverage in brazil: What reveal the 2013 and 2019 national health surveys. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GOMIDE JÚNIOR, Sinésio; SILVESTREIN, Luiz Humberto Bonito; OLIVEIRA, Áurea de Fátima. Bem-estar no trabalho: o impacto das satisfações com os suportes organizacionais e o papel mediador da resiliência no trabalho. **Revista psicologia organizações e trabalho**, 2015.

GONÇALVES, Nathália Ramos; DA ROCHA, Viviane Daiane; LIMA, Maria do Carmo Ferreira. Comunicação Não-violenta: assertividade no discurso e sua importância nas organizações. **Revista de Gestão e Secretariado**, 2022.

GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter. *Qualificação de gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc.saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3.561-3.571, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2021

IANISKI, Valéria Baccarin; HAAS, Linda Cristina Sangoi; FRANKE, Caroline Maria. Atendimento compartilhado: A nutrição e a educação física atuando lado a lado. **Salão do Conhecimento**, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2017- 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 04. jan. 2021.

JACOWSKI, Michele, et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2016.

JARCES, Marco Antônio Barreto. Cultura organizacional, trabalho em equipe e conflitos: o caso da empresa Tractebel Energia SA. 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade Metodologia do. Do trabalho científico. **São Paulo: Atlas**, 2001.

KELL, Maria do Carmo Gomes; SHIMIZU, Helena Eri. Is there teamwork in the Family Health Program?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

KLEIN, Ana Paula; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil^ipt; Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil^ien. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011.

LEITE, D. F. NASCIMENTO, D.D.G. do; OLIVEIRA M.A de C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis Rev Saúde Coletiva**, 2014.

LELES, C. R.; MORO, R. G. D.; DIAS, D. R. Princípios de Bioestatística. In: ESTRELA, C. *Metodologia Científica: Ciência, Ensino e Pesquisa*. [recurso eletrônico] – 3. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas. p. 159-196, 2018.

LIONETTO, F. et al. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. **Composites Part A: Applied Science and Manufacturing**, v. 68, n. 1, p. 1–12, 2020.

LOCKE, Edwin A. O que é satisfação no trabalho?. Comportamento organizacional e desempenho humano, 1969.

MAFFISSONI, A. L. et al. Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 1012–1023, 2018.

MALTA, Monica et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 559-565, 2010.

MARIN, Juliana; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. Problems and bioethical conflicts in the work of a team from Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, 2018.

MARTINS, Frankly Eudes Sousa; ROLIM, Ana Carine Arruda. Importância do Nasf para as ações de enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na Atenção Básica: um relato de experiência. 2021.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 7, p. 433-446, 1973.

MATTOS, M. P. et al. Prática Interprofissional Colaborativa Em Saúde Coletiva À Luz De Processos Educacionais Inovadores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 271–287, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. In: A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. p. 124-124, 1985.

MENDES, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, 1986.

MENDES, Eugênio Vilaça, et al. A vigilância à saúde no distrito sanitário. In: A vigilância à saúde no distrito sanitário. 1993.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 25 set. 2021.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CAMPOS, Dalvan Antônio de. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista brasileira de educação médica**, 2010.

MOURA, Aléxia OR; OLIVEIRA-SILVA, LÍGIA C. Centralidade do trabalho, metas e realização profissional: intersecções entre trabalho e carreira. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, 2019.

NASCIMENTO, A. G. DO; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho TT - Family health and primary health care expanded support center: analysis of the work process TT - Núcleo ampliado de salud de la familia y atención básica: análisis. **Trab. educ. saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019424–e0019424, 2019.

NASCIMENTO, C. M. B.; et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2018, v. 16, n. 3 [Acessado 17 setembro 2022], pp. 1135-1156. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00154>>. Acesso em: 02. ago. 2021.

NASCIMENTO, J. W. DO et al. Relato de experiência sobre a importância da intersectorialidade e interprofissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade/ Experience report on the importance of intersectoriality and interprofessionalism for the promotion of health in an extension project, Pet-health interprofessionalism. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 560–578, 2021.

