



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ALINE EVELIN SANTINO DA SILVA**

**GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ALINE EVELIN SANTINO DA SILVA**

**GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para obtenção do título de bacharela em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Aline Evelin Santino Da.

Gestão do Trabalho em Equipe na Atenção Básica / Aline Evelin Santino Da  
Silva. - Vitória de Santo Antão, 2022.

44

Orientador(a): Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de  
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2022.

Inclui referências, apêndices.

1. Atenção primária à saúde. 2. Administração de serviços de saúde. 3. Relações  
interprofissionais. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. (Orientação). II. Título.

320 CDD (22.ed.)

ALINE EVELIN SANTINO DA SILVA

## **GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharela em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 28/10/2022

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Wládia de Silva Lima (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lorena Albuquerque de Mélo (Examinador Externo)  
ESPPE/SES-PE

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pois, diante de tantas dificuldades, consegui chegar até aqui.

Agradeço a minha família em especial minha avó Eliza e a minha mãe por que sem elas a finalização deste ciclo não seria possível. Por todo amor e confiança em mim depositada durante todo meu processo de formação, esse trabalho e graduação, eu dedico à elas.

Agradeço a Universidade e todo corpo docente, que possibilitaram o meu aprendizado durante a graduação. Quero ressaltar a importância da minha orientadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, tento descrever em palavras todo meu agradecimento pela paciência, compreensão e carinho durante não somente o processo de construção do TCC mas, também em toda a graduação.

E por fim, deixo aqui meu agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a concluir essa etapa da minha vida.

## RESUMO

O trabalho em equipe ganhou visibilidade no campo da saúde como um forte aliado da reforma política no modelo de formação e atenção à saúde. Assim, o trabalho em equipe surge como uma ferramenta para reorganizar o modelo de cuidado da atenção básica à saúde visando auxiliar na horizontalização do poder e no diálogo entre gestão e equipe de saúde, estimulando à autonomia e a construção de vínculos significativos em todas as relações humanas e profissionais. Esse estudo teve como objetivo analisar a gestão do trabalho em equipe na atenção básica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que foi realizada em três municípios pernambucanos no período de março a abril de 2022. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 6 profissionais que atuam na gestão do trabalho em equipe da atenção básica. Os dados foram analisados através da técnica da análise de conteúdo. O estudo aponta que a percepção dos gestores sobre o trabalho em equipe corrobora conhecimentos significativos para desenvolver uma gestão organizada através do trabalho em equipe. Entretanto, sinalizo a carência de estímulos metodológicos para os gestores, voltado para o aproveitamento de estratégias e ferramentas já existentes no município.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; administração de serviços de saúde; relações interprofissionais.

## **ABSTRACT**

Teamwork gained visibility in the field of health as a strong ally of political reform in the model of training and health care. Thus, teamwork emerges as a tool to reorganize the primary health care model in order to assist in the horizontalization of power and in the dialogue between management and the health team, stimulating autonomy and the construction of significant bonds in all relationships. human and professional. This study aimed to analyze the management of teamwork in primary care. This is a qualitative case study research that was carried out in three municipalities in Pernambuco from March to April 2022. Semi-structured interviews were carried out with 6 professionals who work in the management of teamwork in primary care. Data were analyzed using the content analysis technique. The study points out that the managers' perception of teamwork corroborates significant knowledge to develop an organized management through teamwork. However, it signaled the lack of incentives for permanent education for managers, aimed at taking advantage of strategies and tools that already exist in the municipality.

**Keywords:** primary health care; health services administration; interprofessional relations.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>11</b>
2.1 Interprofissionalidade para qualificação e integralidade do cuidado	11
2.2 interprofissionalidade no Brasil: avanços e desafios	13
2.3 O desafio da Interprofissionalidade na atenção básica	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Local e período do estudo	19
4.3 Participantes do estudo	20
4.4 Coleta de dados	20
4.5 Análise dos dados	21
4.6 Considerações Éticas	22
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
5.1 Percepção sobre o trabalho em equipe	23
5.2 Dificuldades para o trabalho em equipe	26
5.3 Estratégias e ferramentas utilizadas na gestão do trabalho em equipe	30
5.4 Sugestões para o fortalecimento do trabalho em equipe	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS</b>	<b>43</b>



## 1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde, o trabalho em equipe surge a partir de três perspectivas: a noção de integração; as mudanças da abordagem de saúde e de doença; e as decorrentes alterações nos processos de trabalho nos anos 50, nos EUA. Assim, a ideia de equipe de saúde foi construída no processo de emergência da medicina preventiva, trazendo um projeto de mudanças da prática médica (AROUCA, 2003; SILVA, 2003).

Nas últimas décadas, questões sobre o trabalho em equipe ganhou destaque no campo da saúde, como um componente da reforma política no modelo de formação e atenção à saúde. Com isso, ampliando o acesso aos serviços de saúde e a questão do aumento na qualidade do cuidado, na expectativa de uma atenção à saúde integral, contínua e ampliada (HADDAD et al., 2012).

Ademais, a mudança do perfil epidemiológico e demográfico e a reconhecida complexidade do cuidado em saúde têm exigido reformulação na organização das práticas dos profissionais de saúde para ampliar a qualidade e integralidade da atenção em saúde (FURTADO, 2007, FREIRE FILHO et al., 2019). Tais aspectos trazem à tona a necessidade de alterações nos processos de formação dos profissionais de saúde, afinal, são eles que possuem um papel determinante na configuração dos modelos assistenciais, nos diferentes momentos históricos (COSTA; BORGES, 2015; LIMA, 2020).

A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe, que tem como base o processo de trabalho compartilhado em um espaço comum com uma equipe multiprofissional, desenvolvendo o processo de compartilhamento e tomadas de decisões visando uma produção do cuidado em saúde de maior qualidade. Com isso, a rede de atenção à saúde consegue se reorganizar e avançar para uma partilha no cuidado às demandas de saúde dos usuários e da população (D'AMOUR et al., 2008).

A Educação interprofissional (EIP) tem sido uma das iniciativas para fortalecer o trabalho em equipe na atenção à saúde, pois oferece aos estudantes a oportunidade de aprender em conjunto com outros profissionais, de diferentes áreas, com o

objetivo de desenvolver habilidades e ferramentas necessárias para um trabalho coletivo (BARR; LOW 2013). Nos últimos vinte anos, a EIP vem se destacando e ganhando forças mundialmente, onde estudos destacam sua importância na melhoria de sistemas e nos resultados da atenção à saúde (REEVES, 2016).

A EIP é recente no Brasil e isso tem colaborado na dificuldade de implementação do trabalho em equipe interprofissional nos serviços de saúde. Em alguns serviços, chega-se perto do trabalho em equipe, mas ainda pouco colaborativo pois mesmo em equipes se faz muito trabalho uniprofissional (SOUZA; ÁVILA, 2021). Partindo dessa ideia, a literatura apresenta três dimensões da realidade (macro, meso e micro) que desempenham considerável influência no processo de acolhimento da educação interprofissional. O sucesso da implantação da educação interprofissional depende de estratégias articuladas, mantendo forte relação de interdependência entre essas dimensões, assegurando seu processo (CAMARA et al., 2015).

Esses desafios relacionados à mudança da formação dos profissionais de saúde e organização das práticas profissionais fazem parte da agenda de trabalho da gestão do trabalho e da educação que, no Brasil, ganhou relevância nacional após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser reconhecida como um elemento importante para sua consolidação (ARIAS et al., 2006, p.119).

