

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

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM MUNICÍPIOS VULNERÁVEIS**

Bárbara Rachelli Farias Teixeira

SAPIENTIA AEDIFICAT

BÁRBARA RACHELLI FARIAS TEIXEIRA

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE EM MUNICÍPIOS VULNERÁVEIS**

**INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN PRIMARY HEALTH
CARE IN VULNERABLE MUNICIPALITIES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração Saúde Bucal Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano
Soares Forte

João Pessoa
2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T266c Teixeira, Bárbara Rachelli Farias.

Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde em municípios vulneráveis / Bárbara Rachelli Farias Teixeira. - João Pessoa, 2025.

74 f. : il.

Orientação: Franklin Delano Soares Forte.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde pública - Prática. 2. Atenção Primária à Saúde - Zona rural. 3. Saúde primária - Relações interprofissionais. I. Forte, Franklin Delano Soares. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

Elaborado por ANNA REGINA DA SILVA RIBEIRO - CRB-15/24

Informações Complementares:

Título em outro idioma: Interprofessional Collaboration in Primary Health Care in Vulnerable Municipalities

Palavras-chave em outro idioma: Primary Health Care; Interprofessional Relations; Rural Health; Public Health; Public Health Practice

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva

Linha de Pesquisa: Interprofissionalidade

Banca examinadora: Franklin Delano Soares Forte (Orientador, Universidade Federal da Paraíba); Simone Alves de Sousa (Universidade Federal da Paraíba); Andreza Cristina de Lima Targino Massoni (Universidade Estadual da Paraíba); Ardigleusa Alves Coelho (Universidade Estadual da Paraíba); Eliane Batista de Medeiros Serpa (Universidade Federal da Paraíba).

Data de defesa: 06-01-2025

Informações acadêmicas e profissionais da aluna

- ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1665-5699>

- Link do Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8575665171528637>



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



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
2024

Aos seis dias do mês de janeiro do ano de 2025, às 14:00 com uso de recursos à distância, reuniram-se os membros da banca examinadora composta pelas professores doutores: FRANKLIN DELANO SOARES FORTE (Orientador(a) e Presidente), SIMONE ALVES DE SOUSA (membro interno ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) e ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO (membro externo ao Programa de Pós-graduação em Odontologia – UFPB) a fim de arguirem o(a) mestrando(a) BARBARA RACHELLI FARIAS TEIXEIRA, com relação ao seu trabalho final de curso de mestrado (dissertação), sob o título “Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde em municípios vulneráveis”. Aberta a sessão pelo presidente da mesma, coube o(a) candidato(a), na forma regimental, expor o tema de sua dissertação, dentro do tempo regulamentar. Em seguida, foi questionado pelos membros da banca examinadora, sendo as explicações necessárias fornecidas e as modificações solicitadas registradas. Logo após, os membros da banca examinadora reuniram-se em sessão secreta, tendo chegado ao seguinte julgamento, que, de público, foi anunciado: 1º Examinador (membro externo): Conceito “Aprovado”; 2º Examinador (membro interno): Conceito “Aprovado”, 3º Examinador (Orientador e presidente): Conceito “Aprovado”. O que resultou em conceito final igual: “APROVADO”, o que permite o(a) candidato(a) fazer jus ao título de Mestre em Odontologia. Os documentos utilizados para avaliação da candidata durante o processo aqui descrito apresentam-se como prova documental do mesmo e, como tal, serão anexadas a esta ata para arquivamento. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que será assinada pelo presidente, pelos demais membros da banca e pelo(a) candidato (a).

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO MASSON
Data: 06/01/2025 16:30:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br SIMONE ALVES DE SOUSA
Data: 06/01/2025 19:34:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1º Examinador – Membro Externo

2º Examinador – Membro externo

Documento assinado digitalmente
gov.br FRANKLIN DELANO SOARES FORTE
Data: 06/01/2025 16:42:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br BARBARA RACHELLI FARIAS TEIXEIRA
Data: 07/01/2025 10:30:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

3º Examinador – Presidente

Candidato (a)

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Odontologia – Campus I – Cidade Universitária
João Pessoa – PB CEP – 58051-900 Fone: (83) 3216-7797
www.ufpb.br/pos/odontologia



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



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
(DOCUMENTO ANEXO – 1)

A Comissão Examinadora do Trabalho Final (dissertação) de Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, em sessão pública, após apreciação da apresentação oral e arguição do trabalho:

CANDIDATO: BARBARA RACHELI FARIAS TEIXEIRA
ORIENTADOR: Prof. Dr. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

BANCA EXAMINADORA:

1º Examinador: Prof. Dr. ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO (Membro Externo)
2º Examinador: Prof. Dr. SIMONE ALVES DE SOUSA (Membro externo)
3º Examinador: Prof. Dr. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE (orientador e presidente)

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde em municípios vulneráveis.”.

Houve sugestão de alteração do título do trabalho final? () Sim (x) Não
Se sim, qual o novo título sugerido?

no dia 06 de janeiro de 2025, e observando o que determina a Resolução do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Odontologia atribuem o conceito final:

(x) Aprovado () Insuficiente () Reprovado

ao candidato o que lhe permitirá fazer jus ao título de Mestre em Odontologia, após a tramitação pertinente.

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO MASSON
Data: 06/01/2025 16:28:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br SIMONE ALVES DE SOUSA
Data: 06/01/2025 19:36:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1º Examinador – Membro Externo

2º Examinador – Membro externo

Documento assinado digitalmente
gov.br FRANKLIN DELANO SOARES FORTE
Data: 06/01/2025 16:42:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

3º Examinador – Presidente



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



ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
(DOCUMENTO ANEXO – 2)

João Pessoa, 06 de janeiro de 2025.

CANDIDATO: BARBARA RACHELLI FARIAS TEIXEIRA

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: “Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde em municípios vulneráveis”

1º EXAMINADOR: Prof. Dr. ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO

Parecer: (x) Aprovado () Insuficiente () Reprovado

Documento assinado digitalmente
gov.br ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO MASSON
Data: 06/01/2025 16:27:02-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

1º Examinador

2º EXAMINADOR: Prof. Dr. SIMONE ALVES DE SOUSA

Parecer: (x) Aprovado () Insuficiente () Reprovado

Documento assinado digitalmente
gov.br SIMONE ALVES DE SOUSA
Data: 06/01/2025 19:37:57-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

2º Examinador

3º EXAMINADOR: Prof. Dr. FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Parecer: (x) Aprovado () Insuficiente () Reprovado

Documento assinado digitalmente
gov.br FRANKLIN DELANO SOARES FORTE
Data: 06/01/2025 16:41:25-0300
verifique em <https://validar.itl.gov.br>

3º Examinador

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Odontologia – Campus I – Cidade Universitária
João Pessoa – PB CEP – 58051-900 Fone: (83) 3216-7797
www.ufpb.br/pos/odontologia

RESUMO

Diante de desafios e potencialidades da colaboração interprofissional frente à singularidade da zona rural brasileira, destaca-se o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) à dinâmica do cuidado em saúde na atenção primária. Como objetivo, o estudo busca compreender a colaboração interprofissional dentro das equipes da ESF que atuam na zona rural de municípios em contextos de vulnerabilidade social. A pesquisa, de natureza qualitativa e abordagem exploratória e descritiva, foi conduzida por meio de observação direta não participante, estruturada em entrevistas individuais, com formato de estudo de casos múltiplos. Para a coleta de dados, foram realizadas 23 entrevistas com profissionais da ESF que atuam em zonas rurais de três municípios do Nordeste brasileiro, caracterizados por suas vulnerabilidades sociais. A técnica de análise utilizada para o desenvolvimento da interpretação dos dados coletados foi a hermenêutica dialética. Os resultados evidenciam que a colaboração interprofissional nas zonas rurais em estudo, enfrenta limitações substanciais decorrentes de aspectos como a infraestrutura e o deslocamento de profissionais, o que compromete a continuidade do cuidado e a consolidação de vínculos duradouros com a comunidade. As características territoriais influenciam na prestação de ações e serviços de saúde, apresentando desafios específicos à implementação de práticas colaborativas e integradas na Atenção Primária à Saúde (APS). A presença de equipes multiprofissionais é importante para a estruturação da APS, embora por si só não assegure a efetivação da interprofissionalidade, uma vez que a ausência de ações coordenadas entre os profissionais permanece como uma dificuldade recorrente nos municípios analisados. Apesar dessas adversidades, os profissionais da APS relataram competências e habilidades técnicas para atender às metas e indicadores estabelecidos, adaptando-se às particularidades locais e cultivando interações interprofissionais cotidianas. Essas interações, que envolvem profissionais, usuários e membros da comunidade, constituem um eixo fundamental para o fortalecimento do cuidado, promovendo uma atenção mais integrada, humanizada e ajustada às necessidades e condições de cada território rural. É necessário o fortalecimento das políticas de educação permanente em saúde e interprofissionais, bem como a ampliação de recursos e infraestrutura adequados

ao trabalho das equipes. Estratégias que promovam a integração e o trabalho colaborativo em saúde na zona rural podem contribuir para uma APS mais eficiente, equitativa e capaz de responder às demandas da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Relações interprofissionais; Zona rural; Saúde pública; Prática de Saúde Pública.

ABSTRACT

Faced with the challenges and potential of interprofessional collaboration in the context of the unique characteristics of Brazil's rural areas, the role of the Family Health Strategy (FHS) in addressing the dynamics of healthcare in primary care is highlighted. As an objective, this study seeks to understand interprofessional collaboration of FHS teams working in rural areas of municipalities characterized by social vulnerability. This qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, was conducted through non-participant direct observation and was structured by individual interviews, adopting a multiple case study format. Data collection involved 23 interviews with FHS professionals operating in rural areas of three municipalities in Brazil's northeast region, marked by social vulnerabilities. The analysis technique employed to develop the interpretation of collected data was dialectical hermeneutics. The results reveal that interprofessional collaboration in rural Brazil faces substantial limitations due to aspects such as infrastructure and professional mobility, compromising the continuity of care and the establishment of long-lasting bonds with the community. Territorial characteristics influence the delivery of health actions and services, presenting specific challenges to implementing collaborative and integrated practices in primary health care (PHC). The presence of multidisciplinary teams is significant for structuring PHC, though it does not inherently guarantee the realization of interprofessionality, as the lack of coordinated actions among professionals remains a recurring issue in the municipalities analyzed. Despite these adversities, PHC professionals reported competencies and technical skills to meet established goals and indicators, adapting to local particularities and fostering everyday interprofessional interactions. These interactions, involving professionals, users, and community members, form a fundamental axis for strengthening care, promoting more integrated, humanized, and territorial-needs oriented health services. It is essential to reinforce policies of permanent education in health and interprofessional training, alongside expanding adequate resources and infrastructure for team operations. Strategies that promote integration and collaborative work in rural health can contribute to a more efficient, equitable, and responsive PHC that meets the population's needs.

Keywords: Primary Health Care; Interprofessional Relations; Rural Health; Public Health; Public Health Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AITCS	Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
eMulti	Equipes multiprofissionais
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCNs	Primary Care Networks
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família para à promoção da equidade.....	14
2.2 Saúde na Zona Rural Brasileira: Desafios, Perspectivas e o Papel das Políticas Públicas.....	16
2.3 Competências à Colaboração Interprofissional em Saúde	19
2.4 Educação Interprofissional e Educação Permanente em saúde como estratégia formativa	24
2.5 Colaboração Interprofissional na APS em Contextos Vulneráveis: aspectos organizacionais, relacionais e formação profissional à promoção da qualidade do atendimento	25
2.6 Experiências e Modelos de Colaboração Interprofissional na Atenção Primária em Diferentes Países.....	28
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4. ARTIGO 1.....	31
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS*	59
APÊNDICES	67
Apêndice 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido	67
Apêndice 2 - Roteiro de entrevista semiestruturada	70
ANEXOS	72
Anexo 1 - Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba.....	72

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e atua como ordenadora da rede de atenção por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2010; Brasil, 2011; Aquino et al., 2023). A ESF é caracterizada pela atuação de equipes multiprofissionais (eMulti), compostas por diversos núcleos de profissionais que, por meio da integração em equipe, oferecem cuidado integral e próximo à comunidade (Farias et al., 2017; Brasil, 2023). As ações a serem ofertadas pelas eMulti envolvem a ação interprofissional no apoio matricial, na discussão de casos, nas práticas intersetoriais e na promoção da saúde.

A APS tem sido o espaço mais propício ao avanço das propostas de organização dos serviços de saúde, com base nas práticas colaborativas, a partir da coordenação do cuidado e da organização dos fluxos em todos os níveis de atenção à saúde (Peduzzi; Agreli, 2018; Alves et al., 2021; Barbosa et al., 2022). A universalidade do acesso, a participação social, a integralidade do cuidado, a equidade e o trabalho em equipe são alguns dos princípios singulares a essa conjuntura que auxiliam na veiculação dessas práticas para a produção do cuidado em saúde (Agreli et al., 2016; Toassi et al., 2020).

A colaboração interprofissional envolve a integração entre profissionais de diferentes áreas da saúde, que articulam saberes e experiências para garantir o cuidado integral e de qualidade (D'Amour et al., 2005; Barr et al., 2017). Essa dinâmica intenciona a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença e fortalece o trabalho em equipe (Brasil, 2010; Agreli et al., 2016; Toassi, 2017). A interdependência profissional e a resolução em saúde mediante objetivos comuns, resulta em uma atenção mais adequada às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade (Agreli et al., 2016; Peduzzi; Agreli, 2018).

