



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

JONATHAN CORDEIRO DE MORAIS

**LITORAL E SERTÃO: PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS NA PRÁTICA
COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

João Pessoa – PB

2024

JONATHAN CORDEIRO DE MORAIS

LITORAL E SERTÃO: PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS DIANTE DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva Área de concentração de Política, Gestão e Cuidado.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Figueiredo De Oliveira

João Pessoa – PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M8271 Moraes, Jonathan Cordeiro de.

Litoral e sertão : proximidades e distanciamentos na prática colaborativa interprofissional na Estratégia de Saúde da Família / Jonathan Cordeiro de Moraes. - João Pessoa, 2024.

76 f. : il.

Orientação: Luciana Figueiredo de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Profissionais da saúde. 2. Prática profissional.
3. Equipes de saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I.
Oliveira, Luciana Figueiredo de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-051(043)

JONATHAN CORDEIRO DE MORAIS

**LITORAL E SERTÃO: PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS DIANTE DA
PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

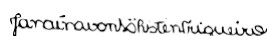
Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Luciana Figueiredo De Oliveira
Orientadora PPGSC - UFPB

Documento assinado digitalmente
 **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**
Data: 07/03/2024 12:06:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Examinador PPGSC - UFPB



Prof.ª Dr.ª Janaína von Söhsten Trigueiro
Examinadora - UFPB

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, cujo amor, apoio e sacrifícios tornaram possível a realização deste sonho, em especial as três mulheres da minha vida. Minha mãe e primeira professora, dona Mirtes, por ser o maior exemplo de perseverança que tenho desde sempre. Pela sua formação, pela educação de seus filhos, e principalmente, quando mesmo sozinha, por nunca ter desistido de viver por nós. A minha avó, dona Neva, e minha Tia Lena por serem sempre colo, conforto e consolo, quando continuar vivendo foi o maior desafio para nossos corações. Por me incentivarem a ir além, e esperar um futuro melhor em diversas possibilidades de viver. Dedico esta conquista à memória do meu pai Cleto, que mesmo tendo nos deixado tão cedo, certamente sempre esteve olhando por nós, celebrando as nossas conquistas e nos guiando por caminhos de paz e prosperidade. Nossa missão nesta passagem terrena é fazer o bem e plantar amor por onde quer que caminhe. Que esta conquista seja exemplo de superação e possibilidades para quem se dispõe a descobrir caminhos e resolve sair do lugar. Esta conquista também é de vocês, irmãos, sobrinhos, cunhadas, amor, amigos e demais parentes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores que iluminaram meu caminho acadêmico com sabedoria e inspiração neste trabalho, com profunda gratidão agradeço especialmente à minha orientadora Dr^a. Luciana Figueiredo De Oliveira pelo zelo e paciência em todo percurso desta jornada, e aos membros da banca Dr. Franklin Delano Soares Forte e Dr^a. Janaína von Söhsten Trigueiro pelos ensinamentos e partilhas de enriquecimento intelectual.

Agradeço a bondade dos corações que cruzaram meu caminho com desvelo, em especial a Antares Silveira Santos, minha parceira de orientadora, e aos demais colegas de turma, cuja colaboração e amizade enriqueceram minha jornada acadêmica. Agradeço aos profissionais que me acolheram em todos os cenários encontrados no desenvolvimento desta pesquisa, pelo acolhimento, engajamento e colaboração que foi fundamental para que chegássemos até aqui.

Por fim, agradeço as inúmeras superações dos desafios que enfrentei ao longo desta jornada. Cada desafio vencido não apenas moldou a trajetória desta pesquisa, mas também enriqueceu com lições valiosas, construindo meu amadurecimento acadêmico e pessoal. Que este trabalho não seja apenas um registro acadêmico, mas um testemunho do compromisso incansável com a superação, aprendizado e desenvolvimento pessoal ao longo desta significativa etapa da minha jornada.

“É preciso focar no “inter” e resistir às lógicas isoladas e fragmentadas entre as áreas profissionais, para produzir conexões “entre” as pessoas” (Morais, 2024).

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de uma abordagem mista do tipo transversal, descritiva e analítica, iniciando através da abordagem quantitativa e, em seguida, aprofundada através da abordagem qualitativa. Realizada na região Nordeste do Brasil, no estado da Paraíba, em dois municípios: um de médio porte na região litorânea, e outro de pequeno porte, localizado no sertão do estado. Participaram desta pesquisa 68 profissionais da saúde, sendo: Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, Cirurgiões Dentista, e Médicos, distribuídos em 17 Equipes de Saúde da Família - ESF na Atenção Primária à Saúde - APS. Os dados quantitativos foram coletados através do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II)*, e analisados pelo IBM SPSS® Statistics 21.0, considerado o menor que 0,05 como significativo. Os dados qualitativos foram coletados através de entrevistas gravadas com os participantes de acordo com um instrumento semiestruturado. As falas foram gravadas, transcritas e analisadas através do *software Atlas.ti*, da técnica de Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, e análise de conteúdo (AC). Na análise quantitativa, pode-se perceber as fragilidades das equipes, destacando as fragilidades em ambos os municípios, necessitando intervenções e abordagens imediatas para resolução dos conflitos. Na análise qualitativa, pode-se perceber a fragilidade diante da compreensão mútua dos diferentes papéis desempenhados por cada profissional e pela gestão, reconhecendo que a diversidade de olhares enriquece a abordagem nos cuidados de saúde, sendo necessária a aplicação de pesquisas como esta na realidade de outros municípios e serviços de saúde. Conclui-se que a interprofissionalidade tem se mostrado promissora para cuidados de saúde integrados, a realidade mostra desafios como a insatisfação profissional devido à coordenação e à comunicação fracas entre equipes, necessitando de urgência para resolver questões que afetam o ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Prática profissional; Equipes de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

It is a research of a mixed approach of the cross-sectional, descriptive and analytical type, starting with the quantitative approach and then deepened through the qualitative approach. It was carried out in the Northeast region of Brazil, in the state of Paraíba, in two municipalities: a medium-sized one in the coastal region, and a small one, located in the hinterland of the state. A total of 68 health professionals participated in this research: Community Health Agents, Nurses, Dental Surgeons and Physicians, distributed in 17 Family Health Teams (FHS) in Primary Health Care (PHC). Quantitative data were collected using the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II) and analyzed using IBM SPSS® Statistics 21.0, which was considered significant to be less than 0.05. Qualitative data were collected through recorded interviews with the participants according to a semi-structured instrument. The speeches were recorded, transcribed and analyzed using the Atlas.ti software, the Collective Subject Discourse (CSD) technique proposed by Lefèvre, Lefèvre and Teixeira, and content analysis (CA). In the quantitative analysis, it is possible to perceive the weaknesses of the teams, highlighting the weaknesses in both municipalities, requiring immediate interventions and approaches to resolve conflicts. In the qualitative analysis, it is possible to perceive the fragility in the face of the mutual understanding of the different roles played by each professional and by the management, recognizing that the diversity of perspectives enriches the approach to health care, and it is necessary to apply research such as this one in the reality of other municipalities and health services. It is concluded that interprofessionality has shown promise for integrated health care, the reality shows challenges such as professional dissatisfaction due to poor coordination and communication between teams, requiring urgency to solve issues that affect the work environment.

Keywords: Professional Practice. Healthcare teams. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Aspectos quantitativos e qualitativos do estudo diante da Prática Interprofissional PIP em ambos os municípios.....	40
Quadro 2: Ideias centrais e categorias temáticas; Discurso do sujeito coletivo – DSC de 01 a 06.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização por porte médio, pequeno e geral da amostra de acordo com: Sexo; Faixa etária; formação profissional; Titulação; Carga horária; Tempo de prática.....	24
Tabela 2: Comparação entre médio e pequeno porte, diante dos eixos: parceria, cooperação, e coordenação.....	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de população e amostra diante da coleta de dados quantitativos e qualitativos.....	16
Figura 2: Fluxograma de técnicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – ANÁLISE DE CONTEÚDO

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AITICS – II BR – ASSERTMENT OF INTERPROFESSIONAL TEAM
COLLABORATION SCALE II BRASIL

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CI – COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

DSC – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

EIP – EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

EPS – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

ESF - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

N – NÚMERO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PIP – PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 MÉTODO	14
4 CAPÍTULOS: ARTIGOS	19
4.1 Artigo I	19
4.2 Artigo II	35
4.3 Artigo III	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	65
Apêndice A	65
Apêndice B	66
ANEXOS	68
Anexo 1	68
Anexo 2	71

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, tem crescido as discussões a respeito da interprofissionalidade e suas abordagens efetivas de prestação de cuidados de saúde, pauta em destaque principalmente entre os profissionais dessa área de conhecimento. O tema tem sido cada vez mais valorizado como estratégia na prestação de cuidados, sendo citado a partir da ótica de autores em diversos cenários. Nesse sentido, Pereira *et al.* (2021) definem a Prática Interprofissional (PIP) a partir da ideia de colaboração entre profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança do atendimento, bem como a satisfação dos pacientes.

Previato e Baldissera (2018), por sua vez, conceituam a PIP como a interlocução entre uma equipe de profissionais de saúde de diferentes campos do conhecimento e um paciente, em uma abordagem participativa, colaborativa e coordenada, em nível horizontal diante da tomada de decisões, compartilhando conhecimento e buscando soluções para os desafios sociais na saúde. As autoras explicam que a PIP pode proporcionar a efetivação de um trabalho mais abrangente, ampliado e qualificado aos usuários e à comunidade em geral. A expectativa é que, a partir de tal prática, os cuidados de saúde sejam realizados em sua totalidade, reduzindo a fragmentação dos mesmos e em consonância com a diversidade de perspectivas dos profissionais envolvidos (Previato; Baldissera, 2018).

As discussões a respeito da PIP corroboram a Organização Mundial da Saúde (2019), que cita a importância do respeito no trabalho conjunto e da comunicação compartilhada entre profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde.

De modo complementar, é possível ainda considerar a definição de Colaboração Interprofissional (CI) trazida por D'amour e Oandasan (2005), que a citam como uma ação coletiva embasada em compartilhamento, parceria, interdependência e poder, pautada na confiança entre os sujeitos e na voluntariedade (D'amour; Oandasan, 2005). É preciso ainda se atentar para o fato de que não existe apenas um caminho para alcançar a PIP, com ela

podendo apresentar-se através de diferentes estágios/níveis (D'amour *et al.*, 2008).

Não basta a coexistência de profissionais em uma equipe para que a colaboração seja desenvolvida, sendo necessário que, dentro dela, aconteçam dinâmicas humanas e haja confiança entre os sujeitos de modo a despertar os processos colaborativos, assim, a CI tem sido citada como prática essencial para atingir resultados melhores e mais seguros para os pacientes, proporcionando efetividade do cuidado de saúde nos serviços. Ela continua amplamente discutida no contexto da saúde, em especial no que concerne à formação e à prática de profissionais que atuam em equipe. No entanto, apesar dos benefícios evidentes da interprofissionalidade, ainda existem desafios a serem enfrentados para a sua implementação na prática (D'amour; Oandasan, 2005; Reeves *et al.* 2017).

A formação de profissionais da saúde a partir do modelo tradicional e hegemônico tem refletido na continuidade de uma prática uniprofissional, compartimentalizada, centralizada e biomédica nos serviços de saúde, configurando-se como uma forte barreira para a mudança do modelo de atenção à saúde, limitando os serviços ofertados às comunidades (Costa, 2017). Ademais, a falta de clareza sobre as responsabilidades de cada profissional e a resistência à mudança por parte de alguns membros da equipe (Mendonça *et al.*, 2022), além de questões relacionadas à infraestrutura e aos recursos disponíveis podem comprometer a efetividade da prática interprofissional (Brasil, 2018).

O caminho que a PIP percorre nas diferentes áreas reconhece o direcionamento do fluxo das necessidades do usuário, através da atenção que é disponibilizada pelos profissionais. Esse fato reforça o perfil efetivo da APS como um espaço propício para a PIP, estreitando os laços de diálogo entre a equipe, e entre profissionais com os usuários e a população (Silva *et al.*, 2015).

A literatura menciona a possibilidade de transformação da PIP nas práticas de cuidado que a APS dispõe, pois se estas ancoram na integração ensino-serviço, compreendendo o trabalho coletivo construído entre trabalhadores de saúde e estudantes e docentes disponibilizando uma maior resolutividade aos serviços prestados e uma maior qualidade na atenção à saúde (Silva *et al.*, 2015).

Apesar disso, é possível considerar que a PIP ainda é pouco explorada na APS, sendo um espaço de crescimento constante das pesquisas e de disseminação do conhecimento. Percebe-se a limitação das publicações encontradas em relação à pluralidade de realidades no Brasil, uma vez que as realidades das pesquisas se concentram na realidade de grandes centros e capitais brasileiras, que não representam o contexto geográfico geral de diversidade do país, necessitando-se ampliar as investigações em outras localidades e regiões, permitindo preencher a lacuna de conhecimento diante das perspectivas de PIP na APS. Portanto, é desejável disseminar pesquisas a respeito da temática em outros cenários de saúde, para que possa ser implementada no processo de trabalho das equipes (Previato; Baldissera, 2018).

Dessa forma, é notável o crescente interesse em obter informações detalhadas e estratégias aplicáveis à PIP, visto que ela é reconhecida como uma ferramenta eficaz para aprimorar os cuidados de saúde, além disso, percebe-se que a implementação dessas práticas pode não apenas aprimorar, mas também transformar de maneira positiva a qualidade da assistência médica oferecida pela equipe, visando atender às necessidades dos usuários, famílias e comunidades de forma mais abrangente e eficaz (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

Pesquisas sobre PIP na APS desempenham um papel potencial na melhoria dos serviços de saúde por meio do aprimoramento da qualidade do cuidado que é prestado. Pode ainda fornecer *insights* valiosos para otimizar a alocação de recursos e o desempenho de ações eficazes diante da realidade vivenciada. Ancorando-se na lacuna de conhecimento dessa pesquisa sobre a necessidade de identificar diferentes realidades neste país, a maioria dos estudos publicados se dá em grandes centros/polo de uma importante Regional de Saúde de referência estadual (Previato; Baldissera, 2018) ou em amostra limitada/participantes da gestão de saúde, em uma única realidade (Melo, 2022). Tais investigações referem-se ainda à necessidade de interlocução com as diversas realidades existentes no Brasil, pois, através do conhecimento desta diversidade, poderemos compreender as possibilidades da PIP na APS.