A gestão do trabalho encontra-se em três dimensões: macro, meso e micro. É no nível macro que se encontram as políticas de saúde e educação que reconhecem as bases teórico-conceituais e metodológicas como marcos para reorganização do processo de formação dos profissionais da saúde e do modelo de atenção à saúde. Além disso, os conselhos profissionais exercem forte influência na definição das práticas profissionais no setor saúde. Essas políticas possuem um papel indutor para alterações importantes nos níveis meso e micro. No Brasil, é possível mencionar exemplos de políticas com características fortes para o avanço nessa direção, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde, que disparou movimentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais (COSTA; BORGES, 2015; COSTA et al., 2015). A dimensão meso envolve aspectos relacionados à gestão dos serviços e processos de trabalho desenvolvido pelas organizações responsáveis no setor saúde (secretarias de saúde, por exemplo) e na educação (instituições de ensino). As

micropolíticas se tornam tão relevantes quanto as anteriores pois são nelas onde se destacam as fortes relações interpessoais que respaldam o desenvolvimento das competências colaborativas, correspondendo a execução desse processo de trabalho pelo profissional em seu encontro com o usuário. Essas dimensões precisam estar alinhadas para que o processo de trabalho seja realizado de forma a alcançar o cuidado em saúde integral e efetivo (SOUZA, 2007)

No âmbito da atenção básica, cujas ações são operacionalizadas a partir da atuação de diversas equipes multiprofissionais, a colaboração interprofissional surge como uma alternativa para se compreenderem as formas de comunicação e de interação entre os profissionais, em resposta aos problemas que configuram a complexidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família – ESF, por exemplo.

Além dos esforços empreendidos para reorientar a formação dos profissionais para o trabalho interprofissional, é necessário implementar um processo de organização e gestão do trabalho que favoreça a integração e colaboração entre os diferentes profissionais que atuam nos serviços de saúde. A deficiência de ferramentas e diálogos que auxiliem a organização do trabalho em equipe de forma integrada cria uma barreira no avanço da temática.

O presente estudo teve como motivação o interesse particular pela temática e pela vivência no programa PET-saúde. Pois, através dessa experiência foi possível participar e aprender com o serviço sobre o trabalho multiprofissional e observar as lacunas entre possuir uma equipe multiprofissional e ter um processo de trabalho em equipe.

Pesquisar sobre gestão do trabalho em saúde é uma forma de contribuir com a geração de conhecimento que colabore com a implementação do trabalho interprofissional. Acredita-se que o presente estudo poderá fornecer informações que subsidiem a organização do trabalho em equipe na atenção básica à saúde, contribuindo assim para o fortalecimento de distintos programas e políticas que operam a partir da atenção básica e na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Nesse sentido, essa pesquisa se propôs a responder a seguinte pergunta orientadora: Como é realizada a gestão do trabalho em equipe na atenção básica?

## **2 REVISÃO TEÓRICA**

### **2.1 Interprofissionalidade para qualificação e integralidade do cuidado**

A proposta do trabalho em equipe vem sendo discutida e implementada desde 1950, onde este se mostra necessário e essencial para se garantir a boa qualidade do cuidado e o bom andamento do serviço de saúde (PEDUZZI, 2016). Nesse segmento, surge a defesa por uma concepção ampliada de cuidado, tendo em vista que diferentes saberes são utilizados para a compreensão dos variados determinantes do processo saúde-doença (DALLA VECCHIA, 2012).

A partir dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos globais iniciaram uma ampla pesquisa que foi publicada em 2010 como um marco de referência para prática e educação interprofissional (OMS, 2010). Com a crescente discussão dessa demanda, as principais instituições formadoras propagam a necessidade de ruptura com o modelo biomédico e individualista, tão enraizado na formação e práticas de saúde, admitindo que muitos saberes são fundamentais para se compreender processos tão complexos como as expressões do modo de viver e morrer do ser humano (DALLA VECCHIA, 2012).

A fragmentação do ensino tradicional e hegemônico, estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas. Essa formação centrada no diagnóstico e no trabalho do médico segrega as equipes e define uma relação profissional de subordinação. O complexo histórico da formação dos profissionais de saúde no Brasil destaca a necessidade de construir estratégias capazes de trazer mudanças nos cursos e, com isso, galgar mudanças no cenário atual, tanto na realidade dos serviços, como na educação dos profissionais de saúde. As discussões sobre trabalho em equipe tomam forças e a expectativa para que ele traga a possibilidade de superar muitos dos problemas sofridos no processo de construção dos serviços de saúde, seguindo o movimento mundial em torno de melhorias das ações em saúde, nos diversos cenários globais (HADDAD et al., 2012).

Muitos esforços individuais e coletivos têm sido feitos para garantir mudanças na organização do trabalho. Porém, ainda temos a imprecisão dos termos e conceitos utilizados, expondo que ainda não foi possível construir um consenso sobre os elementos-chave que constituem o trabalho em equipe e suas variações:

multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional (PEDUZZI, 2020).

Via de regra, os prefixos multi, inter e trans, nesta sequência, demonstram um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões que fazem referência, segundo o termo utilizado: disciplinar ou profissional, ao âmbito das áreas de conhecimento ou disciplinas e das práticas profissionais, respectivamente (FURTADO, 2007; PEDUZZI et al., 2013).

A temática vem se destacando nas duas últimas décadas visando o reconhecimento do trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional como um combustível auxiliar para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (REEVES et al., 2016). O trabalho em equipe é fundamental por representar um dos componentes estratégicos de enfrentamento das complexidades que crescem a cada dia e das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada, como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede (PEDUZZI et al., 2020). Ademais, perpassando nas alterações demográfica, com aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, assim como alterações do perfil epidemiológico, com crescimento das doenças e condições crônicas, que requerem acompanhamento de parte da população por anos e décadas, o que resulta melhor se os serviços de saúde se organizam com base em equipes (PEDUZZI et al., 2020).

A Educação Interprofissional é uma ferramenta que diminui a distância criada sobre as relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração e com isso, melhorar os serviços de saúde. O debate com diversas instituições de ensino vem se expandindo, objetivando a desmistificação do processo de reforma e a identificação de evidências da efetividade na mudança de atitudes e habilidades dos profissionais de saúde, possibilitando a transformação dos atuais sistemas de saúde (HADDAD et al., 2012).

De acordo com Reeves (2016), a EIP surge da heterogenia e complexidade da saúde com a assistência social dos pacientes. Outrossim, Barr (2005) sinaliza para os benefícios de uma colaboração eficaz entre os prestadores dos diversos tipos de atenção à saúde para a estabilização de um serviço de atenção eficaz e integral. Por isso, a EIP se caracteriza como uma atividade que envolve dois ou mais

profissionais, de diferentes áreas, que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde (REEVES, 2016).

A EIP tem ganhado grande destaque no Brasil nos últimos anos, e vem sendo a base para as melhorias tão almejadas para os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A educação interprofissional é quem dará estrutura para o serviço de saúde com profissionais que saibam trabalhar de forma colaborativa tanto para a qualificação dos mais diversos profissionais da saúde, quanto na formação dos estudantes das mais diversas áreas ligadas à saúde (COSTA; BORGES, 2015).

A construção de metodologias e estratégias que subsidiem a lógica da educação interprofissional vem sendo realizada com muito esforço por estudiosos (AGRELI, 2017). Alguns pesquisadores têm estudado a temática a fim de colaborar com saberes que possam atender às demandas emergentes no campo da educação, para as profissões da saúde, na necessidade de superar o grande distanciamento entre os profissionais da saúde e no compromisso de melhorar a qualidade da atenção e a qualidade de vida e saúde dos usuários (LIMA, 2018).

A literatura mostra através de estudos o potencial do trabalho em equipe para alcançar pacientes e familiares no cuidado à saúde e o custo-efetividade dos serviços na atenção à saúde, além de, modificar positivamente o cotidiano dos profissionais e suas experiências (AGRELI, 2017). Dessa forma, nota-se que o trabalho em equipe tem potencial e pode, por um lado, auxiliar na produção de resultados significativos na atenção à saúde de usuários, família e comunidade e dos trabalhadores. (PIROLO, FERRAZ, GOMES, 2011).

## **2.2 interprofissionalidade no Brasil: avanços e desafios**

Desde o início dos debates para a construção e a implementação do SUS, o trabalho em equipe foi pautado como essencial para a realização de um novo sistema de saúde, que seria estruturado sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1988).

Para avançar nessa questão, algumas políticas ou programas foram pensados para induzir mudanças na formação dos profissionais. Esse conjunto de estratégias foram

implementadas, principalmente, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SEGTES) no âmbito do Ministério da Saúde em 2003 (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004 com objetivo de funcionar como um importante instrumento para a reorientação das práticas e da formação em saúde. Pois carrega em suas diretrizes importantes elementos que direcionam ações e programas para a integração entre profissionais, universidades, gestores e controle social em um amplo processo educativo (BRASIL, 2004). A PNEPS utiliza estratégias pedagógicas com foco na integralidade e na interdisciplinaridade visando integrar ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2017).