Nesse cenário de colaboração interprofissional, o estabelecimento de competências é essencial para a formulação da atenção à saúde (D'Amour et al., 2005; Barr et al., 2017). Essas competências interprofissionais referem-se às habilidades e atitudes necessárias para que profissionais de diferentes áreas colaborem de maneira eficiente em seus contextos de trabalho. Compreendem a identidade compartilhada e o funcionamento em equipe, a centralidade do cuidado, o reconhecimento dos papéis entre os diferentes núcleos profissionais, a

liderança colaborativa e a comunicação interprofissional para a resolução de conflitos (Barr et al., 2017). Visando a construção de um trabalho colaborativo e integrado, apoiado no amplo diálogo sobre informações e ações comuns em equipe (Agreli et al., 2016; Barr et al., 2017; Giviziez et al., 2021).

Todavia, é válido ressaltar que a implementação da interprofissionalidade, na realidade brasileira, é recente e, portanto, desafiadora (Ribeiro et al., 2022). A ESF, em seu papel interprofissional, enfrenta dificuldades para a expansão de suas ações, especialmente em territórios rurais e de vulnerabilidade social, pois mesmo com a alta qualidade representada pela APS a escassez e a distribuição desigual de profissionais nesses espaços, bem como recursos financeiros e humanos limitados é evidente (Fausto et al., 2023). Tal cenário compromete, de maneira importante, a resolubilidade desse nível de atenção e suscita o processo de trabalho uniprofissional (Toassi, 2017).

Para mais, as comunidades rurais tendem a ter o acesso relativamente mais restrito comparativamente aos cuidados primários com intervenções no meio urbano (Giovannella et al., 2016; Coimbra, 2018; Pessoa et al., 2018). Logo, a reformulação das ações de saúde e do trabalho em equipe na zona rural deve não apenas contribuir às necessidades da população, mas também desenvolver a autonomia em saúde e o conhecimento para além dos saberes técnicos, em um modo constante de reflexão crítica e empática (Coimbra, 2018). Assim, o trabalho em equipe e o aprendizado partilhado no SUS, em diferentes contextos populacionais, contribuem significativamente para a colaboração (Rodrigues et al., 2021).

Considerando as potencialidades no cuidado integral e na saúde pública de qualidade, torna-se pertinente investigar a interprofissionalidade e as relações desenvolvidas no processo de trabalho pelas equipes de saúde da APS nas zonas rurais (Fausto et al., 2023). Como benefícios da investigação, destaca-se a possibilidade de avanço dessas práticas para a melhoria dos indicadores de saúde (Giviziez et al., 2021). E o fornecimento de informações contextualizadas e o aprofundamento na discussão sobre a avaliação desse trabalho e sua relação com as necessidades da população (Durans et al., 2021; Melo et al., 2022). A partir da compreensão dos elementos de saúde, que envolvem interações, práticas diárias e a estruturação do sistema de saúde, integrando-se às dimensões sociais abordadas neste estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família para à promoção da equidade

A criação do SUS, em 1988, representou um marco transformador na história das políticas de saúde no Brasil, introduzindo um modelo de saúde público, universal e descentralizado, inspirado pelos movimentos sociais e pela redemocratização (Brasil, 2010; Costa et al., 2018). A saúde foi estabelecida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, abrindo caminho para uma atenção à saúde que incorpora a universalidade, a integralidade e a equidade (Brasil, 2010; Castro et al., 2019).

O SUS foi formalmente regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 em 1990, incorporando mecanismos de participação social e de governança descentralizada, que transferiram responsabilidades e recursos para os estados e municípios e criaram instâncias de decisão compartilhada (Brasil, 2010; Castro et al., 2019).

Anteriormente, o direito à saúde era restrito aos trabalhadores do setor formal, vinculados à Previdência Social, enquanto uma grande parcela da população recorria a serviços filantrópicos (Pinto; Giovanella, 2018). Assim, o SUS trouxe mudanças significativas, pois passou a oferecer acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, financiados por recursos fiscais, e garantiu o acesso à saúde como um direito independente da condição de trabalho (Pinto; Giovanella, 2018; Castro et al., 2019).

A constituição da base envolveu a consolidação da APS que atua como porta de entrada desse sistema, proporcionando cuidados básicos e essenciais à população (Brasil, 2011). Sua importância e enfoque em uma abordagem integral e humanizada, considera o indivíduo em sua totalidade, não apenas centrando-se na doença, mas abrangendo as ações de prevenção e de promoção à saúde (Brasil, 2010; Brasil, 2011).

Desde o início reconheceu-se a APS como um modelo de atendimento capaz de promover equidade, universalidade e maior resolutividade no atendimento (Brasil, 2011; Pinto et al., 2018). E, posteriormente com a inserção da ESF como estratégia preferencial para reorganizar a APS, expandiu-se o

acesso e a cobertura da APS para todo o território brasileiro, com ênfase em uma atenção centrada na família e na comunidade, aumentando a capacidade de resposta do SUS (Brasil, 2011; Giovanella et al., 2021).

O fortalecimento da ESF gerou avanços em termos de acesso e resultados de saúde, pois as equipes de Saúde da Família (eSF) que integram esse cenário, passaram de 2.054 em 1998 para 41.619 em 2017, cobrindo mais de 140 milhões de brasileiros (Pinto et al., 2018). Com aumentos significativos, destacou-se a ampliação da cobertura nos municípios do interior que passaram de 4,4% para 76,5% (Pinto et al., 2018; Giovanella et al., 2021).

Instituída em ações de promoção, prevenção e cuidado integral à saúde no território, a ESF buscou integrar as essas equipes à uma relação próxima com a comunidade e com a ampliação do conceito da APS de não incluir apenas cuidados básicos, mas também ações preventivas e interdisciplinares (Aquino et al., 2023; Brasil, 2023). Essa estratégia destacou atributos de acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, com foco nas orientações familiares e comunitárias, promovendo um atendimento mais humanizado e contextualizado (Starfield, 2002; Giovanella et al., 2021).

Em 2007, as equipes multiprofissionais, a partir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), foram criadas para dar suporte às equipes de APS, reforçando a oferta de serviços e promovendo a integralidade do cuidado, com a articulação das linhas de cuidado e a implementação de projetos terapêuticos (Castro et al., 2019). Essa estratégia foi aprimorada, em 2023, com a reformulação das equipes multiprofissionais na APS, agora denominadas eMulti, que incluíram novas especialidades, além do atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimizar o processo de trabalho e a carga horária ampliada (Brasil, 2023).

A expansão da ESF trouxe benefícios significativos para a saúde da população brasileira, especialmente na redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à APS (Giovanella et al., 2016). Estudos demonstram que a ESF oferece um acesso mais abrangente e equitativo à saúde, reduzindo desigualdades regionais, fortalecendo a cobertura de saúde e melhorando o desempenho da prestação de serviços (Giovanella et al., 2016; Castro et al., 2019; Fausto et al., 2023a).

No entanto, a expansão da AB no Brasil também revelou desafios, especialmente em áreas rurais e remotas (Pessoa et al., 2018; Fausto et al., 2023b). Para enfrentar as limitações e aprimorar a capacidade da APS, o Brasil lançou programas e políticas como o Programa Mais Médicos, que buscou enfrentar a insuficiência e a rotatividade de profissionais médicos com provimento emergencial, com formação médica para a atuação em APS; o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, importante intervenção para melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com avaliação de desempenho e indução financeira para melhoria da qualidade (Giovanella et al., 2016; Giovanella et al., 2021). Nesse sentido, o aumento da cobertura da ESF foi expressivo demonstrando o compromisso em reduzir desigualdades e promover equidade (Pinto et al., 2018).

Apesar desses avanços significativos, com o aumentando a eficiência e a capacidade resolutiva do sistema, a APS ainda enfrenta desafios estruturais, como a falta de recursos humanos qualificados, desigualdades geográficas persistentes e a necessidade de uma maior integração com os serviços especializados (Castro et al., 2019; Mendonça et al., 2023).

Assim, o fortalecimento da APS, como núcleo central do cuidado, integrando-a com outros níveis de atenção e adaptando-a às demandas locais envolve um financiamento adequado e infraestrutura que permita a manutenção das ações em saúde (Brasil, 2011; Mendonça et al., 2023).

2.2 Saúde na Zona Rural Brasileira: Desafios, Perspectivas e o Papel das Políticas Públicas

O Brasil passou por transformações demográficas e socioeconômicas significativas ao longo do último século, especialmente a partir da década de 1940, quando experimentou rápida transição demográfica, com acentuadas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, aumento na expectativa de vida e envelhecimento da população (Castro et al., 2019). Esse processo ocorreu em paralelo a uma intensa urbanização, mudando o perfil do país de predominantemente rural para majoritariamente urbano: atualmente, cerca de

85% da população reside em áreas urbanas (Coimbra, 2018; Fausto et al., 2023a).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2010, a população rural do Brasil, marcada por grande diversidade étnica, cultural e social, é estimada em aproximadamente 29,37 milhões de pessoas, representando cerca de 15% da população total (IBGE, 2010). Esse segmento, no entanto, apresenta particularidades importantes, com quase metade (46,7%) vivendo em situação de extrema pobreza, resultado de uma história complexa de concentração de terras, marginalização e resistência, frequentemente recebendo menor investimento e atenção política (Franco et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

Essa realidade coloca a população rural em condições desiguais quando comparada à população urbana, que possui maior acesso a serviços e infraestrutura essenciais (Pessoa et al., 2018; Silva et al., 2018; Rodrigues et al., 2021). A precariedade na infraestrutura é evidente em aspectos como a falta de emprego, moradia adequada, alimentação nutritiva, saneamento básico, educação e serviços de saúde (Bousquat et al., 2022; Fausto et al., 2023).

A pobreza nessas áreas não se resume apenas à falta de bens materiais, mas reflete uma ausência de oportunidades e de alternativas para uma vida digna (Fausto et al., 2023a). Para mais, a ausência de meios de resolução de conflitos e de participação na construção de políticas públicas agrava a vulnerabilidade social, perpetuando relações desfavoráveis (Marin; Ribeiro, 2021).

O acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais é particularmente desafiante, pois esse segmento da população sofre com a dispersão geográfica e a carência de infraestrutura, o que retoma a necessidade de implementação de políticas de saúde e saneamento mais abrangentes (Giovanella et al., 2021; Fausto et al., 2023a). Essas limitações se traduzem, ainda, em barreiras quanto à fixação de profissionais de saúde que, diante da especialização cada vez maior das profissões da saúde, se concentram, em sua maior parte, nos centros urbanos (Pessoa et al., 2018; Bousquat et al., 2022).

Cria-se um desequilíbrio considerável na distribuição de cuidados e na provisão de serviços de qualidade, o que compromete a saúde e bem-estar das comunidades rurais, aprofundando as desigualdades em relação aos moradores urbanos (Silva et al., 2018; Franco et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

Em áreas rurais, o SUS representa a principal, quando não a única, alternativa de atendimento. Em 2003, 71,7% dos atendimentos nas áreas rurais foram realizados pelo SUS, em comparação com 45,4% nas áreas urbanas, devido à ausência de alternativas de atendimento privado (Kassouf, 2005).

No entanto, as dificuldades de acesso aos serviços preventivos, como exames de rotina, e a distância dos serviços especializados continuam a representar um obstáculo significativo (Bousquat et al., 2022; Fausto et al., 2023b). Especialmente na região nordeste, onde localiza-se um quarto dos residentes rurais, mas o percentual de acesso aos serviços de saúde é menor (IBGE, 2010).

Assim, mesmo com a expansão da APS, as zonas rurais seguem com um nível de cobertura menor e com serviços de menor qualidade em comparação às áreas urbanas (Pessoa et al., 2018; Silva et al., 2018). Além disso, é preciso considerar que o país ainda prioriza modelos assistencialistas e de curto prazo, que não atendem às complexidades das necessidades rurais de forma abrangente (Fausto et al., 2023b).

Logo, prover cuidados de saúde de qualidade em áreas rurais exige o desenvolvimento de políticas públicas específicas, dada a particularidade dessas populações no que se refere a práticas culturais, valores e formas de cuidado (Silva et al., 2018; Bousquat et al., 2022).

A criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) representa um marco para a saúde das populações rurais brasileiras. Esta política, fruto de uma intensa mobilização de movimentos sociais, visa responder às necessidades específicas de saúde dessas populações, com o objetivo de melhorar seus indicadores de saúde e a qualidade de vida (Brasil, 2014).

Fundamentada nos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade —, a PNSIPCFA busca enfrentar as desigualdades históricas no acesso à saúde e garantir que as populações rurais tenham acesso a um atendimento que respeite suas realidades e demandas específicas (Brasil, 2014; Coimbra, 2018).

A ampliação efetiva da PNSIPCFA exige que gestores estaduais e municipais do SUS se comprometam a adaptar as ações de saúde às necessidades locais, considerando as características culturais, sociais e

ambientais das comunidades do campo e da floresta (Brasil, 2014; Franco et al., 2021). Requer investimento constante na formação dos trabalhadores de saúde, capacitando-os para compreender as especificidades das populações rurais e fornecer um atendimento adequado às suas particularidades (Ribeiro et al., 2022; Fausto et al., 2023a).

Outro aspecto importante são as políticas sociais como o Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas e a Aposentadoria Rural (Pessoa et al., 2018; Cazella et al., 2016). Os quais representam avanços e impactam diretamente nos indicadores de saúde e nas condições de vida dessa população, ampliando a possibilidade de acesso a direitos sociais básicos e a assistência social (Cazella et al., 2016).