Sendo assim, esse estudo torna-se relevante por possibilitar o reconhecimento das necessidades existentes para a consolidação da PIP nas

Equipes de Saúde da Família, a partir da percepção desses profissionais sobre as dificuldades e potencialidades inerentes ao processo de trabalho para o desenvolvimento da interprofissionalidade e da colaboração em saúde. Desse modo, observando a realidade diante dos aspectos que a investigação científica proporciona, foram escolhidos dois municípios no estado da Paraíba para participar desse estudo: um de médio porte no litoral do estado e outro de pequeno porte no sertão. O intuito foi elencar as possíveis similaridades e divergências a respeito da PIP diante das diferenças de porte, localização geográfica, investimento, custeio e investimento financeiro dos serviços de saúde, e possíveis adversidades na prática que ambos os municípios enfrentam.

Esta pesquisa é parte de um estudo maior a respeito da interprofissionalidade na Paraíba, que visa a compreender a prática interprofissional na estratégia saúde da família através das percepções e atitudes de profissionais em municípios distintos. É oportuno destacar que, ao observar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a compreensão do conhecimento sobre a PIP, na percepção dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde, espera-se dar notoriedade à realidade dos municípios e às particularidades do estado selecionado, ganhando amplitude de debates sobre a temática e suas perspectivas em questão.

Para tanto, tem-se como base a seguinte questão norteadora: *Como se dá o processo de PIP no contexto das Equipes de Saúde da Família - ESF em municípios distintos na Paraíba?* Para respondê-la, este trabalho está organizado em três artigos (capítulos), baseados no percurso metodológico que foi desenvolvido ao longo desta pesquisa. Inicialmente, o primeiro artigo aborda dados quantitativos, baseados em um questionário validado no Brasil, que foi analisado de forma estatística com finalidade de inferir dados com base nos eixos do questionário. O segundo artigo realiza uma investigação mista com base no percentual padronizado de participantes em ambos os municípios para tentar aprofundar os dados encontrados nos questionários. Por fim, o último artigo traz a junção dos dados quantitativos e qualitativos para consolidar as conclusões a respeito do fenômeno que foi investigado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de Prática Interprofissional (PIP) no contexto da Equipe de Saúde da Família (ESF) em municípios distintos da Paraíba.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar PIP nas Equipes de Saúde da Família em municípios com diferentes configurações;
- Identificar as similaridades e diferenças da PIP nas ESF na perspectiva de trabalhadores da saúde de municípios distintos da Paraíba;
- Descrever as concepções que os profissionais inseridos nas ESF possuem acerca da Interprofissionalidade.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de método misto, do tipo exploratório sequencial. Primeiro realizou-se a etapa quantitativa e na sequência a qualitativa, em seguida os dados foram integrados (conexão de banco de dados por fusão (Quanti+Quali)). Sendo realizada na região Nordeste do Brasil, no estado da Paraíba, em dois municípios: um de médio porte na região litorânea, e outro de pequeno porte, localizado no sertão do estado.

O município de médio porte fica localizado a 16,5km da capital paraibana, tem 29,873km² de área territorial, 66.519 habitantes, com densidade demográfica de 2.226,73hab/km². No que se refere à cobertura de saúde, o município dispõe 42 serviços de saúde, sendo 22 Equipes de Saúde da Família (ESF) contemplando também 22 de Equipes de Saúde Bucal (ESB) distribuídas na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2022). Já o município de pequeno porte fica localizado a 381km da capital João Pessoa - PB, tem uma área territorial de 395,075km², é habitado por 9.234 pessoas, com densidade demográfica de 23,37hab/km², de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022. Quanto à cobertura de saúde, o município conta com 14 serviços de saúde, sendo cinco ESF que cobre 100% do território abrangente do município, com quatro ESB, distribuídas na APS (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022; Brasil, 2022).

A população do estudo foi composta por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários da Saúde) atuantes nas ESF dos dois municípios selecionados, abrangendo, inicialmente o total de 27 equipes, sendo 22 do município de médio porte e cinco de pequeno porte. Para a população da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: equipes que não obtinham integração de Equipe de Saúde Bucal; equipes que estiveram sem a presença de um dos profissionais no tempo determinado para a coleta de dados, seja por critérios de licença, férias, e/ou não contratação; equipes em que um dos profissionais explicitou o desejo de não colaborar com a pesquisa; e equipes em que um dos profissionais não tinham pelo menos três meses de vínculo estabelecido junto com os demais membros da equipe. Foram considerados como perda aquelas

equipes em que um dos membros não respondeu adequadamente o instrumento quantitativo da coleta de dados.

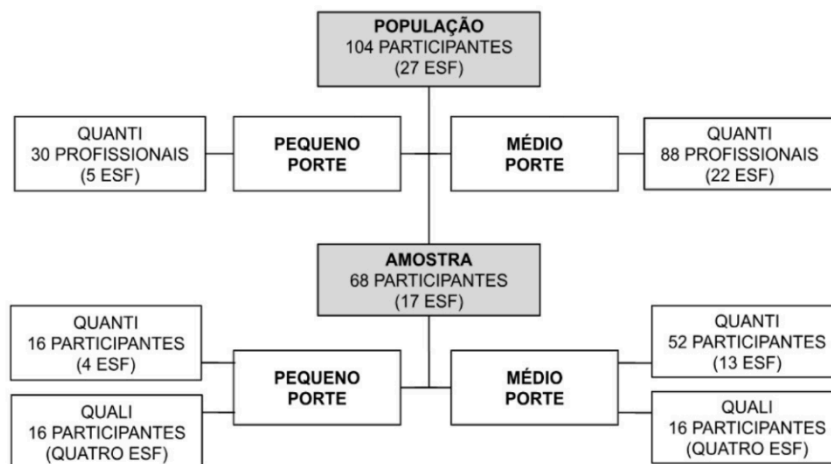
No município de pequeno porte, foi realizado censo para as abordagens quantitativa e qualitativa. Já no município de médio porte, realizou-se censo apenas para a abordagem quantitativa, selecionando para a etapa qualitativa quatro equipes que se destacaram na etapa anterior, sendo duas equipes com as melhores médias de resposta no instrumento quantitativo, e duas equipes com as menores médias dos resultados na referida etapa. Desse modo, a pesquisa contou com um total de 68 participantes na etapa quantitativa, sendo 16 do município de pequeno porte e 52 do município de médio porte; e 32 participantes na etapa qualitativa, sendo 16 de cada município distribuídos em oito ESF, como demonstrado na Figura 1.

Para a coleta dos dados quantitativos, os profissionais incluídos no estudo responderam ao questionário *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II - AITCS II* (Anexo 1) de Orchard (2012; 2018), traduzido e adaptado para o Brasil por Bispo (2018), que é composto por duas partes: a primeira para caracterização dos profissionais e a segunda para mensurar a colaboração interprofissional. Para evitar tendências de respostas direcionadas para uma única dimensão de categoria, os itens das três dimensões foram mesclados, compondo uma única lista de perguntas (Bispo; Rossit, 2020).

Analizados os dados através das médias dos escores do AITCS II de ambos os municípios, as análises estatísticas foram realizadas através do IBM SPSS® Statistics 21.0, com uma etapa descritiva para caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e outra analítica, realizando a comparação de grupos. A escolha do teste estatístico para comparação de amostras independentes se deu após a análise de normalidade dos dados (Teste de Shapiro-Wilk). O nível de significância foi fixado em 5%, seguindo com o teste de qui-quadrado para inferir os resultados estatísticos.

Os dados qualitativos foram coletados a partir de entrevistas nas ESF, realizadas pelos pesquisadores em local privativo nas ESF correspondente de cada profissional. Para essa etapa, foi utilizado um questionário semiestruturado adaptado a partir do roteiro temático elaborado por Arruda (2016) (Apêndice A), de modo a explorar aspectos relacionados à organização do trabalho; trabalho em equipe; e prática interprofissional.

Figura 1: Fluxograma de população e amostra diante da coleta de dados quantitativos e qualitativos.



Fonte: Arquivo da pesquisa.

Os dados coletados foram analisados como demonstrado na Figura 2, por meio das entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados com base nas técnicas de análise de conteúdo e da análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2005);

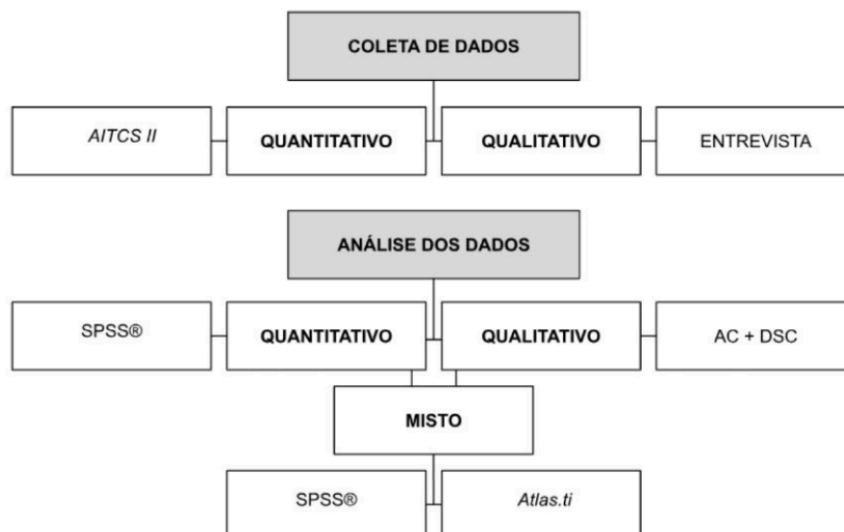
A análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2005), busca capturar as ideias centrais de um grupo de indivíduos, permitindo identificar pontos de convergência e divergência em suas percepções. O DSC envolve a seleção de trechos-chave dos discursos dos participantes, que são agrupados e organizados em um discurso coletivo, representando as opiniões compartilhadas pelo grupo. Essa técnica proporciona uma visão holística das narrativas individuais, facilitando a compreensão de padrões e significados subjacentes (Lefèvre; Lefèvre; Teixeira, 2005).

Em um segundo momento, os dados qualitativos foram submetidos à Análise de Conteúdo (AC), a luz de Bardin (2016) e com apoio no guia de Ferreira *et al.* (2022) como demonstrado na Figura 2. Essa abordagem busca humanizar a compreensão das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens e extrair indicadores, sejam eles quantitativos ou qualitativos.

Conforme Bardin (2016), a pré-análise é crucial, envolvendo a organização do corpus de pesquisa através da leitura flutuante, seleção de documentos, formulação de hipóteses e objetivos, seguindo regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A fase de exploração abrange a codificação, agrupando dados de acordo com categorias emergentes das questões norteadoras. Bardin (2016) destaca a importância de organizar temas de forma comparável para uma análise temática. Por fim, a etapa de tratamento visa a realizar inferências e interpretações dos dados analisados, proporcionando uma compreensão mais humanizada e abrangente do contexto das mensagens.

Ao final, os dados quantitativos e qualitativos foram mixados, sendo interpretados os quantitativos de acordo com média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil; e os dados qualitativos analisados através do *software Atlas.ti* (Licença Key: R-232-0E6-8F6-690-4B4-814 • Licença ID: L-AFA-8C5) para a identificação de familiaridades entre as repetições das falas, categorizando-as em três grupos temáticos (Parceria, Cooperação e Coordenação) e, conseqüentemente, em subcategorias (códigos) que apontaram potencialidades e fragilidades de cada grupo, mixando resultados estatísticos com as afirmações que as entrevistas permitiram conhecer, como indicado como uma das funções do *Atlas.ti* através do auxílio em pesquisas, processamentos estatísticos e codificação de bases de dados (Silva Júnior; Leão, 2018).

Figura 2: Fluxograma de técnicas de coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos.



Fonte: Arquivo da pesquisa.

Importante destacar que durante a realização da pesquisa todos os preceitos nacionais (Resolução 466/12) e internacionais (Declaração de Helsinki) de ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, sendo declarada sua participação através da assinatura do TCLE.

4 CAPÍTULOS: ARTIGOS

4.1 Artigo I

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE DO ESTADO DA PARAÍBA

Resumo: A prática interprofissional vem ganhando espaço nos debates acadêmicos atualmente, no entanto a avaliação da prática interprofissional é fundamental para sustentar sua eficácia e aplicabilidade nos mais diversos cenários possíveis. Dessa forma, este artigo teve o seguinte objetivo: Avaliar Prática Interprofissional (PIP) na Estratégia Saúde da Família em municípios com diferentes configurações. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal, descritiva e analítica. Realizada na região Nordeste do Brasil, no estado da Paraíba, em dois municípios, de médio porte na região litoral, e de pequeno porte na região do sertão do Estado, sendo a amostra foi de 17 Equipes de Saúde da Família. Participaram deste estudo Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os dados foram coletados através do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II)*, e analisados pelo IBM SPSS® Statistics 21.0, de forma descritiva e de teste de normalidade. Ao final, pode-se perceber as fragilidades das equipes, destacando o eixo da coordenação como maior fragilidade de ambos os municípios como zona de perigo, sinalizando a necessidade de intervenções e abordagens imediatas nos municípios entrevistados para resolução dos conflitos.

Palavras-chave: Prática profissional. Práticas interdisciplinares.

Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho tem sido um objeto de estudo em constante observação, o equilíbrio nas relações profissionais mostra-se como desafio atualmente, tornando-se uma necessidade nas equipes multiprofissionais para realizar seu trabalho em conjunto. A partir de tais demandas, a interprofissionalidade surge como uma abordagem que lança mão de estratégias como a comunicação, colaboração e coordenação, reunindo habilidades, conhecimentos e perspectivas de diversas categorias profissionais, a fim de fornecer cuidados mais abrangentes e centrados no paciente/queixa (Maccarthy *et al.*, 2018).

Sob esse prisma, a Prática Interprofissional (PIP) se revela como uma instância de contínuas trocas de conhecimentos e experiências entre os profissionais, visando a aprimorar significativamente o cuidado em saúde em prol da colaboração interprofissional. Destaca-se, nesse contexto, a relevância de estratégias de promoção da PIP como ferramentas facilitadoras na elaboração coletiva de perspectivas, propiciando um enriquecimento sinérgico das práticas profissionais e contribuindo, assim, para a otimização do trabalho em saúde (Previato, Baldissera, 2018).