Em seguida, iniciou-se o processo para a regularização da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e Residentes na área profissional, junto às instituições que constituem o Comitê Nacional Residente de saúde multi-especialidade (CNRMS). Os respectivos programas passaram a receber apoio e investimento do Ministério da Saúde para a formação de profissionais do SUS (BRASIL, 2005).

A educação pelo trabalho, inserida através das residências multiprofissionais na Atenção Básica no modelo técnico-assistencial da Estratégia Saúde da Família, pensa o território vivo como um ambiente potente, inovador, desafiador e instigante para romper com a reprodução de práticas hegemônicas e individualistas, motivando a flexibilização na prática sobre procedimentos simples para um aprendizado vivo fundamentado na integralidade da atenção, construindo e aprendendo com o processos de saúde-doença e cuidado dos usuários e comunidade (FREIRE FILHO et al., 2019).

Outro programa importante foi o Vivência e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) que surgiu como uma estratégia, do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da Área da Saúde, para dar aos estudantes a oportunidade de conhecer, vivenciar e experimentar, a realidade do Sistema Único de Saúde como espaço de aprendizagem, dentro de sua rotina com seus avanços e desafios contínuos (BRASIL, 2004; FERLA et al., 2013)

Com intuito de avançar no movimento de mudança na formação em saúde também foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde),

instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no ano de 2008, em conjunto com o sistema de saúde. O PET-Saúde tem como alvo as Instituições de Ensino Superior (IES), com o objetivo de estimular o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação, inserindo estudantes nos serviços de saúde, possibilitando o ganho de experiência do trabalho em equipe de maneira colaborativa com foco na integração ensino-serviço (FREIRE FILHO et al., 2019).

A maioria desses programas e políticas de saúde tem utilizado a atenção básica como um locus estratégico para desenvolver processos formativos dos novos profissionais de saúde (aqueles que estão ainda na graduação) e também dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde e atuam como preceptores, e que tem seu processo de trabalho potencializado pelas ações de educação permanente implementadas por essas estratégias de indução de mudança na formação em saúde (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

Essa priorização da atenção básica pode ser justificada pelo fato da Estratégia Saúde da Família (ESF) ser reconhecida no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde (PAIM et al., 2011). Estudo do impacto da ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (RASELLA et al., 2014). O que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde como os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais inseridos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, sanitaristas, educadores físicos, psicólogos e outros - daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

Tais programas e políticas oferecem aos estudantes e também aos serviços de saúde a oportunidade de avanços para o debate da EIP no Brasil, porém a caminhada ainda está no início e as instituições que formam esses profissionais precisam de um apoio maior para conseguir sustentar a longo prazo as ações construídas.



### **2.3 O desafio da Interprofissionalidade na atenção básica**

Aproximadamente três décadas após a promulgação das leis 8.080 e 8.142 de 1990, pode-se reconhecer muitos avanços na implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) tem desempenhado papel central nesse processo, permitindo reflexões significativas, principalmente, no modelo assistencial e na gestão dos serviços de saúde nos municípios (CASTRO; FAUSTO, 2012).

O NASF-AB foi criado em 2008 e tem como objetivo apoiar as equipes de saúde da família e atenção básica, aumentando sua resolubilidade através do apoio matricial de uma equipe de multiprofissional que desenvolve ações técnico-pedagógicas e assistenciais no território de sua abrangência (BRASIL, 2014).

O Programa Academia da Saúde surgiu como uma das medidas para o crescimento e fortalecimento da AB no desenvolvimento da promoção de uma atenção integral, assumindo responsabilidade sanitária sobre uma população e um território vivo, levando em consideração a dinamicidade desse território e utilizando o trabalho em equipe (BRASIL, 2012). A partir das descrições apresentadas pela PNAB, afirma-se que o Programa Academia da Saúde possui características que fortalecem a rede de serviços de saúde da AB (IVO, 2019).

Para a estratégia de saúde da família, o trabalho em equipe no território auxilia nas articulações das ações de prevenção, tratamento, promoção e reabilitação da saúde. A atenção básica foi pensada e institucionalizada com alto grau de descentralização e proximidade da vida dos seus comunitários. Considerando a vitalidade do território e a singularidade dos sujeitos e a inserção da cultura social, a integralidade do cuidado deve ser fortalecida e entendida como o arranjo de planos de atendimento e operações da equipe de saúde da AB para que os usuários tenham acesso às respostas às suas necessidades de saúde (IVO, 2019). Conseguir fortalecer vínculos é essencial para que a atenção básica consiga cumprir com sua função para o sistema de saúde funcionar com qualidade (GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

Os profissionais que não tiveram a oportunidade, durante sua formação, de trabalhar em uma equipe multiprofissional necessitam ser inseridos de maneira orgânica e colaborativa (ROSSIT; BATISTA; BATISTA, 2014). A necessidade de novas tecnologias em saúde para reorganizar modelo de cuidado auxilia na

horizontalização do poder. O estímulo à autonomia e a construção de vínculos significativos em todas as relações humanas, possibilitando a visualização “macro” da sociedade a partir da representação no “microgrupo” faz com que os profissionais reconheçam a importância do outro para o seu trabalho e vice-versa (CHIESA et al., 2007).

O trabalho colaborativo possui características que estimulam, auxiliam e trazem consideráveis benefícios com o objetivo de mudanças concretas nos micro espaços de trabalho das instituições de saúde (GRACIA, 2015). Essa discussão vem amadurecendo e o debate aponta que a educação interprofissional é a base para o trabalho colaborativo. Porém, ainda persiste o entendimento de alguns profissionais rotulando a necessidade de aprofundar a compreensão da Educação Interprofissional como um método de superar metas e obtenção dos impactos esperados (LIMA, 2020).

A falta do uso de ferramentas adequadas para subsidiar os profissionais da atenção básica no enfrentamento da rotina com criatividade e técnicas resolutivas; e a dificuldade com infraestrutura e profissionais que cubram todo território vem se tornando um bloqueio para seu desenvolvimento (GRACIA, 2015). Há vários desafios para realizar o trabalho em equipe, principalmente no que tange às relações interpessoais, como a presença de conflito e distanciamento entre os membros, desvinculando do objetivo central para uma equipe: a atenção à saúde. Contudo, envolvê-los em práticas assistenciais desenvolvidas pela AB requer atuação conjunta de todos os envolvidos, sejam dos gestores ou dos próprios membros das equipes (PERUZZO et al., 2018).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a atuação dos gestores na organização do trabalho das equipes que atuam na atenção básica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Compreender a percepção dos gestores sobre o trabalho em equipe na atenção básica;
- Analisar a percepção dos gestores sobre as dificuldades para a realização do trabalho em equipe na atenção básica;
- Descrever estratégias e ferramentas utilizadas pelos gestores para apoiar a implementação do trabalho em equipe na atenção básica.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de caso exploratório que foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa.

Os estudos de caso têm sido usados em diferentes áreas do conhecimento há muitos anos. Toledo e Shiraishi (2009) relatam que esse método é um dos mecanismos qualitativos, frequentemente, utilizados na busca de informações sobre um determinado fenômeno, visando sua intensidade. Os estudos de caso podem ser divididos em três linhas de pesquisa: descritiva, cujo objetivo é descrever o estudo de caso; analítica, quando se deseja problematizar ou gerar novas teorias para o objeto; exploratória, quando o pesquisador deseja encontrar informações preliminares sobre o estudo (OLIVEIRA, 2017).

### **4.2 Local e período do estudo**

Esse estudo foi realizado no período de junho a outubro de 2022 em três municípios pernambucanos localizados na 1ª Região de Saúde: Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão. Esses municípios foram escolhidos por atender aos critérios de contarem com diferentes tipos de equipe (Saúde da Família e NASF-AB) atuando na atenção básica e por serem cenários de prática para estudantes de graduação e programas de residências multiprofissionais.

O município de Camaragibe foi um dos pioneiros na implantação da Estratégia Saúde da Família e do NASF-AB no estado de PE. Além disso, tem 95% de sua população coberta pela estratégia de saúde da família e as equipes do NASF-AB cobrem 100% das eSF. Está localizado a 16 quilômetros (km) da capital, com uma área territorial de 55.083 km<sup>2</sup>. É um município totalmente urbano com uma população de 159.945 habitantes (IBGE, 2021). A rede básica de saúde do município é composta por 40 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 45 Equipes Saúde da Família e 05 equipes de NASF-AB (PERNAMBUCO, 2020).