A promoção da saúde integral no campo implica, portanto, um compromisso a longo prazo, apoiado por uma decisão estratégica de destinar recursos para a expansão e melhoria dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir as desigualdades e promover a equidade em saúde (Brasil, 2014; Cazella et al., 2016).

2.3 Competências à Colaboração Interprofissional em Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a colaboração interprofissional como uma estratégia para elevar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, especialmente em contextos que requerem resposta coordenada e eficiente aos desafios de saúde (OMS, 2010).

Pode ser definida como a interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma abordagem abrangente, integral e contínua de cuidados (Barr et al., 2017). Estimulando a comunicação, o respeito mútuo e uma tomada de decisão compartilhada entre os profissionais, usuários e comunidade, favorecendo uma atuação mais sinérgica (OMS, 2010; Matuda et al., 2015; Agreli et al., 2016; Peduzzi et al., 2020; Ribeiro et al., 2022).

Diferentes conceitos relacionados à prática colaborativa precisam ser elucidados, pois frequentemente geram confusão: colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e trabalho em equipe interprofissional (Peduzzi et al., 2020). A colaboração interprofissional refere-se ao princípio do compartilhamento, interdependência e parceria entre as profissões. A prática

colaborativa inclui a participação de pacientes, familiares e cuidadores no processo de cuidado (Agreli et al., 2019; Peduzzi et al., 2020). Já o trabalho em equipe interprofissional implica corresponsabilidade pela atenção integral à saúde, buscando minimizar riscos e eventos adversos (Reeves, 2016; Fernandes et al., 2021).

Nesse contexto, a interprofissionalidade atua como uma prática colaborativa e coordenada entre os profissionais que permite uma visão integral do paciente e uma atenção mais ampla (Peduzzi; Agreli, 2018). Diferente do trabalho multiprofissional, em que profissionais de diferentes áreas trabalham paralelamente, a interprofissionalidade e colaboração propõem uma construção conjunta do plano de cuidado, indo além da mera troca de informações (Peduzzi, 2016; Alves et al., 2021). Profissionais de várias especialidades interagem continuamente, promovendo uma atuação integrada que fortalece a APS e torna o sistema mais eficiente e eficaz (Agreli et al., 2016; Alves et al., 2021; Barbosa et al., 2022).

A operacionalização da interprofissionalidade enfrenta desafios práticos e culturais, uma vez que a formação de profissionais ainda segue modelos de ensino separados. O ensino segmentado por disciplinas compromete a visão ampliada do processo saúde-doença de forma que mesmo após a formação, muitos profissionais mantêm uma divisão de trabalho que dificulta a interação plena (Farias et al., 2017; Toassi et al., 2020).

No entanto, a colaboração interprofissional representa uma solução para superar essas limitações, pois eleva a resolutividade do cuidado e promove uma atenção centrada nas necessidades complexas dos usuários onde o trabalho compartilhado é uma exigência para a eficácia em saúde (Matuda et al., 2015; Toassi 2017).

O desenvolvimento de competências voltadas à prática interprofissional requer habilidades específicas entre as categorias profissionais essenciais para que a colaboração se estabeleça de forma fluida, especialmente em contextos com elevada complexidade das necessidades de saúde (Toassi, 2017; CIHC, 2024).

As competências interprofissionais formam um conjunto de habilidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos que um profissional possui e o capacitam a desempenhar suas funções de forma eficaz e eficiente, para além

das qualificações formais (D'Amour et al., 2005; CIHC, 2024). Promove o trabalho integrado entre profissionais de diversas áreas, potencializando uma abordagem centrada nas necessidades do usuário, componente essencial na prática colaborativa em saúde (Matuda et al., 2015; Agreli et al., 2016).

O grupo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) definiu seis domínios de competências colaborativas: cuidados focados no relacionamento; comunicação em equipe; reconhecimento de papéis; funcionamento da equipe; processamento de diferenças e manejo de conflitos e liderança colaborativa (CIHC, 2024). Essas competências são cruciais para fortalecer o trabalho em equipe e a qualidade do atendimento ao usuário cada vez mais colaborativo, resolutivo e de qualidade (Farias et al., 2017; Peduzzi; Agreli, 2018).

A competência de cuidados focados no relacionamento é caracterizada pela colaboração ativa entre os membros da equipe de saúde, promovendo um ambiente de respeito e cooperação, no qual o usuário ocupa o centro das ações de cuidado (CIHC, 2024). Essa abordagem exige que todos os profissionais estabeleçam relações de confiança com o paciente e seus familiares, compartilhando informações de maneira acessível e segura, de modo a promover tanto o atendimento clínico quanto uma compreensão integral do contexto e das experiências do usuário, incorporando suas preferências e perspectivas (Agreli et al., 2016).

Esse modelo permite que o usuário se sinta respeitado e estimulado a participar ativamente das decisões sobre sua saúde, a partir da adoção de uma escuta ativa e empática, equilibrando o conhecimento técnico dos profissionais com suas próprias vivências e objetivos (Toassi, 2017). Posiciona o paciente como “especialista” em sua própria condição de vida, fortalecendo o vínculo e a construção de planos de cuidado que sejam realistas e sustentáveis, baseados nas necessidades e expectativas reais do usuário (Agreli et al., 2016; CIHC, 2024).

A comunicação em equipe eficaz é uma competência fundamental na prática interprofissional, pois conecta os membros da equipe e promove entendimento mútuo (CIHC, 2024). Essa competência envolve comunicação verbal, escrita ou não-verbal, integrando todos os aspectos do diálogo, como linguagem corporal e expressões faciais, para garantir interações claras e

respeitosas. Além disso, a comunicação pode ser síncrona (em tempo real, como em reuniões) ou assíncrona (por meio de registros escritos), facilitando a troca de informações cruciais de maneira organizada e acessível a todos os membros da equipe (Foronda et al., 2016).

As diferentes formações profissionais podem influenciar a maneira como cada membro compartilha e interpreta informações, resultando em estilos mais detalhistas ou sucintos, o que pode ocasionar mal-entendidos ou frustrações (Toassi, 2017; Peduzzi; Agreli, 2018). Por isso, adotar uma linguagem comum e estratégias de comunicação que promovam inclusão e equidade é essencial para superar essas diferenças e melhorar a qualidade do cuidado (Foronda et al., 2016; Previato; Baldissera, 2017).

O reconhecimento de papéis é uma competência que assegura que cada membro da equipe compreenda e respeite as funções e responsabilidades dos demais, o que é fundamental para evitar duplicações de tarefas e falhas no atendimento (CIHC, 2024). Essa competência envolve a capacidade de dialogar e negociar as atribuições de cada profissional, garantindo que todos contribuam de maneira eficaz e sem sobreposição. Profissionais que conhecem suas próprias funções e as dos colegas podem articular melhor suas habilidades e conhecimentos, promovendo um cuidado integrado e coeso, valorizando competências específicas de cada área profissional (Matuda et al., 2015; Reeves, 2016; Previato; Baldissera, 2017).

Em contextos de saúde, onde diferentes disciplinas se interconectam, o desconhecimento sobre o papel de cada profissional pode gerar tensões e comprometer a eficiência do cuidado. Por isso, é importante promover um ambiente onde os profissionais possam esclarecer dúvidas e entender a função dos colegas, facilitando a cooperação e o trabalho conjunto (Peduzzi et al., 2020; Durans et al., 2021).

A competência de funcionamento da equipe, envolve a capacidade dos membros de trabalharem de forma interdependente, coordenando suas ações para atingir objetivos comuns (CIHC, 2024). Esse funcionamento exige um entendimento claro das metas e uma disposição para cooperar e colaborar em todas as etapas do processo de cuidado (Matuda et al., 2015).

O funcionamento eficiente da equipe depende da otimização do tempo e da

valorização da experiência e contribuições de todos os membros, respeitando os princípios de equidade, diversidade e inclusão (D'Amour et al., 2008; Matuda et al., 2015; Reeves, 2016). Equipes que funcionam bem são capazes de alcançar decisões compartilhadas de maneira mais rápida e eficaz, melhorando tanto a qualidade do atendimento ao usuário quanto a satisfação dos próprios profissionais (Peduzzi et al., 2020). Mesmo em contextos adversos, onde a integração pode ser limitada, profissionais que compreendem o significado do trabalho colaborativo em equipe conseguem promover um cuidado de saúde mais completo e satisfatório (CIHC, 2024).

No contexto da saúde, os conflitos são muitas vezes inevitáveis, especialmente devido à diversidade de formações e pontos de vista entre os profissionais. O manejo adequado dos conflitos torna-se, então, uma competência essencial, que exige dos profissionais reconhecer e valorizar as diferenças, evitando que estas prejudiquem a coesão da equipe (Marin; Ribeiro, 2021; CIHC, 2024). Conflitos bem administrados podem ser construtivos, trazendo à tona novas ideias e fortalecendo o trabalho em equipe (Marin; Ribeiro, 2021).

Para o processamento dessas diferenças, a criação de um ambiente seguro onde os membros da equipe possam expressar opiniões distintas sem receio de represálias, estabelecendo consensos e soluções compartilhadas é essencial (Toassi, 2017; Peduzzi et al., 2020). Reuniões de equipe e discussões abertas são instrumentos valiosos para resolver questões e promover um trabalho colaborativo mais eficaz, fortalecendo a comunicação e a interdependência entre os profissionais (Foronda et al., 2016; Previato; Baldissera, 2017).

Uma abordagem em que todos os membros da equipe têm a oportunidade de contribuir para a tomada de decisões, com a liderança colaborativa, torna horizontal a distribuição de responsabilidades. Essa forma de liderança reconhece as habilidades específicas de cada membro e incentiva que todos participem ativamente do processo de decisão (CIHC, 2024).

A liderança colaborativa fomenta um ambiente de apoio e confiança, onde cada profissional é respeitado por suas contribuições e onde o conhecimento de todos é valorizado para alcançar resultados de saúde positivos (Foronda et al., 2016; CIHC, 2024). Ao contrário dos modelos tradicionais de liderança, onde uma figura central toma as decisões, a liderança colaborativa promove uma flexibilidade dinâmica dentro da equipe (CIHC, 2024). Permite que os profissionais

assumam papéis de liderança em momentos específicos, dependendo das necessidades do grupo e das exigências de cada situação, definindo papéis e responsabilidades (Previato; Baldissera, 2017).

A prática interprofissional exige que as equipes de saúde incorporem essas competências na prática diária do cuidado em saúde equitativa (Matuda et al., 2015; Peduzzi, 2016; Peduzzi et al., 2020). A sensibilidade a esses aspectos fortalece o compromisso da equipe com a inclusão e a equidade, e contribui para a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível (Previato; Baldissera, 2017).

2.4 Educação Interprofissional e Educação Permanente em saúde como estratégia formativa

A crescente complexidade das necessidades de saúde da população, considerando as mudanças nos perfis epidemiológico e social, demanda um novo perfil profissional baseado na interprofissionalidade e em práticas colaborativas no trabalho em equipe (Barr; Low, 2013; Reeves, 2016).

A Educação Interprofissional (EIP), segundo o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), é o momento em que profissionais de diferentes áreas da saúde aprendem juntos, com e sobre os outros, visando melhorar a qualidade do cuidado e fortalecer as interações entre as equipes (OMS, 2010; Barr; Low, 2013). Essa abordagem promove o aprendizado conjunto, combinando conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências fundamentais para a saúde pública (Barr; Low, 2013; Guraya; Barr, 2018).

Incorporada como uma estratégia para o SUS, a EIP integra uma concepção ampliada de saúde, rompendo com práticas isoladas e fragmentadas, substituindo-as por práticas colaborativas, mais alinhadas às demandas do trabalho em saúde (Reeves, 2016; Previato; Baldissera, 2017; Costa et al., 2018; Freire et al., 2019).

Paralelamente, a Educação Permanente em Saúde (EPS) atua como uma política pedagógica transversal que transforma o processo de trabalho em saúde por meio da qualificação e da aprendizagem contínua para atualização dos profissionais (Almeida; Silva, 2019; Ogata et al., 2021). Integrando o ensino ao cotidiano das práticas de trabalho, a EPS valoriza a experiência profissional,

favorece a construção de ações conjuntas e interativas de promoção, prevenção e recuperação da saúde e incentiva a reflexão crítica sobre as formas de aprender, gerir e atuar em saúde, com potencial de transformar processos de trabalho (Agreli et al., 2016; Previato; Baldissera, 2017; Ogata et al., 2021).

Essas estratégias buscam também superar o modelo biomédico verticalizado para a superação da fragmentação do campo de trabalho e do modelo de educação uniprofissional, permitindo um aprendizado mais integrado e alinhado à prática colaborativa (Guraya; Barr, 2018; Freire et al., 2019). Esse movimento fomenta a inovação no cuidado e na formação profissional alinhada às complexidades em saúde, promovendo um sistema mais responsivo, flexível e eficaz para atender às demandas da população (Reeves, 2016; Ogata et al., 2021; Melo et al., 2022).

Por meio das políticas que incentivam a EIP e a EPS, a construção de práticas interprofissionais fomentam a colaboração entre diferentes categorias profissionais. É possível não apenas aprimorar a qualidade do cuidado e reduzir erros no atendimento, mas também diminuir os custos em saúde. Essas abordagens potencializam respostas mais eficazes na prestação de serviços e ampliam a segurança e a satisfação da população atendida (OMS, 2010; Almeida; Silva, 2019; Freire et al., 2019).