A literatura aponta a existência de fatores que podem dificultar a PIP como, por exemplo, a falta de políticas públicas para promovê-la, podendo comprometer a sustentabilidade da prática profissional e a valorização dos profissionais envolvidos (Souza *et al.*, 2020). A avaliação da PIP também é fundamental para sua sustentabilidade e aprimoramento do trabalho em equipe. Essa avaliação pode contribuir para a identificação de pontos fortes e falhas da prática profissional bem como para o desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua (Santos *et al.*, 2022).

Estudos destacam o percurso da PIP em áreas distintas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo seu impacto na orientação das necessidades dos usuários, com atenção dos profissionais. A APS é considerada um ambiente propício para a colaboração e PIP, fortalecendo a comunicação entre os profissionais, além de estabelecer vínculos estreitos entre profissionais e usuários, promovendo um trabalho coletivo resultando em maior resolutividade nos serviços e melhor qualidade na atenção à saúde (Silva *et al.* 2015).

De acordo com a literatura, essa área ainda é pouco explorada por ser um campo em constante crescimento de pesquisa e disseminação do conhecimento. Há uma limitação nos estudos devido à seleção geográfica, que muitas vezes não reflete as diversidades de contextos brasileiros, necessitando ampliar as investigações para outras localidades, preenchendo a lacuna de conhecimento em relação às perspectivas de PIP na APS, por meio da disseminação de pesquisas sobre essa temática em diferentes cenários de saúde, visando a implementação efetiva no trabalho das equipes (Previato, Baldissera, 2018).

Dessa forma, o entendimento de como os serviços se planejam em relação a PIP no cuidado em saúde, permite a identificação das necessidades existentes para a sua consolidação nas equipes de saúde. Isso pode ser alcançado por meio da percepção dos próprios profissionais, contribuindo para o desenvolvimento e efetivação da prática. É importante destacar a necessidade do desenvolvimento de pesquisas como essa em municípios da Paraíba, uma vez que isso evidencia a amplitude e variedade de realidades distintas que podem ser encontradas nos diferentes cenários do Estado. Nesse sentido, objetivou-se avaliar a PIP na Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios com diferentes configurações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal, descritiva e analítica, realizada em dois municípios da Paraíba: um de médio porte na região litorânea e outro de pequeno porte no sertão do Estado. A população do estudo foi composta por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários da Saúde) inseridos na APS dos municípios selecionados, em Unidades de Equipes de Saúde da Família (eSF) que apresentassem Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas às mesmas, permanecendo, dessa forma, 27 equipes, sendo 22 no município de médio porte, e cinco no de pequeno porte.

Desse total, foram excluídas 10 equipes, sendo nove do município de médio porte e uma de pequeno porte, por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, permanecendo ao final uma amostra de 17 equipes de saúde da família, sendo 13 equipes do município de médio porte, e quatro equipes do município de pequeno porte.

Para coleta dos dados os profissionais responderam ao questionário *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS II)*, de Orchard (2012; 2018), traduzido e adaptado para o Brasil por Bispo (2018), que é composto por duas partes: a primeira contendo questões semiestruturadas para caracterização sociodemográfica dos profissionais; e a segunda, constituída por questões fechadas para mensurar a colaboração interprofissional. Essa última se desdobra em três dimensões: parceria;

cooperação e coordenação, avaliando assim, o nível de concordância diante das afirmativas através de itens como nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Para evitar tendências de respostas direcionadas para uma única dimensão de categoria, os itens das três dimensões foram mesclados, compondo uma lista de perguntas como orientação da própria autora (Bispo; Rossit, 2020).

Os dados foram analisados por meio das médias dos escores do AITCS II, comparados entre as categorias profissionais, tempo de trabalho e unidades de atuação. As análises estatísticas foram realizadas através do IBM SPSS® *Statistics* 21.0, com uma etapa descritiva para caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e outra analítica, realizando a comparação das variáveis. A escolha do teste estatístico de qui-quadrado para comparação de amostras independentes se deu após a análise de normalidade dos dados, o nível de significância foi menor ou igual a 5%.

Ressalta-se que durante a realização da pesquisa todos os preceitos nacionais (Resolução 466/12) e internacionais (Declaração de Helsinki) de ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, sendo este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo parecer n. 6016822 e CAAE n. 61453422700005188, versão 2.

RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados e sistematizados em tabelas, diante de sua caracterização pela classificação do questionário AITICS-II BR. A Tabela 1 se organiza em relação às dimensões de classificação: parceria, cooperação e coordenação, contemplando as variáveis gerais da amostra sobre sexo, faixa etária, titulação, categoria profissional, tempo de prática geral e tempo de prática nas ESF. Os dados ainda foram analisados separadamente quanto ao porte, através do teste qui-quadrado e apresentados de acordo com as dimensões: parceria, cooperação e coordenação, através da variável relacionada ao porte. Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk, por meio do qual a amostra se apresentou não normal. Os dados apresentados refletem no objetivo deste estudo em relação a PIP nas ESF em municípios distintos na Paraíba.

Na Tabela 1, percebe-se destaques diante das variáveis e a disposição a PIP, como, por exemplo, maior significância no perfil feminino da amostra. Isso com ênfase na variável Faixa-etária em 40 anos ou mais, sugerindo um perfil amadurecido de profissionais. Mostrando-se significativamente nas variáveis. Além disso, tempo de prática em 15 anos ou mais e tempo de equipe atual com destaque em maior que 3 anos, sugerindo a vivência compartilhada e troca de experiências profissionais em equipe. Norteados ainda pelo destaque da variável titulação, com destaque em graduação ou pós-graduação indicando, ainda, que se trata de profissionais que prezam pela qualificação/titulação para efetivação da PIP.

Tabela 1 – Caracterização por porte médio, pequeno e geral da amostra de acordo com: Sexo; Faixa etária; formação profissional; Titulação; Carga horária; Tempo de prática.

Variáveis	Parceria		p-valor	Cooperação		p-valor	Coordenação		p-valor	Colaboração		p-valor
	≥ 3,81 n (%)	< 3,81 n (%)		≥ 4 n (%)	< 4 n (%)		≥ 3 n (%)	< 3 n (%)		≥ 3,70 n (%)	< 3,70 n (%)	
Sexo			0,066			0,579			0,762			0,189
Feminino	27 (57,4)	20 (42,6)		28 (59,6)	19 (40,4)		25 (53,2)	22 (46,8)		26 (55,3)	21 (44,7)	
Masculino	7 (33,3)	14 (66,7)		11 (52,4)	10 (47,6)		12 (57,1)	9 (42,9)		8 (38,1)	13 (61,9)	
Faixa-etária			0,462			0,192			0,171			0,189
20 a 39 anos	13 (44,8)	16 (55,2)		14 (48,3)	15 (51,7)		13 (44,8)	16 (55,2)		13 (44,8)	16 (55,2)	
40 anos ou mais	21 (53,8)	18 (46,2)		25 (64,1)	14 (35,9)		24 (61,5)	15 (38,5)		21 (53,8)	18 (46,2)	
Titulação			0,072			0,072			0,818			0,230
Graduação ou pós-graduação	24 (44,4)	30 (55,6)		28 (51,9)	25 (48,1)		29 (53,7)	25 (46,3)		25 (46,3)	29 (53,7)	
Ensino médio ou técnico	10 (71,4)	4 (28,6)		11 (78,6)	3 (21,4)		8 (57,1)	6 (42,9)		9 (64,3)	5 (35,7)	
Categoria profissional			0,051			0,025			0,659			0,176
ACS	12 (70,6)	5 (29,4)		13 (76,5)	4 (23,5)		10 (58,8)	7 (41,2)		11 (64,7)	6 (35,3)	
Enfermeiro	9 (52,9)	8 (47,1)		12 (70,6)	5 (29,4)		11 (64,7)	6 (35,3)		10 (58,8)	7 (41,2)	
Médico	9 (52,9)	8 (47,1)		9 (52,9)	8 (47,1)		8 (47,1)	9 (52,9)		5 (29,4)	12 (70,7)	
Cirurgião-dentista	4 (23,5)	17 (76,5)		5 (29,4)	12 (70,6)		8 (47,1)	9 (52,9)		5 (29,4)	12 (70,6)	

Tempo de prática profissional			0,332		+			0,028		0,015
Até 14 anos	15 (44,1)	19 (55,9)		15 (44,1)	19 (55,9)		14 (41,2)	20 (58,8)	12 (35,3)	22 (64,7)
15 anos ou mais	19 (55,9)	15 (44,1)		24 (70,6)	10 (29,4)		23 (67,6)	11 (32,4)	22 (64,7)	12 (35,3)
Tempo na equipe atual			1,000		0,193			0,438		0,331
Até 3 anos	18 (50,0)	18 (50,0)		18 (50,0)	18 (50,0)		18 (50,0)	18 (50,0)	16 (44,4)	20 (55,6)
Maior que 3 anos	16 (50,0)	16 (50,0)		21 (65,6)	11 (34,4)		19 (59,4)	13 (40,6)	18 (56,2)	14 (43,8)

Fonte: Arquivo da pesquisa.

Variáveis	Parceria		p-valor	Cooperação		p-valor	Coordenação		p-valor
	≥3,81	< 3,81		≥ 4	< 4		≥ 3	< 3	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Porte			0,022			0,103			0,059
Médio	22 (42,3)	30 (57,7)		27 (51,9)	25 (48,1)		25 (48,1)	27 (51,9)	
Pequeno	12 (75,0)	4 (25,0)		12 (75,0)	4 (25)		12 (75,0)	4 (25,0)	
Total:	34 (50,0)	34 (50,0)		39 (57,4)	29 (42,6)		37 (54,4)	31 (45,6)	

Tabela 2 – Comparação entre médio e pequeno porte, diante dos eixos: parceria, cooperação e coordenação.

Fonte: Arquivo da pesquisa.

DISCUSSÃO

Verifica-se um grande percentual de prevalência de trabalhadoras da saúde na amostra diante dos dados apresentados na Tabela 1, destaque para o maior percentual de colaboração, principalmente quando isolado em cada eixo do questionário, o que reflete no importante papel das mulheres no desenvolvendo e zelo pela vida humana, na interprofissionalidade não seria diferente. Os dados equiparam-se com pesquisas que abordam a presença feminina na saúde, considerando que esta realidade tem sido cada vez mais expressiva, com um significativo aumento da representação das mulheres em diversas profissões da área (Cunha; Sousa, 2016).

A Tabela 1 indica resultados de mudanças socioculturais, maior acesso à educação e a quebra de barreiras de gênero ao longo das últimas décadas. Sua crescente participação tem sido associada à promoção de um ambiente de trabalho mais colaborativo e ao enriquecimento do setor da saúde com perspectivas diversificadas. As mulheres têm ocupado posições de destaque em campos como enfermagem, medicina, odontologia, entre outros, demonstrando habilidades profissionais excepcionais e uma abordagem sensível ao cuidado com os pacientes, valorizando desta forma, as habilidades de comunicação e empatia- nesse âmbito (Machado, 2017).

Outro ponto em evidência é a faixa etária dos participantes da pesquisa, indicando que quanto mais velho o profissional, mais tendência a colaboração interprofissional ele tem, podendo apontar a maturidade de vida, como um dos

fatores que intensificam a assistência prestada com destaque ao eixo da cooperação, que é citada por Mouazzen *et al.* (2022) como o ponto de vista de toda a equipe, em que os membros são ouvidos, em um lugar que há respeito mútuo entre os envolvidos, sejam pacientes ou equipe.

Estes resultados sugerem que os profissionais de nível superior têm maior perfil para PIP, quando comparados aos profissionais de outros níveis de formação, destacando a importância da qualificação profissional para a PIP, referenciados nesta pesquisa pelos profissionais graduados/pós-graduados, e seu papel importante na atualidade. Merece ênfase o eixo da coordenação como tópico de maior relevância/característica colaborativa no trabalho dos participantes do estudo, fato que remete ao trabalho de liderança que é desenvolvido junto às eSF, que geralmente é exercido por um profissional graduado/pós-graduado.

Tais resultados corroboram com os achados no estudo de Adkins (2021), revelando que quanto mais conhecimento/formação maior será o perfil colaborativo deste profissional. Assim, o baixo nível de compreensão da PIP interfere diretamente sobre a sua prática diária, pois, é através dela que se pode gerar um ambiente de maior satisfação profissional, maximizando as habilidades, conhecimentos, e melhorando a prestação de atendimento ao paciente, resultando na alta qualidade da PIP.

Com avanços tecnológicos, mudanças demográficas e novas abordagens terapêuticas, é essencial que o profissional de saúde se mantenha atualizado e preparado para enfrentar os desafios contemporâneos. A necessidade contínua por conhecimento e habilidades aprimoradas é crucial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes bem como para o desenvolvimento da área como um todo. A qualificação profissional não apenas impulsiona o crescimento individual, mas também contribui para o avanço da saúde pública e a excelência nos serviços ofertados à sociedade (Machado, 2017).

Percebe-se uma divergência de resultados entre os profissionais participantes da pesquisa, pois profissões como as de ACS e da Enfermagem se destacam com o maior índice geral de colaboração, a Enfermagem ainda é citada por Haruta, Ozone, Goto (2019) como aquela que mantém uma melhor comunicação entre os membros de uma equipe, tendo maior satisfação com o trabalho e grande potencial de

liderança, sendo essencial para o incentivo da cultura do desenvolvimento de uma prática colaborativa dentro de um contexto de equipe.

Os grupos profissionais têm sido apontados a partir de óticas distintas, quando citados por Dellafiore *et al.* (2019) em sua pesquisa, apresentando maiores índices de colaboração dos enfermeiros, especificamente, enquanto profissionais da Medicina têm se mostrado menos inclinados ao perfil de prática interprofissional, e mais inclinados a um perfil de coordenação, e que mesmo estando nestes papéis, deveriam acolher perspectivas distintas para valorizar a prática interprofissional em conjuntos com as potencialidades dos demais profissionais da saúde, fato que nos leva ao questionamento sobre a formação histórica e acadêmica sobre cada uma das profissões, enquanto a Enfermagem exerceu um papel diplomático no cuidado para com as pessoas, a Medicina liderou processos de inovação através de procedimentos e autonomia na área da saúde.