O município de Jaboatão dos Guararapes está localizado no litoral, ao sul da capital de Pernambuco. Ao excluir as capitais, esse município está entre os dez mais populosos do Brasil, sendo o segundo em número de habitantes do estado. Em

2021, a estimativa de sua população foi de 711.330 habitantes, distribuídos numa área de 258.694 quilômetros quadrados, tendo, assim, uma densidade demográfica de 2.491,82 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2021). Em relação a rede de atenção básica, Jaboatão dos Guararapes possui 109 equipes de saúde da família distribuídas por 7 Regionais de saúde e 8 equipes do NASF-AB, o que garante cobertura de 85,3%, das equipes de saúde da família (PERNAMBUCO, 2020).

O município de Vitória de Santo Antão está localizado na Mesorregião da Zona da Mata centro, onde engloba uma área municipal de 2.234 km<sup>2</sup> e uma população de 140.389 habitantes (IBGE, 2021). Possui 32 equipes de saúde da família que conferem uma cobertura populacional de aproximadamente 79,6%. Além disso, contam com cinco equipes do NASF-AB (PERNAMBUCO, 2020).

#### **4.3 Participantes do estudo**

Os participantes envolvidos na pesquisa são aqueles que exercem a função de coordenação da atenção básica e do NASF-AB dos municípios do estudo. A faixa etária desses participantes fica dentro do disposto por adultos e adultos jovens sendo eles 4 mulheres e 2 homens. Foram incluídos os profissionais que exerciam essas funções por um período mínimo de 6 meses, porém os participantes da pesquisa tinham entre 1 a 8 anos de experiência nas gestões conforme relatado durante as entrevistas. Entre as graduações e especializações dos gestores tivemos 2 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 médico veterinário e 2 nutricionistas, apenas 1 não possuía especialização em saúde Coletiva.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, que consiste em uma técnica de coleta de dados onde as perguntas norteadoras são realizadas ao entrevistado de modo individual, permitindo maior detalhamento em determinados contextos do tema em estudo (MINAYO, 2010). Esta modalidade de entrevista possibilita o desenvolvimento de maior autonomia ao pesquisador/entrevistado, proporcionando uma maior proximidade com o objeto da pesquisa e permitindo que o pesquisador faça alguns questionamentos complementares e pertinentes no ato das respostas dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas de modo presencial (2 participantes) e remoto (4 participantes), nesse último caso utilizou-se o Google Meet. A diferença dos modos de realização se deu para atender o modo preferencial de cada participante em função da disponibilidade de agenda de cada um/uma. Todas as entrevistas foram gravadas, tiveram um tempo médio de duração de 40 minutos e seguiram o mesmo roteiro semiestruturado (Apêndice B).

Antes de iniciar as entrevistas, foram apresentados detalhadamente aos participantes o tema e o objetivo do estudo, bem como os riscos e benefícios em participar da pesquisa e a garantia do sigilo referente às declarações, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Só após preenchimento das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as gravações foram iniciadas. Saliento que uma das vias do termo permanece com a pesquisadora e a outra via ficou na posse de cada participante. Como garantia de anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por codinomes para que suas identidades sejam preservadas, conforme compromisso ético estabelecido.

#### **4.5 Análise dos dados**

Após a transcrição de todas as entrevistas, os dados foram analisados através da técnica da análise de conteúdo. Essa técnica foi elaborada há pouco mais de quatro décadas, e dividida em três fases para sua construção: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretações (BARDIN, 2010).

Durante o percurso de análise, foram realizadas várias leituras do material empírico, codificação, recortes e identificação dos núcleos de sentido em coerência com os objetivos definidos na pesquisa que guiaram a formação das categorias temáticas. Em seguida, foi realizada a fase das interpretações da comunicação do entrevistado e entrevistador sobre a temática acarretando em análises reflexivas e críticas (BAUER, 2008).

A fim de atingir os objetivos específicos do estudo. As categorias discutidas são: Percepção sobre o trabalho em equipe; Dificuldades para o trabalho em equipe; Estratégias e ferramentas utilizadas na gestão do trabalho em equipe; e Sugestões para o fortalecimento do trabalho em equipe.

#### **4.6 Considerações Éticas**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco por meio da emissão do parecer técnico nº 5.419.444 em consonância com a resolução nº 510/16 do conselho nacional de saúde - CNS.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Partir da análise dos resultados identificou-se quatro categorias temáticas que foram trabalhadas de maneira ordenada para contemplar os objetivos do estudo.

### 5.1 Percepção sobre o trabalho em equipe

Os gestores trouxeram em suas falas vários elementos pertinentes sobre o conceito de trabalho em equipe. Citaram com mais frequência a importância da colaboração, interação e compartilhamento de saberes como elementos fundamentais na caracterização do trabalho em equipe. Além de ressaltar a importância da complementaridade das profissões de equipes multiprofissionais para que o trabalho em equipe se movimente.

“O trabalho em equipe é um trabalho que tem que ser colaborativo, formado pelas colaborações que existem entre os profissionais, entre a equipe, porque é o que a gente fala entre a diferença de ser multi e ser interprofissional. A gente muitas vezes tem uma equipe multiprofissional que não se interrelacionam. Então, isso é muito complexo na atenção primária, porque a gente precisa trabalhar as atividades e, ao mesmo tempo, observar as individualidades, porque a gente pensa melhor em equipe, conseguimos visualizar mais estratégias”. (NASF-1)

"Para mim é o trabalho em equipe, o primeiro nome que vem à mente é colaboração. Todo mundo precisa colaborar com aquele processo e não deixa de ser um exercício diário, você trabalha em equipe e precisa haver uma certa empatia dentro da equipe, companheirismo..." (NASF-3)

Na literatura científica, os estudos descrevem características similares às relatadas pelos gestores. De acordo Silveira, Sena e Oliveira (2011) o trabalho em equipe surge pela necessidade de ter um plano em comum com ações definidas onde os profissionais possam se desenvolver individualmente e em grupo com objetivo central no cuidado do usuário. Além disso, podemos observar que a noção de trabalho em equipe está associada à corresponsabilidade, ao planejamento e à comunicação dos profissionais envolvidos na equipe.

A caracterização mais citada pelos participantes, o cuidado colaborativo, é definida como um método potente para ampliar a resolutividade na Atenção Primária à Saúde. De acordo com Oliveira e Campos (2015), para construir um trabalho colaborativo é necessário que a equipe de gestão tenha como base o matriciamento a partir de três diretrizes: o apoio, a cogestão e a corresponsabilização. Assim, as



relações de uma equipe multiprofissional transcendem para uma lógica mais interprofissional contrariando uma mera divisão de tarefas.

Segundo Agreli (2017) e Barros (2020) a perspectiva interprofissional é bastante distinta da multiprofissional. Enquanto multiprofissional está voltado ao trabalho em equipe constituída por diferentes profissionais com reduzida ou nenhuma interação apenas dividindo o mesmo espaço; o interprofissional compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, visando principalmente a complexidade e dinâmico das necessidades de saúde do território e do indivíduo. Destarte, é preciso transitar do trabalho em paralelo (multiprofissional) para o articulado e integrado (interprofissional), orientado pelas necessidades de saúde. Para Gomes (2020) esse trânsito se justifica pela necessidade de passar de uma equipe como agrupamento de agentes, para a equipe como integração de trabalhos. O fortalecimento dessa operação deve fazer parte de pautas cotidianas do trabalho da gestão, para que os profissionais articulem as decisões e configurem a integração de trabalhos pela equipe.

Não tem como a gente fazer de fato o cumprimento dos princípios do SUS, dos atributos da atenção primária se não for num formato de trabalho em equipe e a equipe não só de saúde da família, mas equipe de saúde bucal, a própria equipe do NASF, se a gente não tiver essa articulação entre essas pessoas, a gente não consegue efetivar o cuidado integral. Então, eu acho que a principal função trabalhar em equipe é garantir o cuidado integral do usuário. (ATENÇÃO BÁSICA-3)

Mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS. E no que se refere a integralidade, o trabalho em equipe é uma premissa fundamental para concretização desse princípio no cotidiano dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde (PEDUZZI, 2016) .