2.5 Colaboração Interprofissional na APS em Contextos Vulneráveis: aspectos organizacionais, relacionais e formação profissional à promoção da qualidade do atendimento

A promoção da prática colaborativa na saúde enfrenta desafios significativos. Limitações estruturais e organizacionais, falta de infraestrutura, recursos escassos, alta demanda por serviços e rotatividade profissional em diferentes contextos do país são parte da realidade da saúde pública (Alves et al., 2021).

Nas localidades rurais, as dificuldades tornam-se aumentadas em razão da logística de acesso e da escassez de serviços essenciais que interferem na prestação da colaboração nos cuidados integrais e regulares (Franco et al., 2021; Fausto et al., 2023a). A falta de insumos, materiais e planejamento de transporte,

dificultam a implementação de um atendimento adequado (Silva et al., 2018; Franco et al., 2021; Bousquat et al., 2022).

As deficiências estruturais, sejam relacionadas à inadequação de instalações de redes de esgoto e eletricidade, que impedem o funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou na sujeição de profissionais a atuação em locais improvisados e sem condições apropriadas também impactam diretamente a satisfação e o desempenho das equipes (Rodrigues et al., 2021). A frustração, a desmotivação e a sobrecarga de trabalho, dificultam a prática colaborativa e a oferta de uma atenção integral e humanizada (Kessler; Krug, 2012; Durans et al., 2021; Melo et al., 2022).

Somada a alta rotatividade profissional, motivada por condições de trabalho insatisfatórias, sobrecarga de trabalho e contratos precários, essa instabilidade agrava a provisão dos serviços e ações em saúde e prejudicam o vínculo com os usuários e a continuidade do cuidado (Silva et al., 2018; Melo et al., 2022).

Superar essas barreiras requer investimentos em infraestrutura, tecnologias, organização dos serviços e acolhimento humanizado, elementos essenciais para fortalecer o trabalho conjunto entre profissionais e melhorar a qualidade do atendimento à população (Farias et al., 2017; Melo et al., 2022). Além disso, a formação dos profissionais de saúde, fundamentada no desenvolvimento das competências interprofissionais, promove o trabalho em equipe e a melhoria em aspectos relacionais e de prestação de serviços (Reeves, 2016; Farias et al., 2017).

A introdução da temática acerca da saúde rural, em currículos de cursos superiores e pós-graduações possibilita o despertar de competências aos profissionais de saúde que tornam-se essenciais à dinâmica profissional (Pessoa et al., 2018). Além da implementação do aprendizado colaborativo, essencial para enfrentar desafios significativos entre a prática ideal e as realidades enfrentadas (Kessler; Krug, 2012; Silva et al., 2018). Pois essas dificuldades muitas vezes limitam a efetividade do trabalho interprofissional, comprometendo a qualidade da atenção oferecida nessas localidades (Farias et al., 2017).

A eSF desempenha um papel indispensável, especialmente em áreas rurais, onde enfrenta desafios únicos, pois os profissionais de saúde precisam compreender as especificidades locais, adaptando as ações às limitações e às

possibilidades do território (Silva et al., 2018). No entanto, muitos profissionais enfrentam dificuldades de integração, como a territorialidade profissional, na qual cada membro da equipe protege seu escopo de atuação, o que dificulta a colaboração (Silva et al., 2018; Bousquat et al., 2022). Essa divisão de responsabilidades, onde médicos focam na demanda espontânea, e enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) em ações preventivas, pode limitar a abrangência e a efetividade do atendimento integral (Morosini; Fonseca, 2018).

Para aprimorar essa colaboração, é essencial investir na sensibilização dos profissionais sobre as dificuldades enfrentadas pela população e fomentar práticas inclusivas e equitativas (Toassi, 2017). Políticas intersetoriais que envolvem a APS e serviços como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (Cerest), as equipes multiprofissionais (eMulti); a gestão do trabalho em saúde e a organização das UBS no campo podem fortalecer o trabalho colaborativo, oferecendo uma abordagem mais ampla, voltada para o bem-estar social e ambiental das comunidades (Pessoa et al., 2018). A delimitação clara dos territórios de atuação e o conhecimento da população adscrita também são essenciais, pois, em muitos casos, a falta de clareza sobre o território compromete o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade (Franco et al., 2021).

Outro aspecto importante é a adaptação dos serviços de saúde à rotina e ao contexto dos usuários, evitando que a responsabilidade de adaptação recaia sobre eles. Essa flexibilização é fundamental para garantir que o SUS atenda aos princípios de equidade e universalidade, promovendo o acolhimento e evitando a insatisfação e o abandono dos cuidados, especialmente em serviços estruturados rigidamente e focados apenas na assistência clínica (D'Amour, 2008; Franco et al., 2021; Starfield, 2022). Além disso, ferramentas tecnológicas como o teleatendimento surgem como soluções inovadoras para ampliar o acesso ao cuidado em áreas de difícil acesso, facilitando a comunicação entre a equipe e o usuário e promovendo a saúde de forma integrada (Pessoal et al., 2018; Bousquat et al., 2022).

A prática colaborativa no SUS requer, também, a integração da perspectiva do paciente no processo de decisão, estabelecendo metas compartilhadas que contemplem as necessidades individuais e promovam um atendimento centrado e contínuo (D'Amour, 2008; Ribeiro et al., 2022). A formação interprofissional e o

uso de tecnologias, aliadas a estratégias itinerantes, são passos indispensáveis para fortalecer o cuidado em áreas rurais, assegurando que a ESF e o SUS ofereçam um serviço de qualidade e mais resolutivo, adaptado às especificidades dos usuários (Rodrigues et al., 2021).

2.6 Experiências e Modelos de Colaboração Interprofissional na Atenção Primária em Diferentes Países

A colaboração interprofissional é um componente fundamental para a eficiência e equidade dos sistemas de saúde, mas enfrenta desafios em diversos países. Países como Canadá, Reino Unido e Brasil têm implementado abordagens específicas para melhorar a integração entre profissionais de saúde, cada um adaptado às necessidades locais (Barr; Low, 2013; Orchard; Bainbridge, 2016; McLaney et al., 2022). Embora as abordagens variem, o objetivo comum é proporcionar um cuidado de saúde mais integrado e eficaz, atendendo tanto às necessidades da população quanto às exigências do sistema.

No Canadá, a colaboração interprofissional é bem consolidada por meio de políticas públicas como o modelo criado pelo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2024). Este modelo enfatiza competências como comunicação eficaz, clareza de papéis, liderança colaborativa e foco no paciente. Implementado em diferentes níveis de atenção, integrando médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais, na premissa de que estes querem trabalhar juntos para melhorar a atenção à saúde (CIHC, 2024). Também permite construir objetivos comuns da equipe centrados na atenção às necessidades de saúde dos usuários com resultados positivos na gestão de doenças e na redução de hospitalizações desnecessárias (D'Amour et al., 2008; Orchard; Bainbridge, 2016; McLaney et al., 2022; CIHC, 2024).

O Reino Unido, por meio do National Health Service (NHS), adota as Primary Care Networks (PCNs), onde médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos trabalham de forma colaborativa para oferecer cuidados holísticos e personalizados, especialmente em comunidades vulneráveis (Barr; Low, 2013; Wei et al., 2022). O Chartered Institute of Personnel and Development também definiu um quadro de competências que facilita o trabalho

em equipe e a resolução de problemas dentro das unidades de saúde (Baldwin et al., 2022).

Enquanto a colaboração interprofissional é amplamente incentivada pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em países em desenvolvimento, como o Brasil, a prática ainda enfrenta limitações em algumas regiões, como o Oriente Médio. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um exemplo de modelo que integra diversos profissionais e tem sido eficaz, apesar das barreiras estruturais existentes (Farias et al., 2017; Ribeiro et al., 2022). A flexibilidade e a integração dos ACS são diferenciais que fortalecem o vínculo com a população, destacando o Brasil em comparações internacionais (Giviziez et al., 2021; Marin; Ribeiro, 2021).

A experiência de países como Canadá, Reino Unido e Brasil aponta que, embora existam desafios estruturais, a colaboração interprofissional é essencial para melhorar a eficiência, reduzir custos e ampliar o acesso a um cuidado integrado e de qualidade (WHO, 2010; Farias et al., 2017; Pinho; Reeves, 2020; Ribeiro et al., 2022).

A análise comparativa entre esses países revela que sistemas com estruturas sólidas e uma formação adequada têm maior sucesso na implementação de práticas colaborativas, promovendo um atendimento mais humanizado e resolutivo (Barr; Low, 2013; Guraya; Barr, 2018; Pinho; Reeves, 2020; WHO, 2010).

A colaboração interprofissional, ao envolver o compartilhamento de responsabilidades e o desenvolvimento de competências, é uma estratégia-chave para enfrentar os desafios atuais dos sistemas de saúde, resultando em melhores resultados para os pacientes e mais eficiência no atendimento (Agreli et al., 2016; Orchard; Bainbridge, 2016; CIHC, 2024).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a colaboração interprofissional dentro de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuam na zona rural de municípios com contextos de vulnerabilidade social.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o perfil de colaboração interprofissional dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a promoção à saúde da APS na zona rural;

Entender a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre as práticas colaborativas de trabalho aplicadas à APS.

4. ARTIGO 1

O manuscrito a seguir foi submetido para publicação no periódico “**Journal of Interprofessional Care**” e encontra-se em análise.

TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LOCALIDADES RURAIS COM VULNERABILIDADE SOCIAL DO NORDESTE BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA QUALITATIVA

RESUMO

A reorientação do processo de trabalho em equipe, a partir da colaboração interprofissional, possibilita a promoção da saúde integral e a longitudinalidade do cuidado em contextos de vulnerabilidade social de localidades rurais. Assim, o objetivo do presente estudo é compreender o trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais em municípios vulneráveis na zona rural de cidades do Nordeste do Brasil a partir das vozes de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo qualitativo de casos múltiplos realizado em três municípios vulneráveis do nordeste brasileiro. Participaram 23 profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram transcritas e analisadas pela hermenêutica dialética. Os resultados indicam que: as características dos territórios influenciam a prestação de ação e serviços em saúde; a presença de equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde não garante que a interprofissionalidade seja, de fato, realizada; e a escassez de ações compartilhadas entre profissionais é um desafio comum nos municípios estudados. É necessário, portanto, compreender o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional nos espaços de ruralidade, como estratégias para potencializar a assistência na Atenção Primária à Saúde, por meio da atenção integral à saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Práticas colaborativas interprofissionais; Zona rural; Pesquisa Qualitativas.

Introdução

A reorganização das práticas e serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), promoveu a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF), como movimento de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF favorece a reorientação do processo de trabalho para a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade em saúde, através de equipes de Saúde da Família (eSF) que a compõem (Brasil, 2017; Castro et al., 2019).

A eSF é formada por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Soma-se a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017). Esses profissionais atuam na perspectiva interprofissional, com ações, práticas e saberes compartilhados em contextos socioeconômicos, culturais e ambientais heterogêneos (Brasil, 2017; Oliveira et al., 2023).

Novos arranjos nas dinâmicas de trabalho dessas equipes são favorecidos pelo processo de colaboração, à medida que competências interprofissionais são desenvolvidas visando à colaboração e a gestão dos núcleos profissionais na qualificação da atenção prestada (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2024; Peduzzi & Agreli, 2018; Reeves et al., 2018; WHO, 2010).

Embora estudos retratem o cenário de consolidação do trabalho e da colaboração interprofissional na saúde, principalmente em países de alta renda, no Brasil, poucos se dedicam a avaliação desse tema, especialmente nos espaços não urbanos (Ohta et al., 2020; Mulvale; Razavi, 2016; Perron et al., 2022; Rodrigues et al., 2021).

A organização e a garantia do acesso à saúde, nesse contexto rural, apresentam lacunas que devem ser exploradas, dada a complexidade e o desafio na compreensão, uso e representação da interprofissionalidade nesses espaços (Almeida et al., 2021; Coimbra Jr, 2018; Fausto et al., 2023; Franco et al., 2021).

Portanto, ao considerar a importância de compreender a colaboração interprofissional na ESF para assegurar o acesso e a promoção da saúde integral em contextos vulneráveis e, diante da escassez de estudos que abordem essa temática em áreas rurais brasileiras, o presente estudo teve como objetivo

compreender o trabalho e as práticas colaborativas interprofissionais em municípios vulneráveis a partir das vozes de trabalhadores da ESF na APS.

Fundamentação teórica

A expansão dos serviços públicos de saúde no território brasileiro ainda é marcada por fortes desigualdades socioeconômicas e espaciais (Bousquat, 2022; Coimbra Jr, 2018; Fausto et al., 2023; Franco et al., 2021). Apesar da existência de uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) não há diretrizes específicas para ações desenvolvidas pela APS voltadas à zona rural (Brasil, 2014).

Estudos têm investigado o papel da ESF para a mudança desse cenário, observando como os rearranjos dos processos de trabalho e de colaboração interprofissional respondem às necessidades em saúde, ampliando a qualidade da atenção e sua resolubilidade (Arruda et al., 2018; Kanno et al., 2023; Matuda et al., 2015; Peduzzi & Agreli, 2018). Essa dimensão complexa abarca aspectos do trabalho em equipe, da prática colaborativa interprofissional e do trabalho em rede, constituindo o núcleo de produção do cuidado em saúde (Peduzzi & Agreli, 2018; Reeves et al., 2010; Reeves et al., 2018).

Enquanto o trabalho em equipe se caracteriza por identidade, interdependência e responsabilidade compartilhada, considerando o reconhecimento dos papéis profissionais (D'Amour et al., 2008; Reeves et al., 2010; Peduzzi et al., 2020). A prática colaborativa é compreendida como um cenário de cooperação flexível, com vistas à promoção de assistência e melhores resultados em saúde, mas com menores níveis de compartilhamento e identidade de pertencimento à equipe (Arruda et al., 2018; D'Amour et al., 2008; Reeves et al., 2018; Peduzzi et al., 2020).