Em contraponto, apesar de exercer um trabalho interprofissional desde a fundamentação da APS, os ACS só foram reconhecidos como profissionais de saúde, através da lei 14.536 de 20 de janeiro de 2023, que permitiu reconhecimento social da categoria, e autonomia para realizar um trabalho efetivo com reconhecimento legislativo e embasamento científico (Brasil, 2023). Por sua vez, os profissionais médicos e cirurgiões dentistas apresentam os menores índices diante da colaboração interprofissional, como demonstrado na Tabela 1. Tal fato diverge do estudo de Mäki-Asiala *et al.* (2022.), o qual revela que os profissionais médicos possuem maior compreensão acerca da PIP, porém o contexto do estudo ancora-se na realidade da atenção hospitalar na Finlândia, diferentemente da realidade encontrada nesta pesquisa, que é na APS do Brasil.

Outro destaque é o eixo da cooperação como o de maior concordância entre as profissões do estudo, exposto na Tabela 2 como o de maior relevância desta pesquisa, o que leva a hipótese de que os profissionais mantêm relações importantes e podem externar isso através da relação interprofissional com seus pares. A cooperação surge como um eixo da PIP desvelado com a troca permanente de conhecimentos e experiências vivenciadas pelos profissionais, trazendo a melhoria no cuidado em saúde ao debate, podendo ser trabalhada e diversificada em estratégias variadas (Previato, Baldissera, 2018).

Caruso *et al.* (2018) citam a importância de propor estratégias para o desenvolvimento da PIP como a melhora da comunicação, reuniões de equipe, e intervenções interprofissionais que foram citadas como eficazes no cenário italiano onde sua pesquisa foi desenvolvida, norteando desta forma, estratégias a serem desenvolvidas nos demais países e contextos de serviços de saúde. Desse modo, para enfrentar esses desafios, é fundamental investir em estratégias de formação que possam preparar os profissionais para atuar de forma interprofissional, estimulando a reflexão sobre o desenvolvimento de competências e habilidades que favorecem a prática interprofissional e a comunicação entre os membros da equipe (Cavalcanti *et al.*, 2021).

Por sua vez, o tempo de prática profissional na área da saúde tem se tornado um elemento fundamental para a *expertise* e o desenvolvimento contínuo dos profissionais, com a crescente complexidade das demandas de saúde e a evolução das técnicas profissionais. Como observado nas Tabelas 1 e 2, fica evidente a uniformidade entre os profissionais com mais de 15 anos de prática profissional isoladamente nos eixos do questionário, fato que corrobora o tempo de prática na equipe atual, podendo destacar que os profissionais com mais tempo de permanência, detêm o maior índice de colaboração interprofissional, principalmente quando destacados nos eixos da Cooperação e Coordenação, refletindo na PIP também como resultado final daqueles com maior tempo de prática.

A experiência adquirida ao longo dos anos é inestimável para aprimorar a qualidade dos cuidados oferecidos à sociedade. Profissionais com anos de prática têm a vantagem de enfrentar uma ampla variedade de cenários clínicos, o que os torna aptos a tomar decisões mais rápidas e precisas. Esse fato é importante a ser considerado, pois o tempo de prática torna-se um indicador crucial da competência e maturidade profissional na área da saúde. No entanto, é primordial combinar a experiência com atualizações constantes, uma vez que a capacitação técnica somada ao conhecimento atualizado é igualmente necessária para se manter relevante em um cenário de saúde em constante transformação em prol da PIP (Machado, 2017).

A PIP emerge como um elemento fundamental no contexto atual de prestação de serviços de saúde. Conforme Bispo, Rossit e Orchard (2022), essa abordagem

colaborativa se mostra essencial para assegurar cuidados de qualidade e abrangentes às pessoas atendidas. Ao integrar os conhecimentos e habilidades de diversos profissionais da saúde, a PIP proporciona um olhar holístico e centrado no paciente.

Pode-se afirmar ainda que quanto mais tempo em equipe, mais disposição para colaboração interprofissional haverá, corroborando com a ideia dos autores supracitados e os resultados achados na Tabela 1 sobre o tempo de prática profissional; a literatura refere que a PIP é uma estratégia imprescindível para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde. Através da colaboração entre os profissionais, é possível oferecer uma assistência mais abrangente, personalizada e eficiente, gerando melhores resultados e experiências para os pacientes (Bispo; Rossit; Orchard, 2022).

Convém acrescentar que um dos pilares da PIP é a comunicação eficiente entre os membros da equipe, o compartilhamento de informações relevantes e a definição clara de papéis e responsabilidades, aspectos-chave que possibilitam a atuação sinérgica dos envolvidos. Isso evita redundâncias e minimiza possíveis erros durante a assistência. E, para que essa colaboração seja efetiva, faz-se necessário um ambiente de trabalho que valorize e mantenha o respeito às particularidades de todos os que compõem a equipe (Bispo; Rossit; Orchard, 2022).

Ademais, considera-se que para o fomento de práticas que proporcionem a mudança esperada para implementação da integralidade do cuidado, do acesso universal e da qualidade da atenção à saúde é imprescindível investir em estratégias que estimulem e valorizem a PIP. Suscita-se, com isso, uma reorientação da formação inicial e continuada para a prática de cuidado em saúde, a fim de reorganizar o trabalho e criar perspectivas ao enfrentamento dos desafios colocados pela hegemonia do modelo assistencial (Ogata *et al.*, 2021).

No que tange a Tabela 2 constata-se que, embora os dados encontrados no município de médio porte sejam maiores, os dados do município de pequeno porte se destacam significativamente em cada eixo do questionário, uma hipótese da efetividade da PIP no seu contexto de trabalho. Como ponto de convergência, podemos apontar o eixo da Cooperação no resultado geral, e em ambos os

municípios, que reflete na compreensão de partilha laboral e de saberes em seu dia a dia.

A experiência da colaboração interprofissional, quando vista sob a perspectiva da cooperação, requer que os membros das equipes compartilhem responsabilidades. É fundamental estabelecer uma interligação e transparência nos papéis profissionais, tarefas e metas. O objetivo é orientar a prestação de cuidados de saúde por meio de atributos essenciais, adaptando-se de maneira eficaz aos diversos cenários da saúde (Caneppele *et al.*, 2020).

Os resultados da Tabela 2 indicam a importância da coordenação dos profissionais da amostra, destacando-a como crucial para uma relação de trabalho eficaz, salienta-se que a coordenação abrange aspectos fundamentais como o planejamento e a execução de atividades, ancorando-se na comunicação clara e efetiva entre os profissionais, juntamente com o alinhamento de objetivos, é apontada como essencial, refletindo-se como uma prática comum entre os participantes do estudo. A coordenação é reconhecida como um pilar essencial na formação de uma equipe interprofissional eficiente e comprometida, visando melhorar o bem-estar dos pacientes e os resultados de saúde. Ela promove uma abordagem colaborativa, permitindo enfrentar desafios e situações complexas de forma conjunta, aproveitando as habilidades e conhecimentos específicos de cada membro da equipe (Orchard *et al.*, 2012)..

O eixo da Parceria foi apontado na Tabela 2 como ponto de alerta para a PIP, o menor resultado desta pesquisa aponta sinais que precisam ser solucionados para que os profissionais possam desenvolver um trabalho eficaz junto a PIP. Diante da complexa realidade do cuidado em saúde, é crucial que a colaboração entre profissionais vá além da parceria interna, estendendo-se para uma conexão mais ampla que inclua usuários, famílias e comunidades; podendo, ainda, abranger também profissionais de diferentes serviços, desafiando as barreiras e trabalhando em conjunto para superar os desafios que ameaçam a expansão do acesso aos serviços de APS (Peduzzi; Agreli, 2018).

Em síntese, através da comparação entre os municípios foi possível identificar que embora o número de participantes do município de médio porte seja maior, o município de pequeno porte tem destaque nos três eixos do questionário, sugerindo

uma PIP mais eficaz, quando se comparado aos resultados obtidos no outro cenário. A Cooperação destaca-se em ambos os municípios como eixo de resultados positivos, seguido da coordenação como eixo de prática interprofissional intermediária, porém para o resultado geral, a parceria apresenta-se como eixo de fragilidade que deve ser observado e trabalhado em cada realidade dos municípios participantes.

Contudo, este estudo observou a realidade de dois municípios na Paraíba, com configurações distintas, que consequentemente coincidem com achados da literatura, porém, é importante destacar a necessidade de haver outros estudos que subsidiem novas perspectivas acerca da prática interprofissional e outras realidades. Como destaque sobre esta pesquisa podemos apontar a configuração dos municípios selecionados e o número pequeno de profissionais participantes pois é são achados que se destacam quando relacionados a outros estudos já publicados. Como hipótese de limitação desta pesquisa, podemos apontar pontos como a limitação da aplicação do questionário em outras áreas de atuação também podem ser nortes para o desenvolvimento de futuros trabalhos sobre a PIP.

CONCLUSÃO

Constatou-se um cenário preocupante, especificamente no eixo Parceria, sendo questões críticas que merecem atenção imediata em ambos os municípios. Este indício sugere que a colaboração entre profissionais de diferentes áreas está enfrentando obstáculos, acerca da interprofissionalidade em cidades distintas da Paraíba, revelando achados significativos, legitimando a perspectiva dos autores citados na discussão sobre a temática. A interprofissionalidade, que é essencial para oferecer cuidados de saúde e serviços eficazes, parece estar comprometida nesse aspecto. Sendo assim, destaca-se ser relevante a realização de mais estudos que possibilitem uma melhor compreensão da realidade abordada nesse artigo bem como acerca da interprofissionalidade nos diversos cenários de trabalho dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ADKINS, Gail L. Interprofessional Collaboration: Perceptions and Practice in Healthcare Providers. **Florida State University Libraries**. 2021.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; ORCHARD, Carole; Colaboração interprofissional em equipe: percepção de profissionais de saúde da região nordeste do Brasil. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 9, n. único, p. 2-24, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação n. 1, de 2 de junho de 2021**. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>>. Acesso em: 25 fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 397, de 16 de março de 2020**. Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da saúde. **Lei n. 11.350, de 5 de Outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 25 fev. 2024.

CANEPPELE, Aline Heleni *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**. n. 24, v.20200312. 2020.

CARUSO, Rosario *et al.* Italian version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (I-AITCS II): a multiphase study of validity and reliability amongst healthcare providers. **La medicina del lavoro**. v. 109, n. 4, p. 316-324, 2018.

CUNHA, Yasmine Fernanda Ferreira; SOUSA, Romário Rocha. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 13, n. 3, 2016.

ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional, **Revista Interface**. v.18, n. 48, p. 213-5, 2014.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. *In*: AYRES, José Ricardo Carvalho; SANTOS, Liliana (org.). **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo/Porto Alegre: Rede Unida, 1992. p. 298-374.

HARUTA, Junji; OZONE, Sachiko; GOTO, Ryohei. Factors for self-assessment score of interprofessional team collaboration in community hospitals in Japan. **Family Medicine and Community Health**. n. 7, 2019.

JURU, Paraíba, **Lei municipal 515 de 10 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os profissionais de Enfermagem e dá outras providências. 2013.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em:

<<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>>.

Acesso em: 25 fev. 2024.

MÄKI-ASIALA, Mariana. *et al*. Interprofessional Collaboration in the Context of Pain Management in Neonatal Intensive Care: A Cross-Sectional Survey. **Pain Management Nursing**. v. 23, p. 759–766, 2022.

MELO, Larissa Cândida *et al*. Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: percepção da gestão em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 75, v. 3, 2022.

MOUAZZEN, Anna-Karin *et al*. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Assessment of Inter professional Team Collaboration Scale (AITCS-S) for use in occupational health services. **Journal Of Interprofessional Care**. v. 36, n. 6, p. 908–915, 2022.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n. 39, 2018

RIBEIRO, Aridiane Alves *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Esc Anna Nery**, v. 26, 2022.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino *et al.* Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care Educación interprofesional y la práctica colaborativa en la Atención Primaria de Salud. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015.

4.2 Artigo II

LITORAL, SERTÃO, PROXIMIDADES E DISTANCIAMENTOS DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: A colaboração interprofissional tem sido cada vez mais um desafio na prática profissional, sobretudo em áreas específicas como a Estratégia de Saúde da Família; deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar as similaridades e diferenças da PIP nas ESF na perspectiva de trabalhadores da saúde de municípios distintos da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, descritiva e analítica, que iniciou-se através da abordagem quantitativa, sendo aprofundada em seguida através da abordagem qualitativa, realizada na região Nordeste do Brasil, com profissionais da saúde, sendo Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas e Médicos de Equipes de Saúde da Família (ESF) em dois municípios do estado da Paraíba, sendo um município de pequeno porte na região do sertão do estado, e um de médio porte na região litorânea do estado. Os dados quantitativos foram coletados através do questionário AITICS-II (*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II*), em seguida foi realizada entrevista semiestruturada, transcrição dos dados, e mixagem dos dados, sendo interpretados os quantitativos de acordo com média, mediana, desvio padrão, e intervalo interquartil; e os dados qualitativos analisados através do *software Atlas.ti*. Os dados foram disponibilizados em Tabelas, contendo a caracterização da amostra por porte de acordo com variáveis, sendo mixados com os resultados através de construções gráficas, contendo as falas dos participantes da pesquisa para a possibilidade de compreensão visual e linguística dos dados expostos. Ao final, emerge a necessidade de desenvolver ações estratégicas a fim de fortalecer a colaboração interprofissional, abordando os desafios e obstáculos identificados. As limitações na prática da colaboração interprofissional instigam a busca por soluções que possam revitalizar e otimizar o trabalho na prática.

Palavras-chave: Prática profissional. Práticas interdisciplinares.

Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A prática interprofissional (PIP) emerge como uma ferramenta valiosa para aprimorar o cuidado em saúde, desempenhando um papel fundamental na melhoria da qualidade da assistência fornecida pela equipe de saúde. Ela atende de maneira mais eficiente às necessidades dos usuários, suas famílias e comunidades (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016). Além de fortalecer o sistema de saúde, essa abordagem

assume um papel central em várias políticas voltadas para a reformulação da formação profissional em saúde (Costa *et al.*, 2018).

A PIP tem sido apontada pelos profissionais como um termo ainda pouco explorado na Atenção Primária à Saúde (APS), que embora aconteça de forma intrínseca no dia a dia de trabalho, não é facilmente identificada por não ser compreendida. Sendo citada como um campo de possibilidades que favorecem para a PIP, seus registros têm sido apontados constantemente como atitudes de desvelo, uma prática de trocas, de conhecimentos e experiências permanentes entre os profissionais envolvidos; sendo apontada condições pela literatura que favoreçam a sua realização como a dimensão subjetiva, coletiva e organizacional (Ellery, 2014; Previato; Baldissera; 2018). Todavia, suas fragilidades no contexto da APS, emergem nas entrelinhas da vivência diária, por meio da dificuldade alinhamento de um projeto em comum, partilha mútua do engajamento nas atividades entre os profissionais e intensificação do modelo assistencial em sua rotina de trabalho (Previato; Baldissera; 2018).