Segundo Viegas e Penna (2013) o trabalho em equipe retrata um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, a soma de olhares da equipe multiprofissional de Saúde da Família transmite uma abordagem integral caracterizando um facilitador e favorecendo ações interprofissionais.

Um dos gestores enfatizou a importância do profissional de saúde se enxergar como membro de uma equipe para poder atuar na atenção básica. Mas, esse reconhecimento dos trabalhadores sobre a atuação interprofissional só é possível quando é construída através da formação desses sujeitos. Daí a importância de adequar a formação dos profissionais de saúde às necessidades contemporâneas do sistema de saúde.

“O trabalho em equipe é o coração da Atenção Primária. Então, se um profissional não se vê em equipe, provavelmente ele não pode fazer parte da Atenção Básica... os profissionais precisam entender que essa equipe precisa estar muito coesa porque cada um vai ter sua importância, mas todos precisam estar juntos para cuidar das pessoas...” (ATENÇÃO BÁSICA-1)

“...E todo mundo tem o mesmo objetivo porque a gente trabalha para o usuário, a gente trabalha para que ele saia satisfeito. Então, o trabalho em equipe depende muito disso, a pessoa tem que ter perfil e estar ali trabalhando em equipe, tanto em termos de coordenação como em termos da ponta. Ali, enquanto a equipe NASF precisa ter um bom relacionamento com a estratégia, um bom relacionamento com as ACS, com os próprios usuários. Então é tudo uma questão de organização e equilíbrio ali” (NASF-3)

Ellery, Bosi e Loiola (2013) destacam que desde sua criação o SUS traz elementos para avançar o debate sobre a necessidade de associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no serviço. Passando a ser ordenador da formação profissional. Tal marco legal desencadeia, na prática, algumas iniciativas para mudanças no ensino, no intuito de contribuir para que o SUS fomente a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional.

Segundo Paro e Pinheiro (2018), para se ter um profissional que contribua de maneira interprofissional com maior aptidão é necessário ter vivenciado tais aprendizados durante sua formação e que, assim, é possível garantir qualificações necessárias para o trabalho no SUS, possibilitando melhoria na qualidade da atenção à saúde.

Assim, conseguimos afirmar que o trabalho em equipe na atenção básica requer arranjos relacionados às práticas profissionais que permitem construir um planejamento conjunto, a corresponsabilidade das ações, uma comunicação frequente e a integralidade do cuidado.

## 5.2 Dificuldades para o trabalho em equipe

Quando questionados sobre os desafios cotidianos na organização do trabalho em equipe, os gestores relataram dificuldades em diferentes dimensões: macro, meso e micro. As mudanças na política nacional de atenção básica e no seu modelo de financiamento, além da crise sanitária provocada pela Covid-19 foram as dificuldades mais citadas numa perspectiva mais macro e que interferiam no trabalho das equipes. Aspectos da dimensão intermediária de gestão também apresentaram dificuldades como: a formação dos profissionais e sua compreensão sobre a estratégia de saúde da família e o NASF-Ab, as interferências políticas na seleção/contratação das equipes e as fragilidades na oferta e integração dos serviços que compõem a RAS. Na dimensão micro, os gestores relataram dificuldades relacionadas aos relacionamentos interpessoais e conflitos entre os profissionais. Reforçaram, como a rotatividade de profissionais no território limita e fragiliza a construção de vínculos necessários para o trabalho em equipe acontecer.

“Em relação aos problemas, existem vários: eu acho que primeiro falta muito carro, muitas vezes, pois a agenda do carro é dividida, não é um carro só deles... também tem a dificuldade dentro do processo de trabalho da equipe com a resolução de conflitos porque cada equipe tem a sua organização, tem o seu jeito de lidar um com o outro, então eu já tive aqui uns dois casos de conflito, ou três... um eu consegui resolver e dois ainda perduram. Isso muitas vezes leva anos para se resolver, porque, inclusive, o gestor não recebe capacitação, educação permanente para lidar com a resolução de conflitos... Eles também trazem dificuldades do território em lidar com algumas equipes, pois muitas não são tão abertas ao NASF, não são facilitadoras. Acontecem muitos problemas relacionados à infraestrutura, muitas vezes a regional não tem tanta capacidade de organização dentro da própria regional, não tem uma salinha mais preparada para eles se organizarem, a maioria tem, mas algumas apresentam essas dificuldades estruturais...” (NASF-2)

" A gente tem problemas e dificuldades de todos os âmbitos. Temos a questão estrutural, de estrutura física mesmo, nas unidades, isso aparece de uma forma bem complexa. Temos também questões relacionadas ao processo de trabalho, pois encontramos equipes que são organizadas e outras não conseguem trabalhar muito sob a perspectiva de uma equipe. Então a gente tem essa dificuldade também. Tem a questão da logística, de abastecimento farmacêutico, o trabalho em rede, que é algo muito comum, muito presente; determinação de fluxos... temos um pouco dessa dificuldade de trabalhar em rede. Muitas vezes os serviços não se comunicam como deveriam, apesar de conhecermos quem está à frente dos outros serviços isso muitas vezes fica a cargo da coordenação; então a gente tem essa dificuldade de chegar a esses fluxos esclarecidos e temos que ficar respondendo coisas que seriam de outros setores porque não existe essa comunicação efetiva. Basicamente é isso" (ATENÇÃO BÁSICA-1)

Uma das fragilidades de maior destaque está atribuída à governança na promoção do Apoio Matricial e do trabalho colaborativo na APS. As gestões municipais não têm conseguido dar o suporte necessário para direcionamento e apoio ao trabalho em equipe, o que interfere negativamente no trabalho do NASF e consequentemente, da APS. O frágil estabelecimento de Diretrizes Estratégicas pelas gestões para o desenvolvimento do trabalho em equipe para Bispo Júnior e Moreira (2018) se inicia durante a formação e permanece pela falta de capacitação para os gestores. Esse gargalo causa um efeito dominó onde os profissionais não se percebem pertencentes e desenvolvem suas atividades por demanda, criando rotinas e atividades que não promovem a atuação colaborativa entre as equipes.

Para Viana (2015) e Lima (2016), a falta ou falha no apoio institucional nas políticas e ações voltadas para educação permanente é tida como um obstáculo para o exercício do trabalho em equipe, que envolvido com outras atividades demandadas acaba não tendo tempo e espaço para construir a produção do cuidado e o processo de trabalho dos seus liderados, acertando em ações de saúde pouco resolutivas, déficit de conhecimento científico e consequentemente, diminuição do vínculo entre a equipe e a qualidade da assistência.

Segundo Freitas (2022), a qualidade na produção do cuidado depende da capacidade das equipes em lidar com conflitos e ter características que fortaleçam o grupo, levando assim a participar dos objetivos da equipe.

As falhas de infraestrutura apontam para necessidade de investimento para que o trabalho em equipe aconteça. As vulnerabilidades para o desenvolvimento do trabalho colaborativo destacam fragilidades nas condições estruturais, materiais e formativas relacionados ao espaço físico das unidades, carências de equipamentos e dificuldades de transporte para unidades comprometem o trabalho, articulação e desenvolvimento de atividades (MARTINEZ et al., 2016).

Outra questão amplamente relatada pelos gestores está relacionada à precariedade de vínculos dos profissionais que compõem as equipes que atuam na atenção básica. Fato que influencia diretamente na existência e/ou fortalecimento de vínculos entre os trabalhadores e destes com a população. Além disso, a insegurança empregatícia diminui a autonomia dos profissionais se colocarem de forma mais proativa na construção e/ou enfrentamentos sobre condições de trabalho e formas de organização de suas atividades.