Na prática do cuidado, o processo de trabalho em saúde integra o agir instrumental, como ação profissional técnica, e o agir comunicativo, como relação de reciprocidade entre o trabalho e a interação social (Habermas, 2012; Peduzzi et al., 2020). Estes são importantes para o desenvolvimento das competências colaborativas nas diferentes formas de organização do trabalho e, em consequência, o trabalho em rede (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2024; Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2018).

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com observação direta não participante e abordagem qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos. O caráter qualitativo da pesquisa buscou explorar e valorizar vivências, conceitos e interpretações dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe e a colaboração em suas múltiplas dimensões nos campos de trabalho (Minayo, 2014). Enquanto o estudo de casos múltiplos atua como uma investigação de fenômenos em profundidade, analisando casos variados para identificar padrões e diferenças (Creswell, 2014; Yin, 2015).

O Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) foi adotado para possibilitar o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados alcançados (Tong et al., 2007).

Cenário

O estudo foi realizado em três municípios de pequeno porte de um estado do Nordeste brasileiro (Tabela 1). Estes se enquadram na condição de vulnerabilidade social e possuem 100% de cobertura da ESF (Tabela 2) (IBGE, 2012).

Tabela 1. *Características dos territórios estudados*

Municípios	População (número de habitantes)	Extensão territorial	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Índice de Gini da renda domiciliar per capita	Número de eSF	Unidades Básicas de Saúde Rurais e Mistas
Município 1	18.382	145,806 km ²	0,564	0,4900	7	3
Município 2	5.254	86,428 km ²	0,529	0,5271	3	2
Município 3	17.469	623,967 km ²	0,591	0,4651	9	4

Fonte: IBGE, 2012, IBGE, 2022, e-Gestor AB e dados adaptados das Secretarias Municipais de Saúde (2025).

Tabela 2. *Caracterização da população estudada*

Municípios	Famílias com Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico, 2024)	Famílias cadastradas em Situação de pobreza (CadÚnico, 2024)	Famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (2024)
Município 1	5.205	3.176 (61%)	3.411
Município 2	2.092	1.693 (81%)	1.670
Município 3	5.627	3.715 (66%)	3.865

Fonte: Informações sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação e e-Gestor AB (2024).

Participantes

Participaram profissionais de saúde que compunham as eSF exclusivamente da zona rural e/ou zona urbana e rural dos cenários em estudo, e que atuavam no serviço há, pelo menos, seis meses. Não foram incluídos, profissionais que estavam de férias ou de licença durante o período de coleta.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas por uma pesquisadora treinada, sem relacionamento prévio com os participantes, para evitar vieses e/ou constrangimento. A apresentação da metodologia e objetivos do estudo, preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua devolutiva foram realizados anteriormente à sua condução.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro de 2024 e março de 2024, com média de 43 minutos, iniciando com informações pessoais e profissionais dos participantes. O roteiro utilizado foi baseado em questões disparadoras sobre a dinâmica de trabalho em equipe, valorizando percepções dos profissionais sobre a colaboração no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As perguntas possibilitaram a livre expressão de opiniões e experiências subjetivas no território e na significação dos atos, permitindo, ainda, o levantamento de novas questões durante as entrevistas (Creswell, 2014).

As falas foram gravadas e armazenadas em um gravador digital sem a identificação dos participantes, de maneira a preservar sua identidade. Em seguida, foram transcritas de forma direta, lidas e relidas para a análise dos dados.

O critério de saturação foi aplicado ao perceber que a questão da pesquisa havia sido suficientemente respondida pelos participantes, sem a emergência de novas ideias que pudessem alterar o entendimento teórico desejado (Rahimi, 2024).

Para a coleta de reflexões e ponderações acerca da observação direta não participante realizadas nos campos em estudo, o diário de campo foi o recurso utilizado.

Análise de Dados

A análise das entrevistas seguiu a abordagem hermenêutica dialética, sistematizando dados por convergência, divergência e síntese (Minayo, 2013). Inicialmente, o material coletado foi organizado para compreender e identificar ideias. Em seguida, uma leitura detalhada das entrevistas e do diário de campo foi realizada para aproximar registros e consolidar a síntese interpretativa transversal. As falas foram analisadas quanto às convergências, divergências e complementaridades, articulando-se com o referencial teórico, e considerando correções gramaticais pontuais para favorecer o entendimento. Por fim, a pesquisadora e o grupo de pesquisa discutiram e validaram a síntese dos núcleos de sentido, garantindo rigor técnico e metodológico (Figura 1).

Figura 1. Coleta de dados e processo de análise.



Considerações Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba sob número 76354123.0.0000.5188, considerando os princípios éticos da Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e a Declaração de Helsinki. Por questões de anonimato e confidencialidade, as falas transcritas foram descaracterizadas e codificadas por código alfanumérico como “P1”, “P2”,..., seguindo a ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Participaram 23 profissionais da eSF, representados em 5 técnicos em enfermagem, 3 ACS, 2 médicos, 5 cirurgiões-dentistas, 4 enfermeiros e 4 auxiliares de saúde bucal distribuídos entre oito UBS e uma unidade âncora considerada unidade de apoio. A maioria, do sexo feminino (n= 21), autodeclaradas pardas (n= 15), com formação profissional no ensino privado (n= 16). Quanto a maior prevalência, está à faixa etária de 40 a 44 anos (n= 6) e vínculo empregatício como servidor público estatutário (n= 10), experiência na área de atuação profissional compreendendo mais de 10 anos (n= 11) e 1 a 5 anos de experiência na atual equipe (n= 9).

Com a análise e a interpretação das entrevistas, emergiram três categorias analíticas: ‘Compreensões do processo do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional na ESF’; ‘Competências interprofissionais para a promoção de ações na APS’ e a ‘Dinâmica da APS em contextos rurais vulneráveis: desafios à

ampliação da colaboração interprofissional'. A primeira categoria revelou a percepção dos entrevistados quanto às práticas colaborativas na dinâmica de trabalho, a segunda expôs a interação com as competências interprofissionais e a terceira revelou lacunas a serem superadas para o fortalecimento da colaboração interprofissional na ESF. As categorias serão apresentadas a seguir.

Compreensões do processo do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional na ESF

A definição e os conceitos relacionados à colaboração interprofissional e ao trabalho em equipe se misturaram nos discursos. Os entrevistados relataram que o processo colaborativo envolve o alinhamento de ideias e a construção de parcerias, entre a equipe, para o compartilhamento de saberes e afetos:

[...] Colaboração é trabalhar em equipe... todos juntos, sem nenhuma distinção. Isso é equipe!... trabalhar em equipe é a colaboração, não pensar individual (P8).

[...] eu acho que se trabalha em equipe quando se trabalha de mãos dadas. Uns ajudando os outros... Por exemplo, se eu trabalho de uma forma, a enfermeira de outra, a médica de outra, isso aí não é trabalhar em equipe... a definição de equipe é todo mundo trabalhando junto e pensando de uma só forma (P21).

[...] Não é o que a gente fala. É o que a gente faz!... Trabalho em equipe é... estar ali em harmonia com todo mundo. Eu me dar bem com a enfermeira, eu me dar bem com a recepcionista, com a médica, com o técnico. É a gente precisar um do outro e servir... trabalhando em equipe pra um cooperar com o outro no que precisar (P20).

Nesse percurso, ao serem indagados sobre a conceituação da colaboração interprofissional, os participantes retornaram a pergunta:

[...] Eu acho que colaboração é um... Eu não sei! Interprofissional é o quê? O profissional... dentro da unidade? Eu acho importante, cada um com suas funções... É isso? (P18)

[...] colaboração interprofissional é como se fosse uma colaboração entre os profissionais do posto ou fora do posto?... eu não tô entendendo... (P21)

Contudo, mesmo não conseguindo conceituar a colaboração interprofissional, descreveram-na em ações vivenciadas nos territórios, conforme relatos:

[...] chegou hoje um adolescente, choroso, triste, sem querer ir para o colégio... aí eu chamo a psicóloga, envio para a psicóloga e converso com ela. A gente tem uma conversa e ela me ajuda (P12).

[...] é necessária essa dinâmica entre os profissionais, porque... somos a porta de entrada do SUS. Então... a gente identifica [a necessidade do usuário] e já direciona pra cada serviço, seja psicólogo, médico, dentista, etc. E, a partir dali, a gente vai tentar solucionar o problema junto com o... usuário (P2).

[...] eu acho muito importante [trabalho em equipe], porque nem sempre depende só de um profissional... cada um tem um pouco de experiência... aí se ajuda. Todo mundo junto. E a gente pensa no melhor para o paciente (P10).

A importância de ações coordenadas e decisões em saúde, baseadas em pactuações coletivas entre os membros da equipe, foi destacada por muitos nas entrevistas. Na busca pela integralidade do cuidado, os participantes ressaltaram que a complexidade dos casos leva a frequentes discussões em reuniões de equipe e demais espaços comuns da UBS.

[...] A gente tá ali reunindo e conversa... debate [com a equipe]... fala daquele paciente... e cada um vai saber... as necessidades. Por exemplo, tem um paciente que tem alguma doença... aí a gente diz, porque tem que ter o cuidado... a gente sempre tá ali conversando... é como se fosse uma coisa que... tivesse todo mundo junto, debatendo aquele mesmo assunto e um ajudando o outro (P21).

[...] Teve até uma vez que veio uma paciente pra fonoaudióloga... ela foi conversar comigo, porque essa paciente precisava de uma frenectomia. Seria possível, porém, pela idade da paciente... de quase oito, nove anos... ela teria que reaprender com a fono... a falar... No final, a gente acabou chegando em um consenso que os erros que ela tinha na fala, a fono iria corrigir... e ela não precisaria ser submetida à cirurgia. Uma decisão partilhada (P9).

Destacou-se a importância das atividades comunitárias como um meio de aproximação com as necessidades dos sujeitos, famílias e comunidades, promovendo a universalização do acesso, a equidade da atenção, a descentralização e a participação popular.

[...] dia de visita domiciliar... é a definição de um trabalho em equipe! Porque tanto precisa da agente de saúde... para poder resgatar aquele paciente que está precisando da visita, como precisa do enfermeiro, de um técnico, pra ir lá me auxiliar... como foi o caso da paciente que precisou de uma troca de curativo... de uma retirada de pontos... E do médico para estar ali avaliando. Então, eu sempre penso assim, que aqui se fosse só eu, o posto não funcionaria (P11).

[...] A gente fez o programa de saúde na escola, ano passado... A gente tinha um grupo de idosos, que era numa igrejinha, num sítio aqui perto e sempre fazia com esse grupo de idosos. E, além do

grupo de idosos, nós tínhamos o grupo de tabagismo.... geralmente é um rodízio de profissionais (P24).

Essas narrativas convergiram para a intencionalidade da ESF no fortalecimento e na viabilidade da colaboração interprofissional para o alcance das ações em saúde, por meio de esforços coordenados entre os membros da equipe.

Competências interprofissionais para a promoção de ações na APS

As competências interprofissionais no trabalho em equipe foram reconhecidas pelos entrevistados como passo importante para o processo do cuidado, contando com a cooperação dinâmica entre equipe e sujeitos na promoção do cuidado centrado no usuário, apresentadas nas narrativas a seguir:

[...] Eu tenho um paciente...ele é deficiente visual. Então, a primeira vez que ele veio morar aqui... fui fazer o cadastro dele. E assim, eu fiquei... admirada pelo acolhimento que ele me recebeu.... E ele mora sozinho... hoje, ele é hipertenso e diabético. Então, o que eu faço? Na visita, eu olho a glicemia... eu venho aqui [na UBS], pego a medicação. Já entrego pra ele, já separo direitinho... então, eu faço isso aí para ajudar ele (P3).

[...] Quando eu entrei [na UBS] tinha... uma paciente que usava muita bebida alcoólica. Aí envolveu todos os profissionais (P8).

Outro ponto levantado foi o reconhecimento do contexto nos quais os usuários estão inseridos, considerando aspectos territoriais, socioeconômicos e de saúde. O conjunto de entrevistas convergiu para a importância de um olhar ampliado às especificidades da coletividade, inclusive considerando o princípio da equidade e a ação intersetorial para a promoção da atenção à saúde.

[...] como profissional, a gente tem que ter um olhar holístico... A gente tem que olhar a pessoa como um todo. O social dela, se ela pode, se não pode (P5).

[...] o nosso trabalho é exatamente pra isso, identificar a vulnerabilidade da família e ajudar a ela ultrapassar essa barreira... Então, de certo modo, é necessária essa identificação e, a partir dali, procurar um meio junto com o município, com a secretaria, com os setores, para poder tirar aquela família da situação (P9).

O processo de (re)conhecimento de papéis profissionais é um fator fortemente presente nos relatos, revelando que esses trabalhadores reconhecem a importância e as habilidades inerentes a cada núcleo profissional para a boa dinâmica de trabalho na APS.

[...] Por exemplo, se faltar um médico, se faltar um enfermeiro, eu vejo que a unidade não funciona tão bem. Porque todo mundo aqui tem uma função vital... O enfermeiro... é responsável por uma parte que depende só dele... se não tiver, a gente não tem como fazer por ele. O médico também. Então, vejo eu que a base principal daqui... Na verdade, é tudo! Todo mundo trabalha como uma base principal! (P1).