NASCIMENTO, Raquel Krapp do, et al. Satisfação no trabalho de docentes de educação física: uma revisão sistemática. **Movimento**, 2022.

NUIN, Juan JB; FRANCISCO, Eva IF. Manual de educação interprofissional em saúde. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2019.

NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de uma equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 2006.

OLIVEIRA, H.M; MORETTI-PIRES R.O; PARENTE, R.C.P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2011.

OLIVEIRA-SILVA, Lígia Carolina. A importância de alcançar o que você valoriza: uma estrutura de objetivos de carreira de realização profissional. 2015.

OLIVEIRA-SILVA, Ligia C.; PORTO, Juliana B. Bem-estar subjetivo e florescimento no trabalho: o impacto da realização profissional. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, 2021.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva: Definições e debates em sua constituição. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. Vi, p. 201–214, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos. **Relatório da reunião 7 a 9 de dezembro de 2016 Bogotá, Colômbia**, p. 98, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: OMS; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/> Acesso em: 04. abr. 2021.

PAES, Ângela Tavares. Itens essenciais em bioestatística. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, 1998.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. The Flexner Report: for Good and for Bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM, J. S. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2020, v. 18. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>. Acesso em: 05. nov. 2022.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe, et al. O agente comunitário de saúde e o trabalho em equipe: os aspectos fáceis e difíceis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2011.

PERUZZO, Hellen Emília, et al. Los desafíos de trabajar en equipo en la estrategia salud de la familia. **Escola Anna Nery**, 2018.

PINTO, L. F. et al. **40 years of Alma-Ata: Challenges of Primary Health Care in Brazil and in the World**. **Ciencia & saude coletiva** Brazil, mar. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.

PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. Probabilidade ou chance? **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, 2018.

PREVIATO GF, BALDISSERA VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. 2018.

QUIRINO, T. R. L. et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere**, v. 8, n. 1, 2020.

REEVES, Scott et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Reviews*, v. 6, n. CD000072, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639262>>. Acesso em: 20. ago. 2021.

REIS, Cássia Barbosa; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. *Escola Anna Nery*, 2008.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 1–9, 2016.

REUTER, Camila Luana Oliveira; SANTOS, Vilma Constância Fioravante dos; RAMOS, Adriana Roesse. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Escola Anna Nery*, 2018.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004.

RUEDA, Fabián Javier Marín; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; LIMA, Robisom Carlos de. Relação entre satisfação no trabalho e clima organizacional: um estudo com trabalhadores. *Boletim de Psicologia*, 62.137: 129-140, 2012.

SÁ, Joseires Gleydson Santos Benicio de et al. O processo de trabalho no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. 2020.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Intervenções cooperativas e a interação dos agentes comunitários de saúde na equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46: 665-672, 2012.

SALES, Wesley Barbosa, et al. A importância da equipe NASF/AB - encontros e multidisciplinaridade: uma revisão narrativa/crítica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 48, p. e3256, 14 maio 2020.

SAMAJA, Juan. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2003, vol.6, n.2, pp.105-120. ISSN 1980-5497. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2003000200005>>. Acesso em: 15. jan. 2021.

SANTOS, Eliezer Rodrigues; LANZA, Líria Maria Bettiol. O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. *Argumentum*, 6.2: 233-246. 2014.

SELL, C.T.; PADILHA, M.I.; VILLARINHO, M.V.; MALISKA, I.C.A.; BENEDET, S.A.; BELLAGUARDA, M.L.D.R. Inserção da mulher enfermeira no corpo auxiliar feminino da reserva na Marinha do Brasil. *REME Rev Min Enferm.* ; 23:e-1195, 2019.

SEMINOTTI, N. Coordenador Nacional da Rede Unida Comissão Executiva Editorial Janaina Matheus Collar Dados Internacionais De Catalogação Na Publicação-CIP. [s. l: s.n.] 2016.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. P. 61-64. 2002.