“Hoje, eu acho que uma das coisas que dificulta muito são as questões da rotatividade dos profissionais, acho que tem a ver com o vínculo precário que a gente tem. Então muitos profissionais acabam não indo para muitos enfrentamentos por medo de perder o emprego, então muitos deles se acomodam e não vão para enfrentamentos com ACSs que já são efetivos. Essa questão do vínculo precário é bem forte...” (ATENÇÃO BÁSICA-1)

" ...A gente tem uma dificuldade muito grande de manter um médico por muito tempo naquela equipe com essa rotatividade. Isso faz com que demande mais e às vezes os usuários não têm essa continuidade da assistência em 100% das equipes de saúde da família da gente. Então, na maioria das vezes é mais voltado para isso mesmo, para essa rotatividade de profissionais e médicos, principalmente, que não demora muito tempo ali e às vezes a gente acaba não conseguindo nas 112 equipes ao mesmo tempo, para estarem completas..." (ATENÇÃO BÁSICA-2)

"...porque muitas vezes a equipe está acostumada com um grupo bem relacionado com a família e por questões de indicação política vem essa fragilidade do vínculo, por colocar outras pessoas que não tem experiência. Isso é muito complicado" (NASF-1)

Warmling (2022) destaca a alta rotatividade, a precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho um obstáculo para a incorporação e estímulo de competências profissionais e princípios da humanização na gestão. o mesmo destaca que inovações desses processos resultam em aspectos positivos de inovações nos desenvolvimento e gestão do trabalho.

Uma outra dificuldade marcante para os entrevistados está relacionada ao cenário político nacional de condução da atenção básica. A mudança no modelo de financiamento e a criação de novos dispositivos criados no âmbito da PNAB reforçaram um conjunto de obstáculos para efetivação da interprofissionalidade nesse nível de atenção.

“...O grande desafio é realizar o trabalho do NASF numa conjuntura política difícil, pois nós temos uma dificuldade de financiamento por causa das novas diretrizes ocorridas no Brasil, especialmente nas verbas vindas do Governo Federal, que retiram o financiamento do NASF de forma nominal... Esse contexto todo impacta muito na produção de saúde e na gestão do cuidado multiprofissional, gerando problemas que vêm sendo enfrentados desde o “Previne Brasil” e se agravaram com o início da pandemia” (NASF-1)

“...Só que a gente sabe também que está num contexto que não favorece muito a gente fazer o Saúde da Família, fazer o NASF tão agarrado aos princípios e aos atributos da atenção primária, porque é muita cobrança de produção e o que se quer a quantidade de atendimentos, sabe. E a gente está num momento de tentar fazer um equilíbrio para gente não se distanciar tanto do que a gente entende, como o modelo de atenção que seja coordenador de rede. Todavia, a gente tem um arcabouço institucional e as propostas também de governo ainda estão muito pautadas nessa agenda de cobrança de produção. Aliás, isso fragilizou um pouco a saúde da família como um todo” (ATENÇÃO BÁSICA-3)

A atenção primária parece estar mais do que nunca inserida numa posição secundária, deslocada por valores oriundos da lógica do mercado. A conjuntura política de financiamento da atenção básica subsidia de acordo com o princípio da universalidade, ou seja, promover indistintamente o acesso (MELO et al., 2018).

Mendes e Carnut (2020) enfatiza o processo de desenvolvimento político que instaurou a seletividade na condução das políticas públicas de saúde restringindo significativamente o acesso a todos esses tipos de ações, resultado, do processo de subfinanciamento após a Emenda Complementar-95, ao congelar o gasto público em saúde por 20 anos. Nesse contexto, a APS vem sofrendo alterações que inevitavelmente alteram alguns pilares que favoreciam a estabilidade institucional e o alcance de métodos que davam suporte ao trabalho colaborativo, sobretudo, via ESF.

Em outro estudo no mesmo ano, Mendes e Carnut (2020) descrevem a complexidade da implementação do Previne Brasil, em que o financiamento da APS torna-se um modelo misto, se desviando do processo de desenvolvimento do trabalho compartilhado para voltar a ideais antigos que não correspondem com suas diretrizes, se limitando aos seguintes componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O novo modelo de alocação de recursos financeiros fortalece a individualização dos serviços na APS e desconsidera o caráter universal do SUS. Além disso, exclui o financiamento específico das equipes NASF-AB, colocando em risco a existência de equipes multiprofissionais ampliadas e a possibilidade de ampliação da integralidade do cuidado na atenção básica.

### **5.3 Estratégias e ferramentas utilizadas na gestão do trabalho em equipe**

Os entrevistados também foram questionados sobre as ferramentas e estratégias que utilizavam no seu cotidiano para gerenciar e organizar o processo de trabalho em equipe. Mencionaram com mais frequência a importância de instituir espaços de diálogo e integração entre as equipes, os serviços e a própria gestão através de reuniões de equipe, apoio matricial e institucional, além da educação permanente.

“Eu acho que tem duas formas que são bem importantes: a própria reunião de equipe, o apoio matricial também e as ferramentas que a gente tem usado tem sido disponibilizar em informação. Acho que tem sido uma outra estratégia para que se discuta o processo de trabalho dessas equipes...Agenda do meu apoiador institucional também têm agenda específica para a discussão desse processo da equipe.... Eles estão juntos, mas eu percebo que a gente poderia potencializar isso. Uma das coisas que dificulta o apoio institucional, como essa grande estratégia para estar organizando o processo de trabalho, na saúde da família, eu acho que é a demanda administrativa e de estruturação das unidades” (ATENÇÃO BÁSICA-3)

“...existem as reuniões de matriciamento mensais, o apoio matricial que a gente chama, para elencarmos não só a quantidade de atendimento que aquele território precisa, mas também discutir os caos, ver o que é que precisa ser trabalhado, até mesmo em relação a levar temas da saúde e promover a educação em saúde, a trabalhar nas salas de espera das unidades básicas, trabalhar durante grupos, ações...” (NASF-3)

“Temos que sentar e dialogar, pois quando se está em diálogo, a gente consegue a repactuação, que é uma coisa muito boa. Então, acho que a estratégia maior é o diálogo, que são as ações, as pactuações com as próprias equipes. Então, as reuniões mensalmente são muito importantes, para que o diálogo constante seja mantido” (NASF-1)

É muito importante investir na constância da interação e cooperação entre os membros das equipes. As reuniões e o matriciamento que reforçam o diálogo e a escuta são utilizados como ferramentas importantes para a criação do vínculo entre os profissionais e, conseqüentemente, contribuem para um trabalho em equipe mais humanizado. O respeito e a valorização do profissional também são essenciais, seja pelos membros da equipe ou pelos gestores e usuários. Nesse sentido, as equipes que conseguem reunir esses aspectos certamente estreitam os laços entre seus membros e, por consequência, estabelecem e desenvolvem estratégias que dão vigor ao trabalho em equipe (ARAÚJO, et al., 2020).

Gusso e Lopes (2019) destacam que as características indispensáveis para a realização do trabalho em equipe são reconhecidas a partir da concepção da realidade de conviver e atuar com outros profissionais. A realização de reuniões colaborativas significa construir a interação real de todos os envolvidos no encontro. Nesse ambiente é possível estimular a exposição de insatisfação, o desenvolvimento do espírito colaborativo, o envolvimento na busca das soluções dos problemas e a percepção de pertencimento.

Segundo Cunha e Campos (2011) o apoio matricial passa pela articulação e integração entre a equipe NASF e as equipes de referência. Com o intuito de superar a lógica do encaminhamento, o matriciamento constitui-se em inovadora metodologia de trabalho rompendo com a fragmentação do cuidado e fortalecendo o trabalho em equipe.

#### **5.4 Sugestões para o fortalecimento do trabalho em equipe**

Os gestores também elencaram sugestões para ampliação e fortalecimento do trabalho em equipe. Enfatizaram a importância da infraestrutura e de estratégias de gestão compartilhada, os espaços de colegiado dentro da saúde e a importância da integração ensino-serviço para qualificação do território, além da gestão intersetorial para resolução de problemas de saúde complexos que requer não apenas articulação do setor saúde.