[...] Se não tiver um enfermeiro, não funciona. Se não tiver alguém da limpeza, também não funciona... É a importância de cada um... Eu tenho a mesma importância que cada um dos outros tem... [a UBS] não anda sem os nossos membros... (P4).

[...] Principalmente nessa questão do cuidado continuado, se faltar algum profissional... uma unidade... não funciona direito. Então... realmente é crucial ter uma equipe completa para que ocorra um bom funcionamento da unidade (P3).

O sentimento de pertencimento à equipe, o compromisso e a responsabilidade com o trabalho em saúde fazem com que se rompam barreiras

entre os núcleos profissionais na direção do cuidado integral e resolutivo envolvendo toda a equipe, conforme relatos a seguir:

[...] a enfermeira faz a palestra e ela pede pra que eu faça uma palestra também, aí eu faço. E já organizei também... Eu faço de tudo um pouquinho!... Quando a recepcionista falta e não tem ninguém... eu vou lá pra tirar os prontuários e agendar. E se precisar, é um pau pra toda obra! Eu não tenho isso comigo, com essa questão de: “Ah, meu lugar é aqui”. Não! Eu sou do posto, eu sou colega de todos (P12).

[...] Por exemplo, eu tenho um paciente com uma queixa... que está precisando de atendimento odontológico... Eu oriento, eu converso com o profissional para dizer desse paciente... (P1).

Quanto à comunicação da equipe na dinâmica de trabalho, a maioria dos entrevistados relatou a importância da interação no diálogo, especialmente nos momentos de reunião da equipe, para inteirar-se sobre situações vivenciadas no território por diferentes profissionais e as questões pertinentes às necessidades da população, além de consolidar as agendas e os planejamentos das ações em saúde.

[...] Todo mês tem uma reunião... Todo mundo tem direito a falar, todo mundo tem direito a dar sua opinião. Porque se não, como a gente vai identificar ou vai saber o que acontece em cada área?(P8).

[...] Geralmente a gente se junta... sempre discute sobre um e outro [usuário], pra... saber o que é que faz. Cada uma dá a sua opinião. Aí junta tudo e sempre dá certo... Até no almoço a gente fala (P15).

[...] a gente discute quando tem a reunião de equipe. Com todos os profissionais de equipe! Já ocorreu o caso de precisarem de

toda a equipe... pra a gente ajudar uma família que tinha um problema, desde a mãe até os filhos. Então aí a gente discute juntos (P16).

Outros espaços informais de discussões foram relatados pelos profissionais e registrados através do diário de campo como promotores de diálogo compartilhado entre os profissionais para a tomada de decisão.

[...] Quando eu tô na meia hora [de descanso]... a gente se reúne muito ali [na copa]... a gente tem a conversa da gente de tudo, de besteira, da unidade, de paciente (P21).

[...] Ao longo do trajeto até as UBS, a maioria dos profissionais parece ter o seu cantinho de escolha no transporte coletivo. Nessa van, discutem sobre assuntos diversos e, especialmente, sobre atendimentos e situações clínicas dos pacientes que demandam um olhar mais ampliado... Ao pararem na lanchonete da cidade para o cafezinho entre a equipe, sentam-se a mesa e atualizam, informalmente, as atividades do dia, principalmente quando há visitas domiciliares. [trecho do diário de campo]

O tempo de atuação junto à equipe foi apresentado pelos entrevistados como condição favorável à comunicação assertiva, por ser fortemente relacionado ao vínculo estabelecido e a segurança dos profissionais em dialogarem com base em acordos internos.

[...] O fator principal é o tempo de trabalho que cada um tem aqui. Então, são profissionais que trabalham aqui há muitos anos. Todo mundo se conhece... já formou um vínculo afetivo... já tem essa proximidade... já tem esse manejo um com o outro (P1).

Além disso, os profissionais retomaram o contexto da comunicação, trazendo a importância do diálogo com os usuários para melhores desfechos no atendimento:

[...] Da mesma forma que, às vezes, chega um usuário aqui 'armado'. Armado não é de arma, mas assim, nas palavras, agressivo, a gente vê que às vezes ali é só uma conversa. E a gente tem que ter estrutura pra poder atender (P7).

Quanto ao funcionamento da equipe, os trabalhadores relataram o modo particular de planejamento das ações nas UBS e as pactuações para a promoção dos serviços e ações em saúde que são definidas nas reuniões de equipe:

[...] Todo mês tem uma reunião de equipe para poder resolver os problemas e tentar antecipar os que podem vir (P8).

[...] Todo mundo participa dessas reuniões, todo mundo bota suas demandas em jogo, todo mundo entra, ninguém fica de fora (P1).

[...] Aí gente ajusta tudo [na reunião]... a agenda hiperdia, os diabéticos... A gente resolve tudo nesse dia para o mês... o dia a dia já é agendado nesse dia, aí gente vai só seguindo (P14).

Nesse processo dinâmico de funcionamento da equipe, a principal estratégia apresentada para a resolução de possíveis conflitos foi à comunicação efetiva e afetiva entre os membros:

[...] É tudo resolvido muito rápido! O diálogo é muito bom, é muito afetivo. Claro que tem aquelas coisinhas que todo mundo tem... eu vejo de um jeito, a outra pessoa vê de outro, e está tudo bem (P20).

[...] desde que eu cheguei aqui, eu me dei muito bem com todo mundo, todo mundo se dá bem, cada um respeita o espaço do outro... a partir do momento que a gente se entende bem, um respeitando o outro, a gente se dá bem e não tem como ter problema (P21).

[...] Uma coisa ou outra, falta uma comunicação e aí acaba gerando, enfim, algum atrito, alguma coisa. Mas... por a gente já ter o convívio há muito tempo... essa questão... é facilmente resolvida (P11).

Por outro lado, os profissionais da enfermagem foram apontados como principal núcleo de trabalho responsável pela dinâmica de liderança colaborativa, articulando ações e planejamentos junto aos demais profissionais.

[...] a enfermeira... tem uma ligação maior com as agentes de saúde porque ela trata diretamente, ela marca reunião presencial... para poder organizar a puericultura... Faz também marcação de citológicos, com os exames preventivos, faz os pré-natais, faz as visitas também... (P1).

[...] Nós temos um grupo [WhatsApp]... Por lá, a gente trata tudo!... Tem consulta pra avaliar citológico? Aí ela [enfermeira] coloca a lista lá. Gestante, vacina, cronograma de imunização... alguma coisa que seja pra sair e ir na área, pra ir no colégio. É assim que ela coordena (P4).

A fala dos profissionais da enfermagem expôs a responsabilização que exercem em suas funções dentro das UBS, envolvendo questões desde a atenção em saúde até a gestão coordenada dos processos de trabalho.

[...] vai do mais simples dos insumos de limpeza, que é de um copo pra beber água... quanto do material que a gente vai precisar para fazer os atendimentos... tudo passa por mim! Eu não solicito, se... não vir que está faltando. Mas se eu não estiver atrás, vai faltar (P22).

[...] fica muito entre mim as metas...eu tenho que estar à frente... tenho esse controle de ver como é que a gente está (P2).

O domínio e a interdependência das competências interprofissionais destacadas pelos profissionais esclarecem atitudes e valores que moldam as práticas colaborativas na ESF reconhecendo habilidades para melhorar os cuidados de saúde e a dinâmica de equipe.

Dinâmica da APS em contextos rurais vulneráveis: desafios à ampliação da colaboração interprofissional

A partir das entrevistas concedidas, revelou-se que o cotidiano de trabalho da ESF nas áreas rurais é condicionado por características próprias da ruralidade. Recursos essenciais como a disponibilidade de água potável, a iluminação, a condição climática e o próprio deslocamento de profissionais e usuários, foram destacados:

[...] Por ser uma unidade rural, às vezes falta água, às vezes falta energia... infelizmente é uma coisa frequente. Pelo menos... duas vezes por mês (P1).

[...] Já chegou a ter dia aqui da gente quase passar mal de tão quente que é (P17).

[...] se vier eu, a doutora, e a [outra profissional], já não dá mais pra vir [no mesmo carro]. Não dá pra juntar uma equipe pra vir pra cá, porque aqui fica muito cheio. A gente faz mais individual aqui (P16).

[...] A dinâmica de transporte é complexa... depende dos carros disponibilizados pela secretaria para o deslocamento dos profissionais às UBS espalhadas pelo longo território. Ainda mais difíceis são as visitas domiciliares que dependem desses carros... os terrenos acidentados, especialmente em períodos de chuva, fazem com que os profissionais não consigam completar esse percurso ou os finalizem a pé. [trecho do diário de campo]

Aspectos de infraestrutura das UBS que correspondem a casas adaptadas foram relatados com espaços condensados de atendimento, indisponibilidade de recursos de comunicação, como a internet e a telefonia, além de tratar de pontos de apoio ou unidades âncora, onde há escala reduzida de profissionais para os atendimentos à população.

[...] nós ainda não estamos em uma unidade... Aqui é uma casa adaptada... Eu acho que aqui é muito pequeno pra você fazer uma atividade... Por exemplo, ali na frente não cabe todo mundo. Aí você chega, e é o povo caindo pelos cantos (P12).

[...] chegamos em uma unidade âncora que não possui sinal de telefonia... para conseguir comunicação, é preciso sair da unidade até o ponto mais alto da rua... ou utilizar a internet a cabo. [trecho do diário de campo]

[...] o que a gente precisa é de um posto maior, principalmente esse âncora... Aqui é muita gente... quando vem [profissionais] é uma vez na semana (P9).

[...] geralmente a gente discute [casos de usuários] na outra unidade... todos os profissionais... são mais fixos lá... como aqui é uma âncora pequena, não tem como estar cada um (P17).

As demandas características da ruralidade revelaram a necessidade de rearranjo nas dinâmicas de trabalho da ESF para a superação de obstáculos particulares a esse cenário.

[...] tempo de chuva, às vezes, a gente não consegue chegar [visita domiciliar]. Mas aí a gente vai a pé. Dá um jeito... (P4).

[...] na zona urbana você tem mais condições. Aqui a gente tem que puxar mais, “tipo guerra”... A gente tem que ter tudo, por causa do acesso que é difícil (P4).

[...] quando eles precisam pegar um remédio... precisam de uma marcação de consulta, eles têm que ir na cidade. Tem que ser feito tudo lá... muitos deles não têm nem meio de transporte. Precisam pagar um carro, precisam pedir um favor a alguém, para poder pegar um remédio na cidade (P11).

Os profissionais de saúde apontaram as dificuldades enfrentadas na zona rural, superadas por meio da atitude dos próprios usuários e de um atendimento centrado nas particularidades e necessidades do contexto rural.

[...] o pessoal da minha área... mora muito distante... a maioria não tem transporte. Mas eu vejo que eles mesmos... se ajudam... pega carona com outro vizinho... vai todo mundo junto... pagam o motorista, pagam o mototáxi... às vezes, o carro da prefeitura também... se dispõe para fazer o transporte... (P11).

[...] as pessoas moram em sítios... não tem transporte, às vezes vêm a pé... Eu já fiquei... até duas horas da tarde, sem almoço... pra terminar uma área de vacina, porque a mãe tinha vindo... de muito longe e... a gente tinha que terminar pra eles poderem ir pra casa. E não podia ir sem a vacina! (P12).

[...] geralmente eles [usuários do município vizinho] vêm pra cá. Não esperam... É quase uma região abandonada... Acolhemos também. Porque a gente não pode recusar atendimento... (P3).

Os entrevistados relataram, ainda, a grande disponibilidade de materiais necessários à prática profissional e a comunicação facilitada junto às secretarias e a gestão de saúde local para expor necessidades em insumos.

[...] é feito de tudo! Passagem de sonda, se precisar... tudo! Tem as medicações de urgência também. Somos abastecidos de tudo (P16).

[...] a gente, hoje, foi fazer uma visita... com grande quantidade de materiais pra troca de curativo e a Secretaria fornece. A gente pede, eles mandam.... Claro que às vezes não tem, mas é muito mais raro faltar do que ter (P1).

[...] Se for material de insumo e essas coisas, tá maravilhoso, tem de tudo!... Quando a gente precisa de material, eles são bem ágeis pra resolver (P20).

[...] É engraçado, porque eu fico falando só positivo, mas... porque eu vejo como era, o tanto que faltava, e [hoje] o tanto que tem. A gente é muito muito cobrado, mas eles dão muito (P22).

Discussão

Os resultados desse estudo apontam para a promoção das competências interprofissionais na ESF, com evidências de ações inter, uni e multiprofissionais do trabalho em equipe e em rede. Sendo o planejamento e as ações de saúde orientadas pelas singularidades dos territórios rurais.

De modo geral, observou-se que as propostas voltadas ao trabalho em equipe e as práticas colaborativas interprofissionais têm apresentado resultados promissores (WHO, 2010; Matuda et al., 2015; Peduzzi et al., 2020). Como fruto dessas ações interprofissionais, a melhoria do acesso e da atenção à saúde de sujeitos, famílias e territórios têm reflexos na dinâmica entre os profissionais e na gestão dessas equipes (Arruda et al., 2018; Oliveira et al., 2023; Peduzzi & Agreli, 2018).

No entanto, diferentes estudos demonstraram que o agrupamento de profissionais em um mesmo espaço não necessariamente se traduz em práticas colaborativas (Peduzzi et al., 2020; Perron et al., 2022; Reeves et al., 2018). O desenvolvimento do sentimento de pertencimento ao grupo, os acordos de corresponsabilização entre membros para mitigar as assimetrias de poder e a interação social em reuniões de equipe, nos espaços de convivência e nas atividades coletivas, bem como na tomada de decisões fazem parte da mudança desse cenário (Cintra et al., 2019; Kanno et al., 2023; Matuda et al., 2015). Essas

relações profissionais, no cenário estudado, foram reconhecidas como um processo de trabalho em equipe firmado na colaboração entre membros.