SILVA, Dayane Jhenifer Ribeiro Silva et al. Desafios Da Atuação do Fisioterapeuta no NASF-AB: Uma Revisão da Literatura. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e10144-e10144, 2021.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, 40: 193-205. 2016.

SILVA, Maria Charantola et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 52, 2016.

SILVA, I. C. B. DA et al. O Processo De Trabalho Do Núcleo Ampliado De Saúde Da Família E Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1–19, 2019.

SILVA, Iramildes Souza; ARANTES, Cássia Irene Spinelli; FORTUNA, Cinira Magali. O conflito como possível catalisador de relações democráticas no trabalho da equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2019.

SITTA, Érica Ibelli, et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, 2010.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias, et al. Satisfação no trabalho. Medidas do comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão, 265-274, 2008.

SOUZA, Juliana Nazaré Alves. SAÚDE PÚBLICA: Saberes e Práticas. 2021.

TEIXEIRA, M. G. et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Epidemiologia e serviços de saúde. **revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 29, n. 4, p. e2020494, 2020.

TEIXEIRA, M.R; COUTO, M.C.V.; DELGADO P.G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. União, Brasília, DF. 22 set., Seção 1, nº183, 2017.

VENDRUSCOLO, C. et al. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Rev Esc Enferm USP**, p. 1–8, 2020a.

VENDRUSCOLO, C. et al. Ações do enfermeiro na interface com os núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. 1–9, 2020b.

VENDRUSCOLO, C. et al. Implication of the training ad continuing education process for the interprofessional performance. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180359, 2020c.

VILLA, Eliana Aparecida, et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, 39: 1044-1052, 2015.

10 APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS DOS TRABALHADORES DO NASF-AB

ENTREVISTADOR N° QUESTIONÁRIO TIPO DE EQUIPE

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____ N°. EQUIPE MUNICÍPIO

DIMENSÃO I – CARACTERIZAÇÃO GERAL

1 - CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

2- SEXO: (1) Masculino (2) Feminino

3- IDADE: _____ anos

4- HÁ QUANTO TEMPO (meses) TRABALHA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ NASF-AB EM (JOÃO PESSOA) (CAMPO GRANDE): _____ meses

5- CONSIDERANDO TODA A SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL, QUAL É O TEMPO ACUMULADO DE EXPERIÊNCIA TRABALHANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB? _____ meses.

6- HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ VINCULADO A ESTA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB? _____ meses

7- QUAL FOI O ANO EM QUE VOCÊ CONCLUIU SUA GRADUAÇÃO? _____

8- VOCÊ POSSUI RESIDÊNCIA CONCLUÍDA? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 10)

9.1 - Área da RESIDÊNCIA concluída	9.2 - Ano de conclusão da RESIDÊNCIA
9.1.a	9.2.a
9.1.b	9.2.b
9.1.c	9.2.c
9.1.d	9.2.d

10- VOCÊ POSSUI ESPECIALIZAÇÃO CONCLUÍDA? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 12)

11.1 - Área da ESPECIALIZAÇÃO concluída	11.2 - Ano de conclusão da ESPECIALIZAÇÃO
11.1.a	11.2.a
11.1.b	11.2.b
11.1.c	11.2.c
11.1.d	11.2.d

12- VOCÊ POSSUI MESTRADO CONCLUÍDO? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 12)

13.1 - Área do MESTRADO concluído	13.2 - Ano de conclusão do MESTRADO

14- VOCÊ POSSUI DOUTORADO CONCLUÍDO? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 12)

15.1 - Área do DOUTORADO concluído	15.2 - Ano de conclusão do DOUTORADO

16- QUAL O SEU VÍNCULO DE TRABALHO PARA ATUAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB?