“Acho que um suporte pedagógico é um apoio institucional. Precisamos de apoio institucional, porque muitas vezes as pessoas confundem o apoio matricial do NASF com o apoio institucional e não é sobre isso. Também precisamos de pessoas que sejam diversas e capazes de responder às



demandas que um órgão institucional precisa responder, como num caso desses, por exemplo, resolução de conflitos em equipe. Para o trabalho em equipe funcionar, também precisamos de estrutura, principalmente de uma van que caiba toda a equipe, porque em apenas um carro não cabe toda a equipe. Além disso, é um espaço adequado para eles fazerem uma reunião; com isso incentivamos a equipe a progredir” (NASF-2)

“Eu acho que assim, usar esses centros educacionais que a gente tem, principalmente para fortalecer a educação permanente. E, além disso, eu acho que o apoio institucional, assumir na sua agenda uma agenda mais próxima das unidades é tudo uma questão logística também...” (ATENÇÃO BÁSICA-3)

O Apoio Institucional se mostra como uma ferramenta potente para a transformação dos modelos tradicionais de gestão de pessoas, bem como para a reorganização dos processos de trabalho em saúde (FALLEIRO, 2014). Com a Política Nacional de Humanização (PNH) popularmente conhecida como HumanizaSUS que aposta no Apoio Institucional, como uma das ferramentas de gestão estimulando processos coletivos na comunicação compartilhada e nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários.

Para Marcussi (2021) o apoio institucional auxilia na quebra do modelo tradicional de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, tendo como objetivo central apoiar e acompanhar uma qualificação nos processos de trabalho em conjunto às equipes de saúde, por meio de uma observação coletiva do trabalho e estímulo da autogestão.

“A gente pensa muito em ampliar o espaço do colegiado, que hoje está com uma atenção básica, que é só um colegiado de Rede. Eu sempre converso com o pessoal que acho que a gente usa pouco a potência da própria residência e das instituições que a gente tem de ensino no município. Isso poderia estar sendo acionado muito mais para a qualificação... eu acho que a gente não consegue ainda acionar com tanta efetividade a questão da relação intersetorial. A gente consegue conversar muito com as outras secretarias, com as coordenações que são pertencentes a outra secretaria mas ainda são estratégias pontuais...E essas discussões não são só da saúde. São discussões que a gente pega as outras secretarias e reúne para estarmos pensando e vendo como é que a gente funciona como rede de apoio...” (ATENÇÃO BÁSICA-3)

“eu acho que essa questão da educação permanente para estar discutindo essas rodas constantes para discutir processo de trabalho, poderia fortalecer bastante o trabalho em equipe...acho que mais importante que isso é você começar a trabalhar de forma mais intensa e mais forte dentro das graduações e dos outros cursos que venham a ter nível médio, técnico.” (ATENÇÃO BÁSICA-2)

“Eu busco iniciativas de educação permanente para eles, pergunto às equipes quais os temas eles consideram mais interessantes, faço uma

reunião mensal para apoiar e estar fazendo essa interlocução, tento íntegras com as equipes” (NASF-2)

De acordo com Anéias (2017), o trabalho em equipe tem capacidade de subsidiar métodos e mecanismos de atenção em resposta a distintas necessidades dos usuários e do território, além de estimular a articulação entre os profissionais para o desenvolvimento do conhecimento e reconhecimento da equipe rompendo assim com a fragmentação do cuidado na ESF. No entanto, algumas ferramentas e mecanismos são facilitadores para o processo. A importância do colegiado e a interação ensino-saúde através da residência que possui um trabalho interdisciplinar que Nascimento e Oliveira (2010) discutem como uma forma de estimular na equipe competências e também para exercer uma liderança sem autoritarismo horizontalizada.

Para Moreira (2017) a educação permanente possui um grande e importante potencial pedagógico e também, uma poderosa “estratégia de gestão” com forte capacidade de despertar mudanças. Dessa forma, a residência e a educação permanente são capazes de refletir um novo modelo de trabalho. Ainda que as políticas públicas de educação estimulem a inserção do Ensino Superior na APS, a nova lógica de financiamento e operacionalização do serviço constrói uma bifurcação entre a teoria e a realidade da prática, promovendo o distanciamento ainda maior entre os interesses das Instituições de Ensino Superior (IES).

Um destaque chama atenção dentre as sugestões de fortalecimento dos gestores. Os municípios entrevistados são polos de programas de residência, porém apenas um município sugeriu ampliar o conhecimento dos residentes no avanço da construção do trabalho em equipe. Segundo Monteiro (2021), pode-se verificar uma ampla capacidade de promoção de práticas interprofissionais e colaborativas no contexto do Programa de Residência Multiprofissional. Além disso, a Atenção Básica coloca-se também como um cenário de grande potência para a formação e qualificação de profissionais no SUS. Portanto, explorar o conhecimento dos profissionais residentes se torna favorável a alcançar possivelmente uma diretriz, uma vez que um dos objetivos desta modalidade de ensino é alcançar novos perfis do serviço de saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo analisou a atuação dos gestores na organização do trabalho das equipes que atuam na atenção básica, indicando fragilidades e potencialidades desse cotidiano.

A análise do estudo indicou que a percepção dos gestores sobre o trabalho em equipe corrobora conhecimentos significativos para desenvolver uma gestão organizada através do trabalho em equipe. No entanto, as dificuldades retratadas pelos gestores demonstram a insatisfação e a fragilidade da atenção diante de uma situação de desorganização, falta de investimento e descaracterização APS. Destaco a utilização de ferramentas e estratégias que estimulam o trabalho em equipe na APS. Entretanto a fragilidade no proveito de ferramentas valiosas para o desenvolvimento do trabalho colaborativo, por exemplo, os programas de residência e a integração ensino-serviço onde os três municípios são pólos mas, demonstraram dificuldades no aproveitamento dos profissionais para expandir o trabalho em equipe nos territórios. Destarte, revela a necessidade de desenvolver métodos para apoiar e estimular os gestores no aproveitamento de estratégias e ferramentas já existentes no município.

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e seus resultados não podem ser generalizados para outros municípios ou estados do Brasil. No entanto, seus achados podem ajudar a subsidiar algumas decisões que colaborem para o fortalecimento do trabalho em equipe na atenção básica.

Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas sobre as condições de gestão do trabalho em equipe e as ferramentas utilizadas para fortalecer a interprofissionalidade na atenção básica. Além disso, que possa ajudar a aprofundar o debate sobre a necessidade e a complexidade do trabalho em equipe no SUS.

## REFERÊNCIAS

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. 261f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ARAÚJO J. S. F. et al. A liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 58, p. e4326, 20 ago. 2020.

ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília: v. 3, n. 1, p. 119-124, mar. 2006.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Editora Fiocruz, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARR, H. *et al.* **Educação Interprofissional Eficaz**: Argumento, Suposição e Provas (Promovendo Parceria para a Saúde). Wiley-Blackwell, 2005.

BARROS, L. C. N de et al. Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde: administradas pelos gestores dos serviços. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER – SUS Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 212, seção. 1, p. 112, nov. 2005.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: um manual prático. 7.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 189-217.

CAMARA, A.M.C.S; GROSSEMAN, S; PINHO, D.L.M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 817-829, 2015.

CASTRO, A. L. B. *et al.* A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CHIESA, A.M. *et al.* A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm**, Curitiba/PR, v.12, n. 2, abr/jun, 2007.

COSTA, M.V; BORGES, F.A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 753-763, 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DALLA VECCHIA, M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2012. (Coleção PROPG Digital - UNESP).

D'AMOUR, D., *et al.* Um modelo e tipologia de colaboração entre profissionais em organizações de saúde. **BMC Health Serv Res**. London, v. 8, n. 188, 2008.

ELLERY A.E.L *et al.* Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 22, n. 1, p. 187-96, 2013.

FALLEIRO, L. M. *et al.* Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALLEIRO, L. M. **Experiências de Apoio Institucional no SUS**: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 19 – 30.

FERLA, A. A. *et al.* **Caderno de Textos VER – SUS/Brasil**. 1.ed. Porto Alegre/RS: Rede unida, 2013.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**.3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

FREIRE FILHO, J.R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 86-96, ago 2019.

FREITAS, C.C de *et al.* Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, 2022.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, mai/ago, 2007.

GARCIA, A. C. P. *et al.* O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Rev. de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul/RS. v. 5, n. 1, 2015.

GOMES, A. T. *et al.* Potencialidades e desafios do Programa de Residência Multiprofissional para a formação de enfermeiras atuantes na Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, Itajubá/MG. v. 9, n. 6, p. e70963412-e70963412, 2020.

GUIMARÃES, B.E.B; BRANCO, A.B.A.C. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande/MS, v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C (Org). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

HADDAD, A.E *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília/DF, v. 36, n. 1, p. 03-04, 2012.