Observou-se, ainda, que as equipes analisadas têm em sua dinâmica de trabalho a presença de competências interprofissionais que oportunizam as relações de parceria e corresponsabilidade entre os diferentes núcleos profissionais. Essas competências envolvem habilidades, conhecimentos e atitudes voltadas à colaboração entre profissionais de diferentes áreas, que compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham de forma integrada (WHO, 2010). Incluem a comunicação interprofissional, o trabalho em equipe e seu funcionamento, o reconhecimento de papéis profissionais, a resolução de conflitos, a liderança colaborativa e a centralidade do cuidado na comunidade, no paciente e na família (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2024).

Nesse processo, o domínio dessas competências não pode ser descontextualizado dos cenários rurais, pois envolve a comunicação efetiva entre membros, para a construção de objetivos comuns e a cogestão dos saberes e fazeres teórico-práticos aplicados a esses espaços (Almeida et al., 2021; Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2024; Cintra et al., 2019; Kanno et al., 2023; Matuda et al., 2015; Santos et al., 2024).

A dinâmica da APS nos contextos rurais vulneráveis estudados revelou desafios significativos para o fortalecimento da colaboração interprofissional. Constatou-se como principais adversidades o deslocamento de profissionais e usuários, as condições territoriais e a necessidade de adequação da infraestrutura das UBS para o atendimento que, em algumas localidades, reforçam a demanda reprimida em saúde.

Nesse sentido, estudos sobre as dimensões rurais, no Brasil, têm demonstrado a influência direta desses extensos territórios na oferta, na gestão e na qualidade da atenção na ESF (Bousquat, 2022; Fausto et al., 2023). Profissionais da ESF que atuam em zonas rurais apontam barreiras no trabalho desenvolvido pela APS, evidenciando a complexidade dos arranjos necessários para o deslocamento de profissionais e transporte de insumos, a fragmentação das ações e serviços de saúde, e as fragilidades relacionadas à atenção especializada e aos recursos disponíveis nas UBS. Ademais, destacam-se a necessidade de adequação de espaços que garantam o acolhimento, a

humanização e a segurança do paciente e do profissional (Almeida et al., 2021; Almeida et al., 2022; Lima et al., 2023; Nunes et al., 2022; Oliveira et al., 2023; Soares et al., 2020).

Contudo, a disponibilidade de insumos e a comunicação aberta e facilitada com as secretarias de saúde locais para a realização das atribuições da APS, relatada pelos entrevistados, demonstra um cenário divergente que sugere novos estudos em uma perspectiva de trabalho colaborativo na zona rural.

Os participantes relataram, ainda, que o processo de trabalho se dá para além das UBS centrais, contando com o apoio logístico e técnico das unidades âncoras que operam em áreas mais isoladas e de difícil acesso. Estas atuam como mecanismo de continuidade dos cuidados em saúde da população, oferecendo suporte, coordenação e integração dos serviços de saúde, em áreas de desafios geográficos, sociais e econômicos (Brasil, 2017; Soares et al., 2020).

Considerando que a oferta de serviços na área rural não significa transformar o espaço em zona urbana, busca-se, de fato, potencializar esse cenário para uma produção de cuidado singular e qualificado (Bousquat, 2022; Fausto et al., 2023; Franco et al., 2021). Observou-se com o presente estudo que os desafios envolvendo a colaboração interprofissional voltada à saúde rural, devem pautar-se em políticas intersetoriais de equidade em relação aos cenários rurais e urbanos, com a adequação de estratégias de gestão especializadas às necessidades e a educação interprofissional e permanente dos profissionais nos espaços da APS.

Limitações

Reconhece-se as limitações do estudo com recorte socioespacial de três municípios de pequeno porte de uma mesma região do país. Recomenda-se, ainda, a inclusão de gestores, usuários e outros profissionais da APS em próximos estudos.

Conclusão

Este estudo apresentou a experiência de profissionais da ESF com a interprofissionalidade fornecendo um quadro rico em conceitos interdependentes que abrangem a colaboração e o trabalho em equipe no cotidiano da APS de zonas rurais.

Componentes organizacionais, interacionais e a própria conformação territorial dos cenários estudados foram apontados como fatores de grande impacto na dinâmica de trabalho e, conseqüentemente, nas práticas em saúde. Os participantes ressaltaram como estratégia a potencialização do trabalho em equipe, a corresponsabilização e a consolidação de vínculos colaborativos entre núcleos profissionais.

Os resultados apresentados contribuem para o debate sobre o trabalho em equipe e o avanço da colaboração nos espaços de ruralidade, com implicações significativas para o desenvolvimento de ações interprofissionais que contemplem a pluralidade e a singularidade desses territórios, como espaço de produção de saberes, fazeres, práticas e sociabilidades.

Declaração de conflito de interesse

Os autores informam não haver conflitos de interesse no presente trabalho.

Referências

Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 905–916. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>

Almeida, P. F., Santos, A. M., Cabral, L. M. S. & Fausto, M. C. R. (2021). Context and organization of primary health care in remote rural communities in Northern Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 37(11), e00255020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>

Arruda, G. M. M. S., Barreto, I. C. H. C., Ribeiro, K. G., & Frota, A. C. (2018). The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(suppl 1), 1309–1323. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>

Bousquat, A., Fausto, M. C. R. ., Almeida, P. F., Lima, J. G., Seidl, H. ., Sousa, A. B. L., & Giovanella, L. (2022). Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Rev. Saúde Pública*, 56, 73. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>

Brasil. (2014). Ordinance/Ms No. 2.311 of october 23, 2014. Amends Ordinance No. 2,866/GM/MS, of December 2, 2011, which establishes, within the scope of the Unified Health System, the National Policy for Comprehensive Health for Rural and Forest Populations. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html

Brasil. (2017). Ordinance/Ms No. 2436 of september 21, 2017. Approves the National Primary Care Policy, establishing the revision of guidelines for the organization of Primary Care, within the scope of the Unified Health System. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2024). Competency Framework for Advancing Collaboration.

Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, 394(10195), 345–356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

Cintra, T. S., Doricci, G. C. & Guanaes-Lorenzi, C. (2019). Relational team dynamics in family health strategy. *Rev. SPAGESP*, 20(1), 24-38. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003

Coimbra Jr, C. E. A. (2018). Rural Health in Brazil: a still relevant old subject. *Rev. Saúde Pública*, 52 (supl 1:2s). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000supl1ap>

Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens* (3 ed). Porto Alegre, RS: Penso.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., Martín-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

Fausto, M. C. R., Almeida, P. F., Bousquat, A., Lima, J. G., Santos, A. M., Seidl, H., Mendonça, M. H. M. de; Cabral, L. M. da S. & Giovanella, L. (2023). Primary Health Care in remote rural municipalities: context, organization, and access to integral care in the Brazilian National Health System. *Saúde Soc*, 32(1), e220382pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>

Franco, C. M., Lima, J. G. & Giovanella, L. (2021). Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cad. Saúde Pública*, 37(7): e00310520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>

Habermas, J. (2012). *Teoria do agir comunicativo - vol. 1: Racionalidade da ação e racionalização social*. WMF Martins Fontes.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010: Indicadores de desenvolvimento humano dos municípios brasileiros*. Brasília, DF: IBGE.

Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R. & Mendonça, M. H. M. (2023). Organization of Primary Health Care in Remote Rural Municipalities in West Pará. *Saúde debate*, 47(139), 858-877. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313910>

Matuda, C. G., Pinto, N. R. S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Interprofessional collaboration in the Family Health Strategy: Implications for the provision of care and work management. *Ciê. Saúde Colet.*, 20(8), 2511–2521. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>

Minayo, M. C. S. & Deslandes, M. C. S. (2013). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* (3 ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (14 ed.). São Paulo: Hucitec.

Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17, 83. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>

Nunes, F. G., Santos, A. M., Carneiro, Â. O., Fausto, M. C. R., Cabral, L. M. S. & Almeida, P. F. (2022). Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. *BMC Health Serv. Res.* 22, 1386. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08805-6>

Ohta, R., Ryu, Y. & Otani, J. (2020). Rural physicians' perceptions about the challenges of participating in interprofessional collaboration: Insights from a focus group study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 20, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100345>

Oliveira, E. M., Pereira, D. L. M., Aquino, D. M. C., Corrêa, R. G. C. F., Rolim, I. L. T. P., Oliveira, B. L. C. A. & Rabelo, P. P. C. (2023). The family health strategy and its contributions to the effectiveness of services in primary health care. *Saúde Coletiva*, 13(88), 13165-13176. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i88p13165-13176>

Peduzzi, M. & Agreli, H. F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*, 22(2), 1525-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Teamwork: revisiting the concept and its developments in inter-professional work. *Trab. educ. saúde*, 18(supl 1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

Perron D., Parent K., Gaboury I. & Bergeron D. A. (2022). Characteristics, barriers and facilitators of initiatives to develop interprofessional collaboration in rural and remote primary healthcare facilities: a scoping review. *Rural and Remote Health*, 22, 7566. <https://doi.org/10.22605/RRH7566>

Rahimi, S., & Khatooni, M. (2024). Saturation in qualitative research: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 100174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford, Reino Unido: Blackwell-Wiley.

Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>

Rodrigues, K. V., Almeida, P. F., Cabral, L. M. S. & Fausto, M. C. R. (2021). Organization of Primary Health Care in a remote rural municipality in northern Brazil. *Saúde Debate*, 45 (131), 998-1016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>

Santos, A. M., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Cabral, L. M. S. & Almeida, P. F. (2024). Dynamics of regionalization and repercussions of gaps in care on health marketing in remote rural municipalities. *Cad. Saúde Pública*, 40(8), e00194523. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT194523>

Soares, A. N., Silva, T. L., Franco, A. A. A. M. & Maia, T. F. (2020). Healthcare for rural populations: perspectives and practices of community health agents. *Physis*, 30(3), e300332. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32- item checklist for interviews and focus

groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (5 ed.). Porto Alegre: Bookman

5. CONCLUSÃO

A interprofissionalidade na ESF tem se mostrado uma estratégia fundamental para fortalecer a atenção integral à saúde, promovendo a colaboração entre profissionais de diferentes áreas. Nesse contexto, pesquisas qualitativas se destacam por revelar as complexidades e as nuances da interprofissionalidade nesse cenário.

A partir das vivências e das percepções relatadas por profissionais participantes do presente estudo, permitiu-se (re)conhecer as práticas de trabalho e as relações coletivas e individuais em territórios rurais vulneráveis da região Nordeste do Brasil.

Evidenciou-se que os principais entraves para a prestação da promoção e da atenção à saúde, extrapolam as limitações do território rural. Incluem a infraestrutura das UBS, a ampliação da força de trabalho qualificada e a superação de práticas uniprofissionais, frequentemente limitadas pela ausência de agendas ou horários de trabalho partilhados. Assim destaca-se a importância de fomentar a interprofissionalidade no cotidiano das equipes, promovendo maior integração entre o atendimento e as ações no trabalho em equipe.

Os resultados alcançados oferecem contribuições significativas para o fortalecimento da ESF, favorecendo a formulação de estratégias que promovam ambientes de trabalho mais cooperativos, que otimizem recursos e aprimorem as práticas clínicas conjuntas. Além disso, fornecem subsídios para ações de educação permanente, elaboração de protocolos colaborativos e avaliação de programas voltados à interprofissionalidade.

Os achados têm potencial para orientar políticas públicas que promovam a integração entre profissionais de saúde, fortalecendo a ESF como modelo de atenção primária efetivo e equitativo.

REFERÊNCIAS*

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 2010 Dec. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União [Internet]. 2011 Oct. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html

Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Estratégia de Saúde da Família - evolução do modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Med book; 2023;2:317-40.

Farias DN de, Ribeiro KSQS, Anjos UU dos, Brito GEG de. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Trabalho, Educação e Saúde. 2017 Dec 11;16(1):141–62. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00098.

Brasil. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 May. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22(supl 2):1525–34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

Alves HFC, Collares PMC, Alves R de S, Brasil CCP, Carnaúba JP. Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*. 2021;30(3). DOI: 10.1590/S0104-12902021200648.

Barbosa AS, Teixeira BRF, Oliveira AM, Pessoa, TRRF, Vaz EMC, Forte FDS. Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação. *Saúde Debate*. 2022 Dec 1;46(spe5):67–79. DOI: 10.1590/0103-11042022E506.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 Dec 1;20(59):905–16. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511.

Toassi RFC, Olsson TO, Lewgoy AMB, Bueno D, Peduzzi M. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(2). DOI: 10.1590/1981-7746-sol00267.

Toassi RFC. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* 1. ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez LSM, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005 May; 19(Suppl 1):116-31. DOI: 10.1080/13561820500082529.

Barr H, Ford J, Gray R, Helme M, Hutchings M, Low H et al. *Interprofessional Education Guidelines*. CAIPE. 2017.

Giviziez C, Santos JDD dos, Costa WLG da, Dias MC, Luz NF, Maia LG et al. Colaboração Interprofissional na Atenção Primária à Saúde: realidade de um município goiano. Boletim Técnico do Senac. 2021 Jul 8;46(3). DOI: 10.26849/bts.v46i3.842.

Fausto MCR, Almeida PF de, Maia A, Bousquat A, Giovanella, L. Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023a.