Compreendendo que a PIP vai além de simples protocolos, destacando a necessidade de uma conexão mais humana e integrada entre os profissionais de saúde, onde a colaboração se traduz em relações mais significativas e no melhor cuidado possível para aqueles que buscam assistência. A relevância do tema cresce cada vez mais como uma estratégia fundamental na entrega de cuidados, sendo percebida como a prática calorosa entre profissionais de distintas áreas. Essa abordagem visa a aprimorar não apenas a qualidade e a segurança do atendimento, mas também a satisfação dos pacientes, reconhecendo a importância do toque humano e da empatia no cenário da saúde (Pereira *et al.*, 2021).

Desse modo, investigações acerca da PIP nas ESF desempenham um papel potencial na aprimoração dos serviços de saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado oferecido. Além disso, podem proporcionar insights valiosos para otimizar a alocação de recursos e o desempenho de ações eficazes diante da realidade vivenciada. Essa pesquisa ancora-se na lacuna de conhecimento relacionada à necessidade de identificar diversas realidades existentes no país, pois a maioria dos estudos publicados concentra-se em grandes centros ou polos de uma importante Regional de Saúde, referência

estadual (Previato; Baldissera, 2018), ou se limita a amostras específicas, como participantes da gestão de saúde, em uma única realidade (Melo, 2022). Tais investigações também ressaltam a importância da interlocução com as diversas realidades presentes no Brasil, uma vez que, por meio do entendimento dessa diversidade, poderemos compreender as potencialidades da PIP na APS.

Justifica-se este estudo pela necessidade de conhecer as dificuldades e potencialidades percebidas pelos profissionais de saúde no processo de trabalho, visando a contribuir para o aprimoramento da PIP, compreendendo a percepção dos profissionais em relação a ela, e identificando as necessidades e desafios na consolidação dessa prática nas Equipes da Saúde da Família (eSF). Abordar essa temática específica no contexto de municípios distintos na Paraíba acrescenta notoriedade ao tema, evidenciando a diversidade de realidades nos municípios do estado. Para tanto, esta pesquisa foi guiada pelo seguinte objetivo: Identificar as similaridades e diferenças da PIP nas eSF na perspectiva de trabalhadores da saúde de municípios distintos da Paraíba.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, com características quanti/qualitativa, descritiva e analítica, realizada na região Nordeste do Brasil, em dois municípios do estado da Paraíba (um município de pequeno porte na região do sertão do estado, e um de médio porte na região litorânea do estado). A seleção dos municípios se deu por conveniência diante da acessibilidade dos pesquisadores.

Compuseram a amostra Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas que estão atuando em Equipes de Saúde da Família (eSF) dos municípios selecionados. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde com base nas profissões estabelecidas para esta pesquisa; ter três meses ou mais de vinculação às ESF; estar com a equipe completa durante o tempo determinado para a coleta de dados, demonstrar interesse em colaborar com a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quanto aos critérios de exclusão, pode-se delimitar: Profissionais da saúde de categorias/formações diversas que não fossem as selecionadas e/ou profissionais

que explicitaram o desejo de não participar da pesquisa; Profissionais que estiveram vinculado a equipe por menos de três meses; Profissionais que não ter a equipe completa no momento da coleta de dados;

Participaram desta pesquisa sessenta e oito (68) profissionais, sendo cinquenta e dois (52) do município de médio porte, e dezesseis (16) do município de pequeno porte organizados em dezessete (17) Equipes de Saúde da Família, sendo treze (13) do município de médio porte, e quatro (4) do município de pequeno porte.

Para a coleta de dados deste estudo, foi selecionado como conjunto de métodos, o questionário AITICS-II (*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II*) e entrevista semiestruturada com base no roteiro temático elaborado por Arruda (2016). A mixagem dos resultados foi combinada e comparada de acordo com a literatura pertinente.

Para análise, os dados quantitativos e qualitativos foram mesclados, sendo interpretados os quantitativos de acordo com média, mediana, desvio padrão, e intervalo interquartilico e os dados qualitativos foram analisados utilizado o método de Análise do Conteúdo a luz da metodologia de Bardin (2016) com auxílio do *software Atlas.ti* (Licença Key: R-232-0E6-8F6-690-4B4-814 • Licença ID: L-AFA-8C5).

Para a identificação de familiaridades entre as repetições das falas, categorizando-as em três grupos temáticos (Parceria, Cooperação e Coordenação) e conseqüentemente em subcategorias (códigos) que apontaram potencialidades e fragilidades de cada grupo, mixando resultados estatísticos com as afirmações que as entrevistas permitiram conhecer, indicado como uma das funções do *Atlas.ti* através do auxílio em pesquisas, processamentos estatísticos, e codificação de bases de dados (Silva Júnior; Leão, 2018).

Os dados quantitativos foram analisados através das médias dos escores do AITCS II comparados entre as categorias profissionais, entre tempo de trabalho, entre unidades de atuação e porte da cidade selecionada. As análises estatísticas foram realizadas através do IBM SPSS® *Statistics* 21.0, com uma etapa descritiva para caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e outra analítica, realizando a comparação de grupos. Importante destacar que os dados foram analisados através do teste de normalidade no teste de Shapiro-Wilk,

apresentando-se não normal. Os dados ainda foram analisados separadamente quanto ao porte, através do teste qui-quadrado.

Vale ressaltar que esta pesquisa é um recorte de um estudo mais amplo, focando na avaliação da PIP nas Equipes de Saúde da Família (eSF) em municípios paraibanos. Mencionando, ainda, que os preceitos éticos foram respeitados durante a realização desta pesquisa envolvendo seres humanos, diante dos nacionais (Resolução 466/12) e internacionais (Declaração de Helsinki), aprovada desta forma pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer n. 6016822 e CAAE n. 61453422700005188, versão 2.

RESULTADOS

Os dados foram disponibilizados no Quadro 1, contendo a caracterização da amostra de acordo com as variáveis de: média, desvio padrão, mediana, e intervalo interquartilico, mixados com os resultados qualitativos diante das falas dos participantes, acerca da colaboração interprofissional em ambos os municípios, com a finalidade de afirmação dos achados, sendo expostos através de construções gráficas editadas no pacote de editores de texto (*Microsoft Word*) convergindo com a possibilidade de compreensão visual e linguística dos dados expostos, construídas manualmente. Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, suas falas foram codificadas com a inicial de sua profissão, número de ordem da entrevista da equipe, e inicial do porte do município selecionado (exemplo: Agente Comunitário de Saúde: ACS; + 1ª equipe entrevistada; + médio porte: M; totalizando o código ACS1M) como demonstrado a seguir:

Quadro 1: Aspectos quantitativos e qualitativos do estudo diante da PIP em ambos os municípios.

	QUALITATIVO	
QUANTITATIVO	POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES
PARCERIA Média $\bar{x}$ 3,91 Desvio padrão Σ (0,07) Mediana $\bar{x}$ 3,81 Intervalo interquartilico IRQ (3,77-4,06)	ACS4M [...] <i>tem campanhas e ações que precisam da comunicação entre os profissionais, a gente combina pra unir os olhares de cada profissional, seja pra gestante, hipertenso, diabético, etc [...]</i>	ACS2P [...] <i>a comunicação com os usuários é bem difícil [...]</i> D1M [...] <i>são duas equipes aqui atuando mas nós não temos definido quem é responsável pelo quê [...]</i> ENF1P [...] <i>aqui fica muito voltado ao atendimento individual, não existe, a equipe multiprofissional [...]</i>

	D4M [...] procura sempre se comunicar direitinho pra não haver divergências, pra não haver outros problemas, mas a gente tenta procurar sempre se comunicar entre a gente [...] ENF2P [...] a gente tem uma boa convivência entre nós, e, os atritos a gente consegue resolver entre equipe mesmo, as discordâncias, né [...] MED3P [...] cada caso é uma nova oportunidade de unir os saberes em prol da necessidade do paciente. [...]	MED4M [...] o que existe, é mais comum é, eu envio pra 'fulano', 'fulano' envia pra 'sicrano', mas isso não é trabalho em equipe [...]
COOPERAÇÃO Média $\bar{x}$ 4,06 Desvio padrão Σ (0,07) Mediana $\bar{x}$ 4,0 Intervalo interquartilico IRQ (3,92-4,20)	ACS2M [...]um complementa o outro no trabalho, então em cima disso a gente trabalha em cooperação e em equipe nesse trabalho, que se torna digamos que melhor e acaba que recebemos bons resultados, em relação ao paciente e à comunidade[...] D1P [...] é multidisciplinar, a gente procura sempre envolver todos os profissionais[...] ENF2M [...] eu quanto enfermeira, não posso, nem devo anular o saber a prática do meu colega, independentemente de profissão, então eu vejo isso como algo muito positivo [...] MED4P [...] abordagem com a equipe dá pra gente mais clareza e a gente pode ajudar as pessoas [...]	ACS2M [...] um ponto negativo é que aqui eu não consigo trabalhar a essência do ESF, a população aqui ver aqui como um pronto atendimento[...] D2P [...] Quando os vínculos se quebram tudo começa do zero, e custa muito a se reestabelecer o novo convívio, pois é tudo novo [...] ENF3M [...]Muitas vezes eu sinto que apenas o ESF é responsável pelo cuidado do paciente[...] MED3M [...] tudo se baseia na comunicação, como a gente não tem um bom convívio, dificilmente vamos ter um bom resultado[...]
COORDENAÇÃO Média $\bar{x}$ 3,05 Desvio padrão Σ (0,10) Mediana $\bar{x}$ 3,00 Intervalo interquartilico IRQ (2,84-3,27)	ACS2M [...] primeiro a gente discute nossos problemas em comum entre equipe, só quando fazemos visita que identificamos alguma necessidade, é que discutimos com o usuário pra que ele também faça parte das decisões, dependendo do caso, convidamos outros serviços da rede também pra colaborar com as demandas do ESF [...] D3P [...] antigamente a reunião da odontologia era feita isolada, recentemente alteraram esses	ACS4P [...] as reuniões não são muito periódicas, não é uma coisa da cultura da equipe ainda ter reunião[...] D1P [...] o que eu mais vejo na área da saúde, na maioria dos profissionais, é a baixa remuneração e as péssimas condições de trabalho, muitas vezes até os insumos são de qualidade baixa, não dá pra utilizar e fazer um trabalho bacana, e até mesmo não podemos exigir de um profissional que ele dê o seu melhor, se ele não é remunerado dignamente pra isso, e isso cria um desmotivo coletivo, a maioria dos

	<i>encontros, e a reunião agora é feita entre todos [...]</i> <i>ENF3P [...] mantendo reuniões semanalmente ou então mensais para pôr as pautas em dia e poder resolver as pendências [...]</i> <i>MED1M [...] se não fosse os cronogramas e a rotina, não conseguiríamos cumprir as metas [...]</i>	<i>profissionais está desmotivado, justamente por isso [...]</i> <i>ENF3M [...] Existem uma falta de suporte da gestão, nem sempre eles nos oferecem os recursos necessários pra nosso trabalho, muito menos os recursos que a comunidade precisa, às vezes falta remédio, às vezes falta insumos pra os procedimentos de rotina, as vezes o material quebra ou dá defeito, e demora uma eternidade pra conseguir conserto ou outro parecido, isso não facilita nosso trabalho [...]</i> <i>MED2M [...] como se deve atuar uma equipe de saúde na família? Isso pra mim não está muito claro aqui não [...]</i>
--	---	--

Fonte: Arquivo da pesquisa.

DISCUSSÃO

Através dos dados apresentados podemos destacar a limitação em relação ao eixo da Coordenação, sendo justificado com falas que versam sobre fragilidades de vínculo, ausência de encontros/reuniões em equipe, falta de perfil profissional e ausência de apoio da gestão. A literatura aponta que os profissionais de saúde são profissionais que anseiam por oportunidades que propiciem o reconhecimento, a segurança, a dignidade, a expressão da criatividade, a capacidade de influenciar nas decisões e a obtenção de justiça no ambiente laboral. No entanto, destacam que ao longo do tempo, a motivação diminui devido à vivência e percepção de um cenário deteriorado, caracterizado por condições de trabalho desfavoráveis, enfraquecimento dos laços profissionais e ausência de um plano de carreira adequado (Alves Filho; Borges; 2014).

A Coordenação tem sido um desafio na prática profissional, sobretudo em áreas específicas como a Estratégia de Saúde da Família, que emerge da necessidade de desenvolver ações estratégicas a fim de fortalecê-la, que acolham os desafios e obstáculos identificados. Além disso, é essencial promover a compreensão mútua dos diferentes papéis desempenhados por cada profissional, e pela gestão, reconhecendo que a diversidade de especialidades enriquece a

abordagem aos cuidados de saúde, sendo necessária a aplicação de pesquisas como esta na realidade de outros municípios e serviços de saúde.

Em contraponto, às perspectivas em relação ao eixo da Coordenação destoam de acordo com a fala de outros profissionais quando referenciam a descentralização do cuidado que vai de encontro ao usuário em sua realidade, rotina de prática profissional e unificação de processos de trabalho através de cronogramas determinados pela coordenação.

Uma diversidade de fatores exerce influência na colaboração interprofissional nos cuidados em saúde, abrangendo desde competências individuais, até aspectos interpessoais, organizacionais e externos (Van Dongen *et al.*, 2016). Faz-se importante a criação de espaços de comunicação eficazes, como identificados nesta pesquisa, através de um ambiente mais propício para o compartilhamento de conhecimentos, receptivo ao diálogo; com a definição clara dos papéis profissionais, trabalhando as habilidades e experiências de cada profissão; que tem reflexo direto nos melhores resultados para os pacientes através da prestação de serviços eficaz; e a promoção de uma compreensão profunda entre os papéis dos profissionais envolvidos.

A Parceria surge como eixo intermediário entre os resultados encontrados nesta pesquisa, destacando entre falas sobre as fragilidades enfrentadas, desde aspectos sobre comunicação entre profissionais e equipe, até a fragmentação das práticas, individualização do atendimento profissional e precarização da estrutura física das unidades básicas de saúde. Em relação à perspectiva da potencialidade da Parceria, pode-se destacar a comunicação e a união profissional em prol de um tema em comum, como campanhas, e o trabalho em relação à pluralidade de realidades encontradas nas ESF.