- (1) Estatutário (vínculo com a administração, entrada por meio de concurso de público)
- (2) Celetista (subordinado a CLT, contrato por tempo indeterminado)
- (3) Contrato temporário/regime especial
- (4) Outro: _____

17- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB É O LOCAL ONDE VOCÊ SEMPRE DESEJOU TRABALHAR? (1) Sim (2) Não

18- O QUANTO VOCÊ SE SENTE REALIZADO TRABALHANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB? (Leia as alternativas)

- (1) Completamente realizado (2) Realizado (3) Parcialmente realizado (4) Não me sinto realizado

19- ALÉM DA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, VOCÊ POSSUI OUTRO LOCAL DE TRABALHO?

- (1) Sim (2) Não (vá para a questão 21)

21.1 – Local	21.2 - Carga horária semanal
21.1.a	21.2.a

21.1.b	21.2.b
21.1.c	21.2.c
21.1.d	21.2.d

DIMENSÃO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Agora vamos falar um pouco sobre seu trabalho aqui na Unidade.

20- GOSTARIA QUE VOCÊ CONSTRUÍSSE COMIGO SUA AGENDA SEMANAL DE TRABALHO.

VAMOS LÁ?

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Hora	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

21- CONSIDERANDO O SEU TEMPO SEMANAL DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB,

QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL É DEDICADO A:

21.1 Atendimentos individuais %

21.2 Atividades coletivas %

22- CONSIDERANDO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE SEMANALMENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SUA EQUIPE: %

23- CONSIDERANDO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE SEMANALMENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB: %

24- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB? (leia as alternativas)

(1) Excelente (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim

25- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O NASF-AB/ DA SUA EQUIPE NASF-AB COM A SAÚDE DA FAMÍLIA? (Leia as alternativas)

(1) Excelente (2) bom (3) regular (4) ruim (5) muito ruim

26- Por favor, indique seu grau de satisfação com cada uma das respostas abaixo:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Completamente satisfeito
Satisfação com a comunicação com os membros da equipe				
Satisfação com a clareza de papeis entre os membros da equipe				
Satisfação com a dinâmica do processo de trabalho de sua equipe				
Satisfação com a liderança compartilhada entre os membros da equipe				
Satisfação com a resolução de conflitos entre membros da equipe				
Satisfação com a centralidade do usuário nas ações				

Agora, eu gostaria que você pensasse em sua equipe...

Por favor, leia as afirmações abaixo e circule a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe. Em caso de dúvida, você pode me consultar!

ESCALA DE CLIMA DA EQUIPE (ECE)

PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE					
Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.					
	Discordo totalment e	Discordo	Nem concord o 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 a atitude “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	1	2	3	4	5

mesmo se estiverem em minoria					
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como Equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5
PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS					
Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.					

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o	1	2	3	4	5

desenvolvimento de novas respostas					
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	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 desta 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 apoiam 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. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.					
	De nenhum modo	Um tanto	Completamente		

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. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha 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 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. Até que ponto 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.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o 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 princípios 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 as ideias, uns dos 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

MUITO OBRIGADO(A) POR SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “O Trabalho Interprofissional na Atenção Básica”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse a tomar a decisão. Leia atentamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelos pesquisadores Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito e Dra. Adriane Pires Batiston, docentes da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a coordenação geral do Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Esta pesquisa tem como finalidade analisar a orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em duas capitais do Brasil (João Pessoa/PB e Campo Grande/MS). Assim, os objetivos do estudo são: Traçar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de trabalhadores da ESF e do NASF-AB; Caracterizar o processo de trabalho na ESF e nos NASF-AB; Identificar o grau de orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB e de suas equipes; Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB; Apreender as percepções de trabalhadores e usuários da ESF e dos NASF-AB acerca do trabalho interprofissional e seus impactos na produção do cuidado.