Ribeiro AA, Giviziez CR, Coimbra EAR, Santos JDD dos, Pontes JEM de, Luz NF et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. Escola Anna Nery. 2022;26. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141.

Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016 Sep;21(9):2697–708. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16052016.

Coimbra Jr CE. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. Rev. Saúde Pública,. 2018 Sep;52(1:2):1-7. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000supl1ap.

Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde debate. 2018 Jul;42(spe1):302-314. DOI: 10.1590/0103-11042018S120.

Rodrigues KV, Almeida PF de, Cabral LM da S, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. Saúde em Debate. 2021;45(131):998–1016. DOI: 10.1590/0103-1104202113105.

Durans KCN, Silva MCP, Miranda AF, Sousa HF de, Lima SF, Pasklan ANP. Atitudes relacionadas à colaboração interprofissional entre os profissionais da

Atenção Primária em Saúde. Research, Society and Development. 2021 Apr 24;10(4):e57110413392. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.13392.

Melo LC, Lima FR, Bracarense CF, Ferreira JFMF, Ruiz MT, Parreira BDM et al. Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: percepção da gestão em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2022 Feb 25;75(3):1-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0636.

Costa MV da, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM da. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2018;22:1507–10. DOI: 10.1590/1807-57622018.0636.

Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet. 2019 Jul;394(10195):345–56. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva. 2018 Jun;23(6):1903–14. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva. 2021 Jun;26(suppl 1):2543–56. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. 2002;725–5.

Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, Santos AM dos, Seidl H, et al. Primary Health Care in remote rural municipalities: context, organization, and

access to integral care in the Brazilian National Health System. *Saúde e Sociedade*. 2023b;32(1). DOI: 10.1590/S0104-12902023220382en.

Mendonça F de F, Lima LD de, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2023 Jun 30;47:13–30. DOI: 10.1590/0103-1104202313701.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Nacional P, De Domicílios A. 2010. Available from:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf

Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(7). DOI: 10.1590/0102-311X00310520.

Silva EM da, Portela RA, Medeiros ALF, Cavalcante MCW, Costa RTA. Os desafios do trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família em área rural: Revisão Integrativa. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2018 Jul;14(28):1-12. DOI: 10.14393/Hygeia142801.

Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF de, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2022 Aug 8;56:73. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003914.

Marin J, Ribeiro CDM. Modos de agir para resolução de conflitos na atenção primária. *Revista Bioética*. 2021 Sep 6;29:354–62. DOI: 10.1590/1983-80422021292473.

Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2005 Mar;43(1):29–44. DOI: 10.1590/S0103-20032005000100002.

Brasil. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do

Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União [Internet]. 2014 Oct. Available from:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html

Barr H, Low H. Introdução à Educação Interprofissional. Reino Unido: CAIPE; 2013.

Cazella AA, Capellesso AJ, Medeiros M, Tecchio A, Sencébé Y, Búrigo FL. Políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil: o dilema entre inclusão produtiva e assistência social. *Política & Sociedade*. 2016 Oct;15:49–79. DOI: 10.5007/2175-7984.2016v15nesp1p49.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 1 ed. Geneva: Freelance, 2010.

Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no Trabalho Interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(suppl 1). DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 Aug;20(8):2511–21. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014.

D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008 Sep;8:188. DOI: 10.1186/1472-6963-8-188.

Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 Mar;20(56):185–97. DOI: 10.1590/1807-57622014.0092.

Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL de, Silva MRF da, Moreira TMM, et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207.

Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016;20(56):199-201. DOI: 10.1590/1807-57622015.0383.

CIHC Competency Framework for Advancing Collaboration - 2024. 2024 Apr.

Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*. 2016 May;19(1):36–40. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.04.005.

Previato GF, Baldissera VDA. Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On line*. 2017;11(5):1966–1970. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201729.

Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2018 Mar;34(3):160–5. DOI: 10.1016/j.kjms.2017.12.009.

Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV da, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2019 Aug;43(spe1):86–96. DOI: 10.1590/0103-11042019S107.

Almeida RGS, Silva CBG. A Educação Interprofissional e os avanços do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27. DOI: 10.1590/1518-8345.3148-3152.

Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03733. DOI: 10.1590/S1980-220X2020018903733.

Kessler AI, Krug SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012 Mar;33(1):49–55. DOI: 10.1590/S1983-14472012000100007.

Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*. 2018 Sep;42(spe1):261–74. DOI: 10.1590/0103-11042018S117.

McLaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Prospero LD. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*. 2022;35(2):112–7. DOI: 10.1177/08404704211063584.

Orchard C, Bainbridge L. Competent for collaborative practice: What does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2016 Dec;11(6):526–32. DOI: 10.1016/j.jtumed.2016.11.002.

Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*. 2022 Feb 6;36(5):735–49. DOI: 10.1080/13561820.2021.1973975.

Baldwin J, Raven N, Webber-Jones R. Managerial cultures in UK further and vocational education : transforming techno-rationalism into collaboration. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan; 2022.

Pinho DLM, Reeves S. An interprofessional international research collaboration: exploration of key opportunities and challenges. *Journal of Interprofessional Care*. 2020 Feb 13;1–5. DOI: 10.1080/13561820.2020.1711716.

WHO - World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention : global policy recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010b.

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do *International Committee of Medical Journal Editors* - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o *Medline*.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO DO PROJETO:

**COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA ZONA RURAL DE CIDADES EM VULNERABILIDADE SOCIAL**

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

BÁRBARA RACHELLI FARIAS TEIXEIRA

FRANKLIN DELANO SOARES FORTE (Orientador)

Os pesquisadores, Bárbara Rachelli Farias Teixeira e Franklin Delano Soares Forte convidam você a participar da pesquisa intitulada: **Colaboração interprofissional na atenção primária à saúde da zona rural de cidades em vulnerabilidade social** cujo objetivo é *compreender a Colaboração Interprofissional das equipes da estratégia saúde da família que atuam na zona rural de municípios com contextos de vulnerabilidade.*

Para tanto você precisará assinar esse TCLE que visa 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 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.

Caso decida participar, você deverá responder a 1 (um) questionário validado e adaptado da literatura científica intitulado ***‘Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR)’*** acerca da colaboração interprofissionalidade e de suas práticas no processo de trabalho, além de responder a 1 (uma) entrevista individual semiestruturada, sob o mesmo aspecto, conduzida pela pesquisadora em local acordado com você para a garantia de sua segurança e salvaguarda.

Durante a aplicação do questionário e a condução da entrevista, a previsão de risco é mínima. Mas, é preciso considerar que pode acontecer um desconforto durante essas ocasiões, pois você responderá sobre o desenvolvimento de suas atividades e atribuições a nível prático. Além da possibilidade de extravio de dados fornecidos.

No entanto, estes riscos serão minimizados pela confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Outrossim, será verificada e resguardada as informações coletadas em base de dados sob posse dos pesquisadores com controle e backup do material.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e a discussões acerca do processo de formação e de trabalho em saúde sob a ótica da interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde.

Você ficará com uma cópia deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados fornecidos serão analisados estatisticamente e, após a finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade dos pesquisadores. Sendo esses dados divulgados, sob anonimato dos participantes, apenas em eventos e publicações de cunho científico.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma, caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também

garantido ao participante o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Caso deseje mais informações sobre a presente pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora **Bárbara Rachelli Farias Teixeira** através do e-mail: barbara.rachelli@gmail.com ou pesquisador **Franklin Delano Soares Forte** através do email: franklinufpb@gmail.com ou também com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos** da Universidade Federal da Paraíba no endereço: Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco através do telefone (83) 3216-7791 ou pelo e-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br.

Esperamos contar com seu apoio. Desde já agradecemos a sua colaboração!

Atenciosamente, pesquisadores Bárbara Rachelli Farias Teixeira e Franklin Delano Soares Forte.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, sob RG nº _____, li a descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participar da pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Legal

Apêndice 2 - Roteiro de entrevista semiestruturada

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

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Cordialidades iniciais

Avisar ao entrevistado (a) que o gravador será ligado.

1. Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Unidade de Saúde da Família de área rural.

2. Qual a importância do seu trabalho nessa Unidade de Saúde da Família rural?

3. Como são as condições de trabalho para a realização de suas atividades?

4. Como você percebe o contexto da vulnerabilidade social do município onde exerce suas funções e seu impacto no cotidiano de trabalho?

5. Como você acha que seu trabalho é percebido:

a) pelos usuários que você atende?

b) por sua equipe de trabalho?

c) pela gestão?

6. Como você percebe o trabalho dos demais profissionais?

7. O que seria um trabalho em equipe ideal para você?

8. Você mudaria algo em relação ao seu trabalho nessa Unidade de Saúde da Família? (Fale-me sobre isso)

9. Fale-me sobre as contribuições do seu trabalho na Estratégia Saúde da Família rural:

a) para você mesmo/a

b) para a secretaria de saúde (gestão/organização)

c) para a população

10. Para você o que é um trabalho que tem sentido?

11. O que você entende por trabalho/colaboração interprofissional e competências da interprofissionalidade? Você consegue enxergá-las no seu cotidiano de trabalho? (Dê exemplos)

12. Em sua perspectiva, quais são os fatores que contribuem/dificultam o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional na sua Unidade?

13. Gostaria de dizer mais alguma coisa que não foi perguntada?

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ZONA RURAL DE CIDADES EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Pesquisador: Bárbara Rachelli Farias Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76354123.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.027.960

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para uma pesquisa vinculada ao PPGO-Odontologia. O objeto do estudo é a avaliação da colaboração interprofissional na atenção primária à saúde em zonas rurais de municípios da Paraíba com vulnerabilidade social. O trabalho consiste em um estudo transversal e exploratório, com recursos técnicos de abordagem mista e estratégia paralelo convergente; em que há priorização semelhante e simultânea para conexão do banco de dados quantitativo equalitativo por fusão e os dados mantidos independentes, durante a coleta e análise, e combinados durante a interpretação. Os dados serão coletados através de técnicas de observação direta extensiva (questionários) e intensiva (entrevistas). O estudo será desenvolvido com profissionais da saúde que compõem as Equipes de Saúde na modalidade eSF, composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, também podendo fazer parte o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). A emenda se refere a inclusão do grupo de gestores. No total serão 594 participantes do grupo de profissionais e 6 de gestores. A amostra total é estimada é de 600 indivíduos. No projeto original seriam os seguintes municípios: Arara (IDHM 0,548), Casserengue (IDHM 0,514), Curral de Cima (IDHM 0,529), Ingá (IDHM 0,592), Itapororoca (IDHM 0,564) e Pocinhos (IDHM 0,591). No projeto-

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.027.960

emenda, apenas 4 cidades foram listadas: Casserengue, Curral de Cima, Itapororoca e Pocinhos. O estudo proporcionará contribuições para a produção de conhecimentos a respeito da temática, bem como a possibilidade de reflexão e autogestão sobre o processo de trabalho e transformação de práticas em saúde sob a ótica interprofissional no SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar a colaboração interprofissional das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que atuam na zona rural de municípios com contextos de vulnerabilidade social.

Objetivos Específicos; 1. Identificar o quantitativo de equipes multiprofissionais de Saúde da Família (eSF) que atendem as zonas rurais das localidades em estudo e sua distribuição nos territórios; 2. Investigar o perfil de colaboração interprofissional das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a promoção à saúde da APS na zona rural; 3. Compreender a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre as práticas colaborativas de trabalho aplicadas à APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os principais riscos apresentados pelo presente estudo referem-se ao desconforto e receio quanto à participação durante o preenchimento dos questionários e/ou entrevistas em razão do envolvimento em temáticas profissionais sobre o desenvolvimento de atividades e atribuições a nível prático. Além da possibilidade de extravio de dados fornecidos pelos participantes.

No entanto, estes riscos serão minimizados pela confidencialidade e privacidade das informações prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que causem constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Outrossim, será verificada e resguardada as informações coletadas em base de dados sob posse dos pesquisadores principais com controle e backup do material.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, o estudo proporcionará contribuições para a produção de conhecimentos a respeito da temática, bem como a possibilidade de reflexão e autogestão sobre o processo de trabalho e transformação de práticas em saúde sob a ótica interprofissional no SUS. Além incentivar a adoção das práticas colaborativas na APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa transversal de metodologia mista com dados quantitativos e

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.027.960

qualitativos. Há um bom delineamento experimental com detalhamento sobre a coleta de dados e formas de tratamento dos mesmos. Os objetivos dialogam com o percurso metodológico e o cronograma é compatível com as metas do projeto. A emenda em tela apresenta a inclusão de grupo de participantes do tipo gestor e tem roteiro de entrevista apresentado como documento anexado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória incluídos no protocolo

Recomendações:

nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se observa óbices éticos nesse protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2397539_E1.pdf	09/08/2024 15:57:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOEMENDA.pdf	09/08/2024 15:50:53	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Outros	ROTEIROIEMENDA.pdf	09/08/2024 15:49:57	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEIEMENDA.pdf	09/08/2024 15:48:57	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAEMENDA.pdf	09/08/2024 15:47:47	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	01/12/2023 15:04:23	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 7.027.960

Outros	ESCALA_DE_AVALIACAO_DA_COLABORACAO_INTERPROFISSIONAL_EM_EQUIPE.pdf	01/12/2023 15:03:41	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia_cartas_de_anuencia.pdf	01/12/2023 14:57:22	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	01/12/2023 14:55:49	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/12/2023 14:54:56	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/12/2023 14:54:09	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/12/2023 14:52:41	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/12/2023 14:51:54	Bárbara Rachelli Farias Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 23 de Agosto de 2024

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br