Pode-se afirmar que ao promover a comunicação colaborativa através da educação e formação, diferentes profissionais partilham suas experiências, proporcionando enriquecimento de prática, permitindo a familiarização com diversos métodos e desafios, ao receber um *feedback* construtivo. A implementação da qualificação acerca da PIP em equipes de saúde, criam oportunidades para a aprendizagem formal em ambientes diversos que emergem como estratégias valiosas para promovê-la (Macedo, 2022).

Deste modo, a eficácia do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional se ancoram na comunicação fluida e no compartilhamento de vivências e informações, que promovem contato frequente, sociabilidade e reconhecimento mútuo entre os membros. A coexistência no mesmo espaço físico e o tempo dedicado ao trabalho conjunto são elementos cruciais para fortalecer laços sociais, facilitar a integração na equipe de trabalho e fomentar a colaboração interprofissional (Dellafiore, 2019).

O maior ponto de destaque desta pesquisa se dá através do eixo Cooperação que obteve a maior média, sendo afirmado por meio das falas sobre complementação da atuação multiprofissional, sobre identificar com clareza o papel unificador de saberes que o profissional tem na APS, direcionado para benefício do usuário do SUS, onde as práticas se entrelaçam e refletem no êxito da interprofissionalidade. A falta de clareza sobre papéis e responsabilidades, é evidenciada como consequência que leva a erros, pela ausência da comunicação transparente, levando a duplicação de esforços por parte de alguns profissionais e consequentemente negligência nos cuidados ao paciente por parte dos demais que sinalizam insatisfeitos.

A vivência da colaboração interprofissional, através da ótica da cooperação, demanda uma partilha de responsabilidades entre os integrantes das equipes, interligação e transparência nos papéis profissionais, tarefas e metas, visando a orientar a prestação de cuidados de saúde por meio de atributos essenciais diante dos diversos cenários da saúde (Caneppele *et al.*, 2020). A PIP é trazida como uma abordagem contínua de intercâmbio de conhecimentos e experiências entre profissionais, baseada na cooperação, com ênfase na aprimoração dos cuidados de saúde. Destaca-se o papel da cooperação como uma ferramenta crucial na facilitação da construção coletiva de perspectivas interprofissionais (Previato; Baldissera, 2018).

A colaboração interprofissional emerge como uma estratégia eficaz para superar lacunas entre diversas categorias profissionais. Isso acontece pela articulação dos diferentes pontos de vista relacionados ao cuidado do usuário, promovendo um comportamento cooperativo marcado por constantes trocas de conhecimentos e adaptações no desempenho das tarefas. Essa abordagem não se

concentra exclusivamente no papel profissional de cada indivíduo, mas sim na colaboração ativa com os demais membros da equipe (Dellafiore, 2019).

Também foi possível identificar aspectos dificultadores da prática profissional através do eixo da cooperação, somados à grande demanda de atribuições que as ESF dispõem, fato que se intensifica na quebra dos vínculos profissionais, e nas dificuldades de relacionamento profissional. Quando os profissionais não conseguem compartilhar seus conhecimentos de maneira eficiente, o resultado é uma lacuna na compreensão global do quadro clínico, o que impacta negativamente as decisões em equipe e a eficácia da assistência ofertada. Para superar esses desafios, é necessário estabelecer estratégias sólidas que fomentem a cultura da colaboração interprofissional e do intercâmbio de informações.

A identificação das limitações na prática da colaboração interprofissional instiga a busca por soluções que possam revitalizar e otimizar o trabalho na prática. A insatisfação entre os trabalhadores mostra-se como consequência direta das barreiras que impedem a colaboração fluida e a troca adequada de informações, atitudes como: fortalecimento de vínculos; incentivo de reuniões regulares entre diferentes profissionais; implementação sistemas de registro compartilhados; e investir em treinamentos focados na melhoria da comunicação; são medidas que podem contribuir significativamente para a resolução dessas questões.

CONCLUSÃO

A Coordenação, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, é um desafio, exigindo ações estratégicas para fortalecer o cuidado, esta pesquisa destaca a importância da comunicação eficaz, definição clara de papéis e promoção da compreensão mútua para melhorar os resultados para os pacientes. Ressalta-se também a Cooperação como um ponto forte, mas aponta para a falta de clareza nos papéis como um desafio a ser trabalhado nos municípios. A colaboração interprofissional é vista como essencial, superando lacunas entre categorias profissionais e promovendo um ambiente de trabalho mais eficaz. No entanto, aponta-se justificativas para as dificuldades na cooperação como a grande demanda das ESF e dificuldades de relacionamento profissional. Em contraponto, sugere-se a

adoção de estratégias como fortalecimento de vínculos, reuniões regulares e treinamentos são sugeridas para superar esses desafios e melhorar a colaboração interprofissional, criando, desta forma, um ambiente onde a interprofissionalidade deixe de ser uma ideia teórica e passe a ser uma prática cotidiana, fazendo com que os profissionais de saúde trabalhem de forma mais coesa, aproveitando os pontos fortes individuais e coletivos de cada especialidade para oferecer cuidados abrangentes e integrados, estimulando a satisfação dos profissionais e de pacientes que colherão benefícios de um tratamento conciso.

REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, Antônio; BORGES, Livia de Oliveira. A motivação dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 4, p. 984-1001, 2014.

ARRUDA, Liziene de Souza. **Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

CANEPPELE, Aline Heleni *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, n. 24, 2020.

DELLAFIORE, Federica Dellafiore *et al.* Individual-level determinants of interprofessional team collaboration in healthcare. **Journal Of Interprofessional Care**. v. 33, n. 6, p. 762–767, 2019.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional, **Revista Interface**. v. 18, n. 48, p. 213-5, 2014.

MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho. Colaboração interprofissional nas profissões da saúde. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 6, n. 1, 2022.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde.

Revista Gaúcha de Enfermagem. n. 39, 2018.

SILVA JUNIOR, Luiz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras, **Revista Ciência Educação**, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018.

VAN DONGEN, Jérôme Jean Jacques *et al.* Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 58, 2016.

4.3 Artigo III

O QUE TEMOS E O QUE FALTA? PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE A RESPEITO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: A interprofissionalidade tem sido amplamente discutida no contexto da saúde, em especial no que diz respeito à prática de profissionais que atuam em equipe na Atenção Primária à Saúde. No entanto, apesar dos benefícios evidentes da interprofissionalidade, ainda existem desafios a serem enfrentados para a sua implementação na prática. Desse modo, objetivou-se descrever as concepções que os profissionais inseridos nas ESF possuem acerca da Interprofissionalidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo transversal, descritiva e analítica, realizada na região Nordeste do Brasil, no estado da Paraíba, em um município de pequeno porte na região do sertão do estado. Participaram desta pesquisa dezesseis (16) profissionais de saúde que trabalharam em quatro equipes de APS distribuídos de modo equânime (entre Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas, e Agentes Comunitários de Saúde). Os dados foram coletados através de entrevista gravada, norteadas por um instrumento semiestruturado, em seguida transcritas e analisadas através da técnica de Análise de discurso proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, emergindo seis (6) Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). Foi possível identificar que as resoluções dos problemas de coordenação e comunicação na interprofissionalidade são fundamentais para o avanço de um sistema de saúde centrado no paciente e colaborativo na APS. Desse modo, ao final, pode-se perceber que se faz necessário promover a compreensão mútua dos diferentes papéis desempenhados por cada profissional e pela gestão, reconhecendo que a diversidade de especialidades enriquece a abordagem aos cuidados de saúde. Sugere-se ainda, que, estudos nesta temática sejam desenvolvidos e aplicados na realidade de outros municípios e serviços de saúde.

Palavras-chave: Prática profissional; Práticas interdisciplinares.

Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A interprofissionalidade tem sido considerada uma abordagem eficaz na promoção da qualidade da assistência à saúde bem como no fortalecimento do trabalho em equipe, à medida que envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, e objetiva a melhora da qualidade, segurança do atendimento, e satisfação dos pacientes (Giviziez *et al.*, 2020). Com isso, os debates a respeito de estratégias efetivas de prestação de cuidados de saúde têm crescido mundialmente entre os profissionais da saúde (Araújo *et al.*, 2017).

Entre os benefícios da interprofissionalidade estão a promoção de uma atenção mais integrada, considerando a complexidade dos problemas de saúde e a diversidade de saberes e práticas envolvidas. Ela tem o potencial de melhorar a qualidade da assistência à saúde em diferentes níveis, desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação (Orchard *et al.*, 2018). Todavia, ainda existem desafios a serem superados para sua implementação na prática, principalmente no que tange ao trabalho profissional na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse âmbito, há destaque para a falta de clareza sobre as competências de cada profissional e a dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva entre os componentes da equipe (Giviziez *et al.*, 2020).

Nessa conjuntura, faz-se necessário a compreensão da percepção dos profissionais acerca da Prática Interprofissional (PIP). Isso torna o presente estudo relevante por possibilitar o reconhecimento das necessidades existentes para a consolidação da prática interprofissional nas equipes da APS, a partir da percepção dos profissionais de saúde sobre as dificuldades e potencialidades existentes no processo de trabalho.

É oportuno enfatizar que o desenvolvimento de uma pesquisa voltada para a compreensão do conhecimento sobre a PIP na percepção dos profissionais de saúde para sua implementação na Paraíba pode trazer aprofundamento ao tema, e traz notoriedade e relevância à realidade encontrada em sua amplitude e variedade

de significados distintos que são possíveis de encontrar nestes, e em outros diversos cenários de municípios deste Estado. Para tanto, faz-se necessário esclarecer que esta pesquisa se dá através de um recorte de uma pesquisa maior, que visa a avaliar a prática interprofissional na estratégia saúde da família em municípios da Paraíba, sendo guiado, neste recorte, pelo seguinte questionamento: *Como se dá o processo de Colaboração Interprofissional dos profissionais da saúde no contexto das ESF em um município de pequeno porte na Paraíba?* Dessa forma, objetiva-se descrever as concepções que os profissionais inseridos nas ESF possuem acerca da Interprofissionalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo transversal, descritiva e analítica, realizada na região Nordeste do Brasil, no estado da Paraíba, em um município de pequeno porte na região do sertão do estado, localizado a 381km da capital João Pessoa – PB. Tal localidade tem uma área territorial de 395,075km², habitada por 9.234 pessoas, com densidade demográfica de 23,37hab/km², de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022. No município existem 14 serviços de saúde, sendo cinco na APS, na modalidade de Equipes de Saúde da Família (eSF), com quatro (ESB) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022; Brasil, 2022). Ressalta-se que a seleção do município se deu por conveniência diante da acessibilidade de um dos pesquisadores.

A população do estudo foi composta por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários da Saúde - ACS) que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família do município selecionado, em unidades de Equipes de Saúde da Família (eSF) que possuem Equipes de Saúde Bucal (ESB) integradas. Foram incluídos aqueles profissionais que trabalhassem em ESF; que tivessem minimamente três meses de vínculo com a equipe; que estivessem presentes no momento da coleta de dados; afirmando seu interesse em participar desta pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Uma das ESF do município foi excluída por não ter ESB integrada. Dessa forma, foram incluídos no

estudo um total de (dezesesseis) 16 participantes, organizados em quatro (4) equipes de ESF.

Em sua maioria prevalente as entrevistadas foram do sexo feminino com prevalência de idades entre 35 e 39 anos, as profissionais afirmaram ser especialistas, exercendo uma média de carga horária semanal de quarenta (40) horas. O tempo de prática na APS variou de acordo com a amostra, tendo como referência tempo de 3 meses a 31 anos, surgindo média de 9 anos e meio (de trabalho na equipe atual). As categorias profissionais tiveram participação profissional equânime correspondendo a quatro profissionais de cada categoria, o que indica paridade de organização na formatação das equipes.

Para coleta dos dados, os profissionais foram entrevistados nas USF utilizando instrumento semiestruturado adaptado a partir do roteiro temático elaborado por Arruda (2016), de modo a explorar aspectos relacionados à organização do trabalho; trabalho em equipe; e prática interprofissional. A quantidade de participantes definiu-se pelo censo populacional. Após as entrevistas, as falas dos participantes foram transcritas na íntegra, analisadas e codificadas diante da proximidade entre as afirmativas.

Para análise dos dados, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), é definida constantemente como uma técnica de análise de discurso proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2013). Essa abordagem busca capturar as ideias centrais de um grupo de indivíduos, permitindo identificar pontos de convergência e divergência em suas percepções (Lefèvre; Lefèvre, 2003; Lefèvre; Lefèvre; Marques, 2009; Lefèvre; Lefèvre, 2012; Lefèvre; Lefèvre, 2013). Envolve ainda a seleção de trechos-chave dos discursos dos participantes, que são agrupados e organizados em um discurso coletivo, representando as opiniões compartilhadas pelo grupo. Proporciona uma visão holística das narrativas individuais, facilitando a compreensão de padrões e significados subjacentes (Figueiredo, Chiari, Goular, 2013).

Destaca-se ainda que todos os preceitos éticos envolvendo seres humanos foram respeitados durante a realização desta pesquisa, nacionais (Resolução 466/12) e internacionais (Declaração de Helsinki), sendo aprovada pelo comitê de

ética em pesquisa pelo parecer n. 6016822 e CAAE n. 61453422700005188, versão 2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos conceitos-chave que representam as categorias temáticas do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, emergiram seis categorias de DSC, resultando em: **DSC01** - “sinto que posso contar com eles, e vice-versa; **DSC02** - “nem todos os profissionais entendem a demanda da comunidade”; **DSC03** - “é diante do respeito que nós construímos a confiança em equipe”; **DSC04** - “é difícil saber quem está do nosso lado, e quem quer nos prejudicar”; **DSC05** - “a gente precisa ter muitos olhares pra poder ajudar a resolver a demanda de quem precisa”; **DSC06** - “são inacessíveis, profissionais assim não tem tempo pra trabalhar pra população”; exemplificadas no Quadro 2.

Quadro 2: Ideias centrais e categorias temáticas; Discurso do sujeito coletivo – DSC de 01 a 06.