Informamos que o estudo não apresenta maiores riscos a você e nem restrições para sua participação, pois não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar de alguma forma, assim, não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os possíveis prejuízos que podem lhe afetar decorrem de algum constrangimento que você possa sentir para responder alguma das perguntas e o tempo que você dedicará para responder ao questionário. Além disso, algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público. Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados. Mesmo assim, ficam garantidos o ressarcimento de qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, bem como está assegurado o pagamento de indenização diante de qualquer dano em decorrência de sua participação nesta pesquisa.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir para identificação e análise crítica do trabalho interprofissional no âmbito da Atenção Básica em duas capitais do Brasil (João Pessoa/PB e Campo Grande/MS). Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o trabalho interprofissional no contexto da Atenção Básica em duas capitais do Brasil. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo respondendo **a um questionário**. Caso você concorde em participar desta pesquisa, você poderá ser convidado a participar de uma entrevista aberta posteriormente, onde novamente você terá acesso a um novo termo de consentimento livre e esclarecido. As informações oriundas do questionário que o sr(a) responder serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo utilizadas apenas as respostas para o desenvolvimento deste estudo.

O local de armazenamento dos questionários ficará sob responsabilidade do coordenador geral da pesquisa e serão inutilizadas após o registro das informações nele contidas e guarda de cinco anos após o término do estudo. Sua identidade será mantida em total sigilo e suas respostas não serão identificadas. Caso tenha alguma dúvida, você poderá procurar o Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (em João Pessoa) a qualquer momento durante e após o término deste estudo, e você poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa do qual estará fazendo parte.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou penalidade. Reafirmamos que os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento, e entregará a outra via com sua assinatura para os pesquisadores.

Eu, _____, declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que aceito participar deste estudo.

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Assinatura da Testemunha

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores:

Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Coordenador da pesquisa em João Pessoa e Coordenador geral da pesquisa)

Endereço (Universidade Federal da Paraíba): Universidade Federal da Paraíba – Campus I. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco III, João Pessoa - PB, CEP: 58051-900. Telefone: ☎ (83) 3217-7183 – E-mail: eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPB

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10794919.2.1001.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.281.041

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o trabalho interprofissional na Atenção Básica.

Objetivos Secundários:

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

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

NASF-AB e de suas equipes;

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

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

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL

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

Continuação do Parecer: 3.201.041

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQUETO_1322810.pdf	27/03/2019 11:02:53		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonaintegral.pdf	27/03/2019 11:02:08	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Outros	cnpq.pdf	27/03/2019 10:55:17	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Outros	cg.pdf	27/03/2019 10:54:26	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Outros	jp.pdf	27/03/2019 10:52:57	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ufpb.docx	27/03/2019 10:51:19	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	27/03/2019 10:48:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMS.pdf	27/03/2019 09:36:30	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Acelto

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

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



Continuação do Parecer: 3.201.041

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_inter.docx	27/03/2019 09:35:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
---	-----------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 24 de Abril de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UFMS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Adriane Pires Batiston

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10794919.2.2001.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.584.953

Apresentação do Projeto:

É consensual que a Atenção Básica deve proporcionar cuidado por meio das práticas interprofissionais, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas nesse nível de atenção à saúde, com práticas orientadas pela interação entre trabalhadores de diferentes núcleos de conhecimento almejando um objetivo comum: integralizar. Assim, o processo de trabalho deve se configurar como práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes. No caso deste estudo, as da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Porém, evidências sugerem que as práticas interprofissionais ainda representam um desafio a ser superado por essas equipes de saúde. Nesse contexto, este estudo objetiva analisar a orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica em duas capitais do Brasil. Para isso, serão investigados casos múltiplos (João Pessoa e Campo Grande), com a utilização combinada dos métodos quantitativo e qualitativo. A população-alvo deste estudo são os trabalhadores e os usuários da Estratégia Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Para gerar os dados quantitativos, será aplicado um questionário estruturado a uma amostra aleatória de trabalhadores de equipes de Saúde da Família (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e de nível médio (agentes comunitários de saúde) e de trabalhadores de nível superior que compõem as equipes do NASF-AB