IBGE. **Estimativas Da População Residente No Brasil E Unidades Da Federação Com Data De Referência Em 1º De Julho De 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IVO, A. M. S.; FREITAS, M. I. F. Modos de pensar dos profissionais do Programa Academia da Saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas ações de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1–20, 2019

JUNIOR, H. M. M. *et al.* Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 51, out. 2014.

LIMA, A. W. S. de *et al.* Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 28, 2020.

MACHADO, C. V. *et al.* **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MARCUSSI, T. C. C. **Potências e desafios na prática de apoio institucional e educação permanente em saúde: experiências em uma região de saúde do estado de São Paulo**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

MARTINEZ, J. F. N .*et al.* O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 95-106, 2016.

MAXWELL, J. C. **As 17 incontáveis leis do trabalho em equipe**: descubra os segredos para o desenvolvimento de equipes vencedoras. Brasil: Editora Thomas Nelson, 2016.

MELO, E.A et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 328-340, 2018.

MENDES, Á; CARNUT, L. Capital, estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020.

MENDES, Á; CARNUT, L. Crise do capital, estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Sociedade Brasileira de Economia Política**. Niterói, v. 57, p. 174-210, 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA J. Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família: reflexões a partir do existencialismo e da educação libertadora. **Revista da FAEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 26, n. 50, p. 255-272, dez. 2017.

MONTEIRO, W.L.N; et al. Residência multiprofissional construindo caminhos para a promoção de práticas interprofissionais e colaborativas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória. v. 23, n. supl\_1, p. 52-61, 2021.

PAIM, J. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, v. 377, p.1778-1797, maio 2011.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p.199-201, 2016.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. saúde (Online)**. Rio de Janeiro, v. 18, 2020.

PEDUZZI, M *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, p. 977-983, 2013.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

PIROLO S. M. *et al.* A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Rev Esc. Enferm USP**. São Paulo, v.6, n. 45, p.1396-1402, 2011.

RASELLA, D. *et al.* Impacto da atenção primária à saúde na mortalidade por doenças cardíacas e cardiovasculares no Brasil: uma análise nacional de dados longitudinais. **The BMJ**. London, v. 348, 2014.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p.185-96, 2016.

ROSSIT, R. *et al.* Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**. Camaguey, v. 3, n. 1, 2014.

SILVA, G. R. Prefácio. In: AROUCA, S. (Org.) **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.

SILVEIRA M.R, et al. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p.196-201, 2011.

SOUZA L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

SOUZA, L. R. C. V ; ÁVILA, M. M. M. Potencialidades e desafios para a educação interprofissional no contexto da graduação em cursos da saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, e4310917618, 2021.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal 2018- 2021**. Vitória de Santo Antão: Prefeitura Municipal, 2017.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 4, p. 569-576, out. - dez. 2008.

PARO, C. A; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1577-1588, jan./mar. 2018.

WARMLING C.M et al. A humanização do atendimento na atenção primária à saúde The humanized assistance in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 1680-1693, 2022.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Editora Bookman, 3. ed. Porto Alegre, RS, 2005.



**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**PARTICIPANTES VIA ENTREVISTA PRESENCIAIS**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **A GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, que está sob a responsabilidade da docente e pesquisadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa e demais membros da equipe de pesquisa: Ana Wlândia Silva de Lima, Aline Evelin Santino da Silva, Aguinaldo Soares do Nascimento Júnior. Ambos podem ser encontrados no endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista, CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com os responsáveis por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concordar com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com os pesquisadores responsáveis.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. Você foi selecionado(a), pois representa um/uma participante fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores, ou ainda, com a Universidade Federal de Pernambuco.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de uma entrevista que poderá ser presencial ou remota, a depender da sua disponibilidade e dos indicadores de contágio pela Covid-19 no seu município de atuação, de modo a garantir condições sanitárias seguras para sua participação nesse estudo. O roteiro de pesquisa que será utilizado é constituído por questões que estão relacionadas à organização do trabalho em equipe, tipos de atividades realizadas, comunicação e colaboração no trabalho em equipe, estratégias e ferramentas utilizadas para organização do trabalho em equipe e as principais dificuldades vivenciadas.

A entrevista presencial será realizada em data e local previamente agendados, e de acordo com a sua disponibilidade. A entrevista será realizada de modo individual e será gravada em aparelho de gravador da marca Sony ICD-PX440 de 4GB. Será solicitada sua

autorização para gravação de áudio da sua entrevista. Estima-se que a entrevista possa durar entre 20 e 30 minutos.

O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir o desenvolvimento de suas atividades ou da equipe onde você atua no processo de cuidado da população no âmbito da atenção primária à saúde. No intuito de amenizar esses riscos, esclarecemos que essa pesquisa não tem caráter de avaliação de desempenho individual, seja de profissionais, equipes ou do município ao qual estão vinculados. E que na divulgação dos resultados, será garantido o anonimato dos indivíduos e das equipes participantes.

Os benefícios que a sua participação pode gerar são individuais e coletivos considerando a necessidade de aprofundamento sobre as estratégias de gestão do trabalho em equipe implementadas no âmbito da atenção primária à saúde. Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para ampliar o conhecimento científico sobre a temática da pesquisa e ajudando a gerar subsídios para fortalecer o papel da atenção básica no cuidado integral em saúde e a interprofissionalidade na atenção à saúde. Além disso, pretende-se disponibilizar aos profissionais e gestores dos municípios participantes, um relatório técnico-científico com os principais achados da pesquisa.

Além disso, você tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o seu consentimento de participação da pesquisa ou algum dado relacionado a sua pessoa e a sua participação a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isto lhe traga nenhum prejuízo. Nesses casos, você deverá realizar a solicitação à coordenadora da pesquisa, através do email: [fabiana.osilva@ufpe.br](mailto:fabiana.osilva@ufpe.br). Em seguida, você será informado(a) quando for realizada a retirada.

Se você concordar em participar, uma cópia deste termo de consentimento será fornecida a você, via email, e a outra ficará em posse dos pesquisadores. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com a pesquisadora Fabiana Sousa e os demais membros da pesquisa cujos contatos já foram disponibilizados.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Rua Dr. João Moura, 92 - Bela Vista. Vitória de Santo Antão - PE (CAV- ANEXO) - CEP:55 612-440, Tel.: (81) 3114 4152 – e-mail: [cep.cav@ufpe.br](mailto:cep.cav@ufpe.br).

---

Pesquisadora Responsável

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **A GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):**

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Centro Acadêmico de Vitória – UFPE  
 Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista  
 CEP: 55608-680 - Vitória de Santo Antão – PE

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Iniciais: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
 Tempo de atuação na AB: \_\_\_\_\_  
 Coordenação AB ( ) NASF ( )  
 Trajetória acadêmica:  
 ( ) GRADUAÇÃO \_\_\_\_\_  
 ( ) PÓS GRADUAÇÃO \_\_\_\_\_  
 ( ) MESTRADO \_\_\_\_\_  
 ( ) DOUTORADO \_\_\_\_\_  
 ( ) OUTROS \_\_\_\_\_  
 Experiência como preceptor(a): ( ) SIM ( ) NÃO

### Questões

- Considerando seu processo de trabalho na gestão da atenção básica/NASF, quais demandas ou problemas são mais comuns? Quais as atividades que você realiza para solucionar esses problemas ou demandas?
- Na sua opinião, o que é trabalho em equipe? Qual a sua função na atenção básica?
- considerando sua experiência no município, como acontece o trabalho em equipe nele?
- Considerando o processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica deste município, quais são os problemas de saúde mais comuns?
- Na sua opinião, quais desses problemas requerem que os profissionais atuem em equipe? Porque?
- Como você avalia a organização do trabalho em equipe na atenção básica deste município? Quais os principais resultados e dificuldades desse trabalho em equipe?
- Como é a organização do trabalho em equipe na atenção básica deste município? Que estratégias ou ferramentas (são) utilizadas?
- Na sua opinião, o que poderia ser feito para fortalecer o trabalho em equipe na atenção básica deste município?
- Nesse processo de fortalecimento, construção e retomada do trabalho em equipe, aí no município, chegam a muitas demandas de problemas interpessoais ou eles conseguem resolver nas unidades?