IDEIA CENTRAL	CATEGORIAS TEMÁTICAS DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
A cooperação na prática interprofissional	DSC1 - “sinto que posso contar com eles, e vice-versa;”
“[...]Existe cooperação [...] a gente procura fazer os atendimentos em conjunto [...] sempre procuramos facilitar pra o paciente [...] os profissionais combinam o dia de atender determinado público pra poder fluir o trabalho no ESF [...] essa equipe atual coopera demais com meu trabalho profissional [...] a cooperação entre os colegas faz toda diferença pra nossa comunidade [...] sinto que posso contar com eles, e vice versa [...] Nossa equipe se ajuda muito [...] eu não estou todos os dias na unidade, preciso da colaboração dos outros profissionais pra conseguir atender os meus pacientes [...] meus colegas sempre agilizam as pendências, seja de receitas, marcações, e acompanhamento que minha área necessita [...] nosso objetivo principal é o paciente, e todos entendem isso [...]”	
Falta de perfil profissional na APS	DSC2 - “nem todos os profissionais entendem a demanda da comunidade”
“[...] é sempre um desafio [...] tem que melhorar em relação as demandas [...] muitas pacientes chegam na hora que a gente está indo embora, isso dificulta meu trabalho [...] a gente vive fazendo	

adaptações no trabalho, isso ai eu não gosto [...] tem gente que não se liga, não quer, não ouve, não quer cooperar[...] nem todos os profissionais entendem a demanda da comunidade [...] a comunidade não tem culpa se os gestores contratam profissionais sem perfil pra atuar na área [...] tem dia que atendo criança, gestante e idoso, se fosse dividido daria mais tempo de julgar os casos com mais precisão [...] não existe cooperação entre os membros da equipe que trabalho [...] sempre vai precisar melhorar um pouco porque somos seres humanos [...] a gente atende em igrejas, em garagens, em cima do carro, não tem uma maca pra examinar o paciente direito, isso prejudica a assistência [...]"	
Confiança no trabalho em equipe	DSC3 – “é diante do respeito que nós construímos a confiança em equipe”
“[...] existe confiança sim, foi construída a partir do tempo [...] Eu acho que tem [...] só no dia a dia a é que a gente consegue observar o profissional, a conduta dele [...] respeitar a conduta do colega é essencial [...] cada um tem a sua responsabilidade dentro da equipe [...] é diante do respeito que nós construímos a confiança em equipe [...] a gente vai observando o trabalho de cada um e percebendo em quem pode confiar [...] eu observo como a enfermeira trabalha, como a recepcionista trabalha, etc, observo todo mundo [...] eu acredito que sim, na realidade a gente precisa confiar [...] se a gente não puder confiar neles, nós não vamos conseguir resolver as demandas da nossa comunidade [...] Eu respeito até demais [...] as pessoas da comunidade tem uma cultura particular, a gente tem que saber ser respeitoso pra poder conseguir a confiança da população [...] pelo trabalho que viemos fazendo todos eles também confiam em mim [...]"	
Ausência de confiança	DSC4 - “é difícil saber quem está do nosso lado, e quem quer nos prejudicar”
“[...]Já passou gente de todo por aqui, pelo menos eu, não confiava neles não [...] hoje temos uma rotatividade muito grande de profissionais que passam pela ESF [...] todo mundo que tá lá no posto tem que saber dar informação correta [...] é uma pergunta difícil de se responder [...] eu só consigo responder por mim, sei os que são excelentes profissionais, e os que tem alguns deslizes de vez em quando [...] toda equipe erra [...] aqui parece mais uma clinica, tratativa, do que uma UBS, preventiva e educativa [...] Em alguns eu tenho confiança, a gente consegue no dia a dia e trocar uma ideia [...] é difícil saber quem está do nosso lado, e quem quer nos prejudicar [...] faz anos que trabalho aqui, pra quem chega com o barco andando ainda é uma novidade, por isso não colaboram com o trabalho que a gente vem desenvolvendo [...] Eu acho que não existe justamente pela falta de encontros [...] eu costumo dizer que essa equipe é diferenciada, é como se ela não fizesse parte da APS[...]"	
Apoio da gestão	DSC5 - “a gente precisa ter muitos olhares pra poder ajudar a resolver a demanda de quem precisa”
“[...] Comigo sempre estão mantendo contato [...] colaboram muito [...] no SUS não dá pra garantir tudo que o profissional precisa, mas estão sempre se esforçando pra resolver [...] a gestão sempre	

colabora, dentro dos esforços deles [...] Nossa gestão é bem participativa, trabalhamos em prol da população [...] nossas metas são atingidas quase sempre isso é fruto de uma excelente coordenação [...] existe uma boa coordenação por trás disso tudo [...] tem que ter alguém norteando todos aqueles profissionais [...] o que vejo é que a cada ano a composição da equipe vai aumentando [...] tem coisas que só a Enfermeira sabe me repassar e tem coisas que só o ACS consegue resolver pra equipe, é assim, um colabora com o outro e vai dando certo [...] todos os repasses são feitos na equipe[...] Se a comunidade precisa, tem que ser inserido cada vez mais profissionais [...] a gente ter muitos olhares pra poder ajudar a resolver a demanda de quem precisa[...]"	
Inviabilização do trabalho interprofissional	DSC6 - "são inacessíveis, profissionais assim não tem tempo pra trabalhar pra população"
"[...]aqui o clima é sempre tenso [...] temos muitas falhas que poderiam ser dissolvidas [...] a gestão não se importa com os profissionais de saúde [...] nossa coordenação é péssima [...] aqui falta tudo, desde transporte pra uma visita domiciliar até mesmo medicamentos pra população [...] não dá pra esperar um trabalho legal se não viabilizam nem sequer o básico pra nós [...] tem gente mal vejo na entrega de dados, uma vez por mês [...] tem pessoas que são pra trabalhar com a gente o mês todo, e não encontramos nenhum dia no ESF[...] se tivéssemos um norte da coordenação tudo seria diferente, quem deveria nos representar nem pisa na secretaria de saúde [...] são inacessíveis, profissionais assim não tem tempo pra trabalhar pra população [...] já levei vários questionamentos em relação a gestão, e existe muito medo por parte dos profissionais em buscar melhorias [...] a questão da contratação fere muito a luta pelos direitos dos profissionais, muitos tem medo de ser demitidos [...] sempre que vejo irregularidades eu falo mesmo [...]"	

Fonte: Arquivo da pesquisa.

Diante dos discursos apresentados, verificam-se divergências na estruturação das equipes, uma vez que muitos fatores estão envolvidos, que vão desde aspectos positivos, como a confiança, até aspectos negativos, como a comunicação profissional. Assim, compreendendo a interprofissionalidade como uma estratégia de prática a ser incentivada e utilizada por equipes e gestores, ocorrendo quando duas ou mais profissões aprendem entre si, consigo e sobre as outras profissões para melhorar a colaboração em prol da qualidade e dos serviços prestados à população, há a necessidade de observá-la perante três dimensões: a coordenação, a cooperação e a parceria, elementos que são definidos caracteristicamente a partir

de quando os membros de uma equipe tem seus papéis de identidade definidos e delimitados (Orchard *et al.*, 2018; Giviziez *et al.*, 2020).

A identidade da equipe interprofissional compreende vários elementos. Por exemplo, a clareza dos papéis de cada profissional não se apresenta em determinados momentos nos discursos dos entrevistados, sendo um aspecto em destaque a ser trabalhado nas equipes. Autores citam a intensa interdependência das ações/responsabilidades compartilhadas, como ponto a ser trabalhado nas equipes, sugerindo um bom perfil de relação interprofissional quando ela é efetivada (Orchard *et al.*, 2018; Giviziez *et al.*, 2020).

Outro elemento que merece ênfase é a Cooperação, que surge como força/apoio profissional em comum dos entrevistados no **DSC1** - “*sinto que posso contar com eles, e vice-versa*”, sobre a “Ideia Central: A cooperação na prática interprofissional” o que sugere uma prática interprofissional mais colaborativa com menor interdependência entre os profissionais, não necessariamente havendo relação de centralidade do usuário, da família e da comunidade (Giviziez *et al.*, 2020). Esse aspecto pode ser aprofundado através de conceitos como o de Araújo (2017), que cita a interprofissionalidade relacionando-a a práticas concretas voltadas para a solução de problemas do cotidiano dos trabalhadores, das equipes e seus serviços.

Em contraponto, visualiza-se nas falas no **DSC2** - “*nem todos os profissionais entendem a demanda da comunidade*”, sobre a “Ideia Central: Falta de perfil profissional na APS” a dualidade de realidades acerca da cooperação entre os membros que a compõe. Percebem-se características que vão além da cooperação em equipe, situações como confiança, organização e, principalmente, a autoidentificação com o trabalho, a cooperação em equipe faz parte de um processo estratégico de ação e modalidades de práticas, não apenas como conjunto de normas a serem seguidas, em relação aos atributos de finalidades de campos práticos (Araújo, 2017).

A implementação de uma rotina profissional estruturada desempenha um papel basilar na APS, garantindo uma abordagem sistemática e eficiente para o cuidado dos pacientes. Ao defini-la, é possível que os profissionais de saúde estabeleçam uma conexão contínua com os pacientes, promovendo a prevenção,

diagnóstico e tratamento precoces de doenças. Além de ser preconizada pelas políticas públicas, a organização do cotidiano de trabalho na APS contribui para a coordenação das demandas, otimizando a distribuição de tarefas (Brasil, 2018).

Evidencia-se ainda a dualidade de aspectos sobre confiança profissional, respeito, dedicação e da qualidade da atenção que é prestada no trabalho em saúde, nas falas demonstradas nos **DSC3** – “*é diante do respeito que nós construímos a confiança em equipe*” sobre a “Ideia Central: Confiança no trabalho em equipe” e **DSC4** - “*é difícil saber quem está do nosso lado, e quem quer nos prejudicar*” sobre a “Ideia Central: Ausência de confiança”. É importante colocar em pauta atitudes como o respeito mútuo para a construção da confiança, pois dificilmente pode haver uma boa relação de trabalho quando não há respeito profissional associado a prática do trabalho em equipe (Durans *et al.*, 2021).

Considerando a complexidade e as necessidades da APS, torna-se imprescindível reorganizar os serviços de saúde de forma que os trabalhadores da saúde mantenham a harmonia no ambiente laboral bem como homogeneidade em suas ações. A tendência crescente é substituir a atuação isolada de cada profissional de forma independente pela atuação interprofissional de forma colaborativa, em prol de um único propósito (Giviziez *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, quando há confiança no ambiente de trabalho, a prática interprofissional flui e permite conquistas positivas em relação ao exercício profissional em conjunto. Embora a confiança seja frequentemente romantizada como sentimento, quando seu conceito é aplicado no ambiente de trabalho há a união daquilo que se espera do profissional com o que, de fato, acontece quando ele realiza as suas funções. Abarca o trabalho, os diferentes olhares dos núcleos e os saberes da população, contribuindo para o fortalecimento da PIP na participação do usuário e no atendimento de suas necessidades (Giviziez *et al.*, 2020).

Desse modo, pode-se afirmar que o conceito de interprofissionalidade, relaciona-se diretamente com a confiança entre a equipe e as práticas concretas voltadas para a solução de problemas específicos, superando as práticas fragmentadas e construindo, em seu lugar, práticas colaborativas com vistas à qualidade do cuidado oferecido pela equipe (Araújo, 2017).

A ambiguidade de situações também surge nos **DSC5** - *“a gente precisa ter muitos olhares pra poder ajudar a resolver a demanda de quem precisa”* sobre a “Ideia Central: Apoio da gestão” e **DSC6** - *“são inacessíveis, profissionais assim não tem tempo pra trabalhar pra população”* sobre a “Ideia Central: Inviabilização do trabalho interprofissional”. Olhares em relação à coordenação variam entre as falas destacadas, sendo evidente a insatisfação por parte dos profissionais quando se trata do campo da Coordenação.

No **DSC 05**, as falas se dão no entorno do apoio da gestão e da variedade de olhares que a mesma se faz. Já no **DSC 06**, os participantes refletem sobre ausências, falta de perfil profissional e desinteresses por parte de quem coordena os núcleos profissionais de cada realidade, fato que constantemente tem sido trazido a tona das discussões acadêmicas e sociais, para que se possa buscar nortes de melhorias para efetivação da PIP.

Frequentemente autores apontam a interprofissionalidade como um caminho para viabilizar a capacidade resolutiva entre as equipes, diante do pressuposto de que os saberes isolados e fragmentados de cada núcleo profissional dos trabalhadores destoam da prática colaborativa e interprofissional, comprometendo a capacidade do trabalho em equipe (Giviziez *et al.*, 2020).

Esse achado vai de encontro à perspectiva de Prentice *et al.* (2016), corroborando a ideia de que a base da colaboração interprofissional se dá no respeito entre os profissionais, porém, é no apoio organizacional que a fluidez das atitudes pode ser ampliada, surgindo como lacuna em sua pesquisa, indicando um processo educacional entre os pares como norte de resolução para a PIP.

A coordenação na abordagem interprofissional, como discutido em profundidade por Bispo, Rossit e Orchard (2020), desempenha um papel vital na construção da colaboração eficaz entre os profissionais de saúde. A interprofissionalidade exige não apenas a participação de diferentes especialidades, mas também a harmonia de suas competências coletivas e individuais em prol de um cuidado holístico e coeso para os pacientes.

Conforme as autoras supracitadas, a coordenação bem-sucedida é alcançada quando todos os membros da equipe compreendem claramente o escopo de suas responsabilidades, comunicando-se de maneira transparente e compartilhando

informações essenciais de forma eficaz. Ao estabelecer essa base sólida de coordenação na APS, os profissionais podem criar possibilidades que ampliem os benefícios da intervenção interprofissional, resultando em um cuidado integral e equânime (Bispo; Rossit; Orchard, 2020).

Por fim, a satisfação profissional se encontra como outro aspecto que deve ser destacado na PIP, pois foi repetidamente percebida durante os discursos. Como demonstrado anteriormente por meio da prática interprofissional, pode-se melhorar a coordenação de serviços utilizando adequadamente os recursos especializados, unindo as visões profissionais fragmentadas, e proporcionando resultados de saúde que refletem na satisfação do paciente, do trabalhador e de sua equipe.

A satisfação é uma dimensão crítica quando se trata de abordagens interprofissionais na área da saúde. É visto que a colaboração entre diferentes especialidades não só melhora a qualidade do atendimento ao paciente, mas também desempenha um papel fundamental no aumento da satisfação entre os próprios profissionais (Bispo; Rossit; Orchard, 2020). A troca de conhecimento e experiência entre membros da equipe multidisciplinar cria um ambiente estimulante, onde cada indivíduo tem a oportunidade de aprender e crescer com a expertise dos outros. Isso não apenas enriquece o conjunto de habilidades de cada profissional, mas também promove um senso de realização e valorização, levando a uma maior satisfação no local de trabalho (Orchard, 2018).