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



dos municípios estudados. Para gerar os dados qualitativos, serão realizadas entrevistas em profundidade com uma amostra intencional de usuários, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família e de trabalhadores que compõem os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e a Atenção Básica dos municípios estudados. Os dados quantitativos serão tabulados, armazenados, limpos e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para o tratamento dos dados qualitativos oriundos das entrevistas em profundidade, será utilizado o método da análise de conteúdo. Depois de feita a análise dos resultados do componente quantitativo e qualitativo isoladamente, será estabelecido o diálogo entre os dados obtidos, com a finalidade de produzir um informe único. Espera-se que este estudo possa contribuir, por meio da geração de conhecimentos e da divulgação de tecnologias, para melhorar a organização, a efetividade, a eficiência e a qualidade da resposta do Estado para as necessidades de saúde da população por meio da Atenção Básica. Seus resultados poderão ser revertidos em benefícios e subsidiar discussões e reformulações entre as diversas esferas envolvidas e interessadas em melhorar a vida e a saúde da população e qualificar e valorizar os trabalhadores desse nível de atenção à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em duas capitais do Brasil.

Específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de trabalhadores da ESF e do NASF-AB;
- Caracterizar o processo de trabalho na ESF e nos NASF-AB;
- Identificar o grau de orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB e de suas equipes;
- Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB;
- Apreender as percepções de trabalhadores e usuários da ESF e dos NASF-AB acerca do trabalho interprofissional e seus impactos na produção do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora: "Riscos: Este estudo possui risco mínimo. O principal risco relacionado à participação no estudo é algum estigmatização perante pessoas e instituições, caso

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.584.953

as respostas/informações venham a público. Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados primários. Benefícios: Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o trabalho interprofissional no contexto da Atenção Básica em duas capitais do Brasil. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa atende as exigências éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, considerando as normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As solicitações de adequação feitas na primeira relatoria do projeto foram atendidas pela pesquisadora, a saber:

- a pesquisadora informou que os dois questionários a serem utilizados na pesquisa (Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI e Escala de Clima da Equipe – TCI) são de livre acesso.
- Foram inseridos no projeto anexado os critérios de inclusão, riscos e benefícios inerentes à pesquisa e a responsabilidade pelo financiamento da pesquisa
- Foi justificada a divergência no orçamento apresentado na Plataforma Brasil e projeto anexado.
- Os riscos descritos no TCLE foram inseridos no projeto anexado.
- O tempo estimado para responder aos questionários foi inserido na metodologia do projeto anexado.
- Foram mantidas todas as informações ao participante antes do campo para assinatura na última página do TCLE.

Recomendações:

Deve-se definir os critérios de exclusão para os participantes da pesquisa no projeto anexado (referente à pesquisa a ser desenvolvida em Campo Grande).

Unificar o cronograma do projeto anexado com o cronograma apresentado na Plataforma Brasil.

Inserir também no TCLE o tempo estimado para responder aos questionários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos emite parecer de aprovação do protocolo de pesquisa, considerando adequação às normas da Res. CNS n. 466/2012.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.584.953

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1342276.pdf	27/06/2019 15:56:59		Aceito
Outros	RespostaCEP.docx	27/06/2019 15:55:48	Adriane Pires Batiston	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final_.pdf	27/06/2019 15:54:03	Adriane Pires Batiston	Aceito
Cronograma	cronograma_adriane2.docx	27/06/2019 15:53:31	Adriane Pires Batiston	Aceito
Brochura Pesquisa	projetonaintegrafinal_adri.docx	27/06/2019 15:52:58	Adriane Pires Batiston	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoadri.pdf	13/05/2019 11:55:39	Adriane Pires Batiston	Aceito
Cronograma	cronograma_adriane.docx	12/05/2019 18:05:11	Adriane Pires Batiston	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.docx	12/05/2019 18:03:54	Adriane Pires Batiston	Aceito
Orçamento	Orçamento_adriane.docx	12/05/2019 18:02:57	Adriane Pires Batiston	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonaintegrafinal.docx	27/03/2019 11:02:08	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cnpq.pdf	27/03/2019 10:55:17	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cg.pdf	27/03/2019 10:54:26	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	jp.pdf	27/03/2019 10:52:57	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_inter.docx	27/03/2019 09:35:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepcneq.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.584.953

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 18 de Setembro de 2019

Assinado por:

Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: cepconep.propp@ufms.br