CONCLUSÃO

O QUE TEMOS E O QUE FALTA? PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE A RESPEITO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A interprofissionalidade surge como uma abordagem promissora na busca por cuidados de saúde mais completos e integrados, o que temos é o norte de discussões acadêmicas acerca da PIP, no entanto, a realidade revela um cenário desafiador, com profissionais de saúde frequentemente insatisfeitos devido a problemas de coordenação e à escassez de comunicação eficaz entre as equipes, exemplificando a lacuna de efetividade diante da PIP a ser trabalhada junto aos

municípios. Esses dilemas ressaltam a urgência de se enfrentar tais questões para aperfeiçoar tanto a qualidade dos serviços prestados aos pacientes quanto o ambiente de trabalho para os próprios profissionais. Conclui-se, assim, que as resoluções dos problemas de coordenação e comunicação na interprofissionalidade são fundamentais para o avanço de um sistema de saúde centrado no paciente e mais colaborativo na APS.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes. **A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife, 2017.
- BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador ORCHARD, Carole. A coordenação na interprofissionalidade no contexto da atenção primária à saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. n. 24, p.190071. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Primária à Saúde - Atenção à Saúde da Criança. 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_28.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2018**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- DURANS, Keyla Cristina Nogueira *et al.* Attitudes related to interprofessional collaboration between Primary Health Care professionals. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e57110413392, 2021.
- FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M; GOULAR, Bárbara N. G. de. Discurso del Sujeto Colectivo: una breve introducción a la herramienta de investigación cualitativa y cuantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 129-136, 2013.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janere; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 24, v. 1, 2008.

GIVIZIEZ, Christiane Ricaldoni *et al.* Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: realidade de um município goiano. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, 2020.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa - desdobramentos**. Porto Alegre: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Cristina da Costa Marques. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo e o resgate das coletividades opinantes**. São Paulo: IPDSC, 2012. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/showcat.php?id=8>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. **CEFAC – Saúde e Educação**. v. 15, n. 3, p. 703-705, 2013.

PRENTICE, Dawn *et al.* Staff perceptions of collaboration on a new interprofessional unit using the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS). **Journal Of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 823-825, 2016.

ORCHARD, Carole. Interprofessional team collaboration: lessons from recent research. **Journal of Interprofessional Care**, n. 32, v. 2, p. 115-117, 2018.

ORCHARD, Carole *et al.* Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**. v. 38, n.1, p 11-18. 2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interprofissionalidade tem se mostrado promissora para cuidados de saúde integrados e este estudo corrobora as perspectivas atuais sobre interprofissionalidade da literatura. A realidade mostra desafios como a insatisfação profissional devido à coordenação e à comunicação fracas entre equipes, necessitando de urgência para resolver questões que afetam o ambiente de trabalho. A insatisfação surge de barreiras para colaboração e troca de informações, a falta de clareza nos papéis de equipe leva a esforços exacerbados por parte de alguns profissionais. Por sua vez, a comunicação fraca causa negligência nos cuidados ao paciente, propiciada pela falha em compartilhar conhecimentos entre os pares da equipe, prejudicando as decisões e a assistência eficaz. A análise quantitativa dos cenários revela um risco concentrado na coordenação, exigindo ação imediata na cidade avaliada. Tais obstáculos apontam para a necessidade de estratégias que fortaleçam essa coordenação, sugerindo-se a criação de canais de comunicação eficazes e a definição clara de papéis para a melhoria na colaboração através de resultados eficazes na prestação de serviços aos pacientes.

Para superar esses desafios, é crucial implementar estratégias que fomentem a colaboração interprofissional e a troca de informações, o que inclui incentivar reuniões regulares, sistemas de registro compartilhados e treinamentos para melhorar a comunicação. Também é importante compreender os diferentes papéis de cada profissional e reconhecer que a diversidade enriquece a abordagem interprofissional aos cuidados de saúde. Dessa forma, faz-se necessário criar um ambiente onde a interprofissionalidade seja uma prática diária, permitindo com que profissionais de saúde trabalhem de maneira coesa, aproveitando as especialidades individuais para cuidados integrados, beneficiando profissionais e pacientes.

Espera-se que, a partir deste estudo, possa haver resoluções dos problemas identificados na coordenação e na comunicação, aspectos fundamentais para um sistema de saúde centrado no paciente e colaborativo, especialmente na APS. Por fim, destacamos a necessidade de realização de mais estudos que possibilitem uma melhor compreensão da realidade abordada nesta dissertação, bem como sobre a interprofissionalidade dos diversos cenários de trabalho dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes. **A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife, 2017.

BRASIL, **Informação e gestão da atenção básica: cobertura de saúde bucal**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: consultas de estabelecimentos - Identificação**. Disponível em: <<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador.

Avaliação da Colaboração Interprofissional: Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR). 1 ed. São Paulo: Universidade Estadual de Alagoas; Universidade Federal de São Paulo; Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2020.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; ORCHARD, Carole. Colaboração interprofissional em equipe: percepção de profissionais de saúde da região nordeste do Brasil. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v.9, n. único, p. 2-24, 2022.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador

ORCHARD, Carole. A coordenação na interprofissionalidade no contexto da atenção primária à saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. n. 24, p.190071. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária à Saúde - Atenção à Saúde da Criança**. 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_28.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Primária à Saúde - Atenção à Saúde da Criança**. 2018. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_28.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação n. 1, de 2 de junho de 2021**. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 397, de 16 de março de 2020**. Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2018**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CUNHA, Yasmine Fernanda Ferreira; SOUSA, Romário Rocha. Gênero e enfermagem: um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v. 13, n. 3, 2016.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionalism in the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, p. 8-20, 2005.

DURANS, Keyla Cristina Nogueira *et al.* Attitudes related to interprofessional collaboration between Primary Health Care professionals. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e57110413392, 2021.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional, **Revista Interface**. v. 18, n. 48, p. 213-5, 2014.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M; GOULAR, Bárbara N. G. de Discurso del Sujeto Colectivo: una breve introducción a la herramienta de investigación cualitativa y cuantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janere; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. n. 24, v.1, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIVIZIEZ, Christiane Ricaldoni *et al.* Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: realidade de um município goiano. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo de 2022**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

JURU, PARAÍBA, **Lei municipal 515 de 10 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os profissionais de Enfermagem e dá outras providências. 2013.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa - desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Cristina da Costa Marques. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. O Discurso do Sujeito Coletivo e o resgate das coletividades opinantes. São Paulo: IPDSC, 2012.

Disponível em:<<http://www.ipdsc.com.br/scp/showcat.php?id=8>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. **CEFAC – Saúde e Educação**. v. 15, n. 3, p. 703-705, 2013.

MACEDO, Ana Paula Moraes de Carvalho. Colaboração interprofissional nas profissões da saúde. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 6, n. 1, p. e22ED3, 2022.

MACHADO, Maria Helena. **Perfil da Enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro COFEN: NERHUS-DAPS/Fiocruz, p.748, 2017. Disponível em:

<<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>>.

Acesso em: 25 fev. 2024.

MELO, Larissa Cândida *et al.* Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: percepção da gestão em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 75, v. 3, 2022.

ORCHARD, Carole. Interprofessional team collaboration: lessons from recent research. **Journal of Interprofessional Care**, n. 32, v. 2, p. 115-117, 2018.

ORCHARD, Carole *et al.* Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**. v. 38, n.1, p 11-18. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: World Health Organization, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Genebra: World Health Organization, 2019.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. n. 39, 2018.

REEVES, Scott *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2017.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da *et al.* Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care Educación interprofesional y la práctica colaborativa en la Atención Primaria de Salud. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 49, n.2, p.16-24. 2015.

APÊNDICES

Apêndice A

Questionário Semiestruturado

Este questionário foi adaptado a partir do roteiro temático utilizado por Arruda (2016) e apresenta as proposições relacionadas aos aspectos a serem explorados nas entrevistas (organização do trabalho, trabalho em equipe e prática interprofissional).

1. Fale sobre a prática vivenciada no serviço de Equipes de Saúde da Família (ESF).
2. Como ocorre a troca de informações entre os membros da equipe?
3. Como as reuniões ocorrem?
4. Quem coordena as reuniões?
5. O usuário participa da tomada de decisões?
6. Existe dificuldades na comunicação entre os membros da equipe? E entre equipe e usuários?
7. Como você caracteriza a relação interpessoal na equipe do serviço em que você atua?
8. Existe cooperação entre os profissionais?
9. Existe confiança entre os profissionais? Caso sim, como a confiança é estabelecida?
10. O que você entende por prática interprofissional?
11. Qual a importância da prática interprofissional para o cuidado em saúde?
12. Existe prática interprofissional no serviço em que você atua?
13. Existe apoio da gestão para que ocorra a prática interprofissional?
14. Existe sistematização das ações na prática interprofissional?
15. Quais aspectos você apontaria como facilitadores para a prática interprofissional? Existem no serviço em que você atua?

16. Quais aspectos você apontaria como dificultadores para a prática interprofissional? Existem no serviço em que você atua?
17. Tem algo que você gostaria de comentar ou acrescentar na entrevista?

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante de pesquisa, os pesquisadores Antares Silveira Santos e Jonathan Cordeiro de Moraes, sob orientação da Professora Doutora Luciana Figueiredo de Oliveira, convidam você a participar da pesquisa intitulada “**A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES E ATITUDES DE PROFISSIONAIS EM MUNICÍPIOS DA PARAÍBA**”. Para tanto, você precisará assinar o TCLE que visa a assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e a forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação. Esta pesquisa tem por objetivo avaliar o

Processo de Colaboração Interprofissional dos profissionais da saúde no contexto de Equipes de Saúde da Família (ESF). Em seu dia a dia na Atenção Primária à Saúde, durante o período de coleta do pesquisador, você responderá questões diante da temática desta pesquisa, que será registrada por meio do preenchimento de questionário ou por meio de entrevista, registrado por gravador e/ou relato manual do pesquisador. Cumpre assinalar que há possibilidade de um risco ao(à) Participante da Pesquisa, como: cansaço, constrangimento, desconforto psicológico e outros previsíveis, que são considerados riscos mínimos, e previsíveis para uma pesquisa com seres humanos. Cabe ainda mencionar que, diante de quaisquer constrangimentos/desconfortos psicológicos na realização desta pesquisa, o participante poderá voluntariamente desistir e/ou retirar sua participação dela sem quaisquer prejuízos para si. É importante destacar os benefícios que esta pesquisa terá no contexto político assistencial dos serviços da saúde, principalmente ao que tange à sua execução e à finalidade na atenção primária à saúde.

INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal da Paraíba

ENDEREÇO: Campus I, Cidade Universitária, João Pessoa – PB, CEP:58051-900

ORIENTAÇÃO: Prof.^a Dr.^a Luciana Figueiredo de Oliveira

RESPONSÁVEIS: Antares Silveira Santos e Jonathan Cordeiro de Moraes

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar ao final deste documento, EU, _____, RG: _____, de forma voluntária, na qualidade de **PARTICIPANTE**, expresse o meu consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo e declaro que está suficientemente informado(a), de maneira clara e objetiva, acerca da presente investigação. E receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo Pesquisador Responsável.

_____ - PB, ____ de ____ de ____.

Voluntário(a)

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR)[®] E Bispo e R Rossit (2019)

A AITCS II-BR é um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe. Consiste de 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional (a maneira como uma equipe trabalha e atua). Os itens da Escala representam três elementos que são considerados fundamentais para a prática colaborativa. Estas subescalas são: (1) Parceria – 8 itens, (2) Cooperação – 8 itens e (3) Coordenação – 7 itens.

Pontuações da AITCS II-BR

Os respondentes indicam seu nível geral de concordância com os itens em uma escala de classificação de cinco pontos que varia de 1= “Nunca”; 2= “Raramente”; 3= “Às vezes”; 4= “Frequentemente”; e, 5= “Sempre”. Essas classificações produzem pontuações de 23 a 115.

O tempo previsto para completar o instrumento é de aproximadamente 10 minutos.

Caracterização dos participantes

Local de trabalho: _____

Área de atuação (saúde mental, saúde da família...): _____

Carga horária semanal: ☐ Horista ☐ 20h ☐ 30h ☐ 40h

☐ Outro (especifique) _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Faixa Etária: ☐ 20 a 24 anos ☐ 25 a 29 anos ☐ 30 a 34 anos ☐ 35 a 39 anos ☐ 40 a

44 anos ☐ 45 a 49 anos ☐ 50 a 54 anos ☐ 55 a 59 anos ☐ Acima de 60 anos

Maior Titulação

☐ Graduação

☐ Especialista

☐ Mestrado

☐ Doutorado

☐ Outro (especifique): _____

Assinale a sua Formação Profissional:

☐ Assistente Social

☐ Biomédico

☐ Cirurgião-Dentista

☐ Educador Físico

☐ Enfermeiro

☐ Farmacêutico

☐ Fonoaudiólogo

☐ Fisioterapeuta

☐ Gerontólogo

☐ Médico

☐ Nutricionista

☐ Psicólogo

☐ Saúde Coletiva

- ☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Técnico de Radiologia
☐ Agente Comunitário de Saúde (ACS)
☐ Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)
☐ Técnico de Laboratório
☐ Técnico de Enfermagem
☐ Outro (especifique) _____

Por favor indique:

Tempo de prática na profissão (*desde a obtenção do registro profissional*): _____ ano(s)

Tempo de trabalho com sua equipe atual: _____ ano(s)

Instruções:

Nota: Alguns termos são utilizados para se referir à pessoa que recebe serviços. Para propósito desta avaliação, o termo “paciente” será utilizado, embora outros termos como “cliente”, “consumidor” e “usuário” sejam utilizados em alguns serviços de saúde.

Por favor, assinale a opção que melhor reflete sua opinião (*neste momento*) de como sua equipe, e você como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

Seção 1: PARCERIA

Quando estamos trabalhando em equipe, todos os membros da minha equipe¹ ...

Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	... incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.					
2	... ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.					
3.	... encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.					
4.	... coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.					
5.	... utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.					
6.	... estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.					
7.	... incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.					
8.	... trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.					

¹ Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente.