



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA

**PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS
PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE:
UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR**

**COLLABORATIVE PRACTICES, TEAM WORK AND THE BARRIERS TO
ACHIEVE INTERPROFESSIONALITY:
A LOOK AT THE POSSIBLE TRANSFORMATION OF CARE**

Projeto linha de pesquisa 03: Gestão do Trabalho, Educação Permanente e o Cuidado em
Saúde

FEIRA DE SANTANA

2024

ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA

**PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS
PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE:
UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na Linha de pesquisa: Gestão do trabalho, educação permanente e o cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Costa de Souza.

FEIRA DE SANTANA

2024

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Lima, Andreza Araujo da Silva
L696p Práticas colaborativas, trabalho em equipe e as barreiras para
efetivação da interprofissionalidade: um olhar na possível
transformação do cuidar/ Andreza Araujo da Silva Lima. – 2024.
130f. : il.

Orientador: Marcio Costa de Souza

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva, 2024.

1. Atenção primária a saúde. 2. Integralidade em saúde. 3.
Educação interprofissional. I. Souza, Marcio Costa de, orient. II.
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva na Linha de Pesquisa: “Gestão do trabalho, educação permanente e o cuidado em saúde.

Data de aprovação: 19/07/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARCIO COSTA DE SOUZA**
Data: 18/09/2024 09:28:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Marcio Costa de Souza

Orientador

Documento assinado digitalmente
 **MARIANA DE OLIVEIRA ARAUJO**
Data: 18/09/2024 18:14:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a Mariana de Oliveira Araújo

Membro Interno Titular

Documento assinado digitalmente
 **VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE**
Data: 05/10/2024 11:57:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Membro Externo Titular

Documento assinado digitalmente
 **JULIANA ALVES LEITE LEAL**
Data: 21/09/2024 22:17:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a Juliana Alves de Leite Leal

Membro Interno Suplente

AGRADECIMENTOS

“Tudo posso naquele que me fortalece”

(Filipenses 4:13)

Inicialmente, agradeço a Deus, por todas as oportunidades na minha vida e por sempre ser o meu refúgio nos momentos de incertezas e dificuldades. No plano terreno, agradeço imensamente ao professor Marcio Souza, por toda sua disponibilidade, parceria, cuidado e por me inspirar tanto do ponto de vista acadêmico quanto para além dos muros da academia. Por sua humanidade, hombridade e pela presença constante, gratidão!

Agradeço à minha família (pais, irmãos, tios e primos), por se fazerem presente em todos os momentos, em especial, minha mãe, por seu amor e apoio incondicional e por ser a mãe e avó que és. Muito obrigada, Alê!

Ao meu filho Pedro, razão dos meus esforços, motivo de grande parte da minha felicidade e da imensa gratidão pela benção que é ser sua mãe. Para além de agradecer o filho lindo e amável, peço que reconsidere o tempo em que mamãe não pode estar contigo para que essa etapa se cumprisse. Mamãe te ama além do infinito...

Ao meu esposo, agradeço todo arrimo. Sabendo que num relacionamento não existe vitória sem esforços mútuos, uma parte desta conquista, dedico a você e a nossa família. Juntos, a gente vai vencendo!

Aos meus colegas de Mestrado, aos professores e amigos que cultivei nesta ocasião, muito obrigada por cada palavra, cada incentivo e cada ajuda no caminho percorrido.

Às queridas alunas do NUPISC: Brenna, Joice, Vitória e Mayana, por toda ajuda disponibilizada e pelas trocas e aprendizados.

Ao Gestor do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste por possibilitar crescimento profissional aos trabalhadores que nele atuam e a todas as colegas e amigas de trabalho, pelos incentivos.

Também, aos gestores do município de Anguera por abrir as “portas” para que essa pesquisa fosse possível, bem como aos trabalhadores municipais de saúde, em especial, todos que colaboraram ao ser participantes deste trabalho.

A todas minhas amigas e parceiras de cada estação da vida: pelos risos, descontrações e pelo pleno apoio em todos os momentos.

Enfim...

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde pela sua aplicabilidade no cuidado, representa contexto estratégico para a implementação da integralidade, ao considerar seus aspectos de atuação multi/interprofissional, transdisciplinar, intersetorial, dinâmica de trabalho e porta de entrada preferencial nas Redes de Atenção à Saúde. Neste nível de atenção, as equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que em conjunto, compartilham e apoiam as práticas nos territórios, em que visa superação do cuidado fragmentado. Nesse nexos, a interprofissionalidade vem como alicerce do trabalho conjunto, colaborativo e pautado no compartilhamento de objetivos e saberes em prol do cuidado integral, centrado no usuário, por considerar o caráter complexo e dinâmico da saúde, dos cidadãos e da coletividade. **Objetivos:** Analisar as práticas de cuidado e o exercício interprofissional na Atenção Primária à Saúde, em um município do interior da Bahia. Como objetivos específicos, compreender as práticas de cuidado sob a ótica da resolutividade do cuidado e da integralidade; conhecer as barreiras e entraves para o exercício da prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde; e promover qualificação, mediante os produtos técnicos, dos trabalhadores e estudantes da saúde para o cuidado interprofissional e colaborativo no cotidiano dos processos de trabalho em saúde. **Metodologia:** O estudo é de natureza qualitativa e de caráter exploratório. Foi realizado no município de Anguera-Bahia, na região Centro-Leste deste estado. Os participantes foram os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e da equipe multiprofissional, com no mínimo seis meses de atuação no serviço de saúde municipal. A definição da amostra por saturação, totalizou 18 entrevistados para a produção dos dados. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e a interpretação dos dados baseou-se na Análise Temática de Conteúdo. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia. Além da produção científica decorreu dois produtos técnicos mediante necessidade detectada, a partir dos dados produzidos: um guia prático sobre interprofissionalidade e um curso sobre este tema. **Resultados:** A importância da equipe multiprofissional em conjunto com as equipes de Saúde da Família, por meio do trabalho colaborativo, mostrou-se fundamental na busca do cuidado integral dos usuários, relatado pelos entrevistados. Para tanto, os profissionais de distintas formações da saúde, cada um ao contribuir com suas habilidades, podem oferecer uma abordagem integrada do cuidado para que usuários e comunidades se beneficiem ao serem assistidos por equipe multiprofissional integrada à Saúde da Família. O reconhecimento da insuficiência de ações de qualificação profissional, a escassez de recursos e a alta demanda de atendimento foram apontados pelos trabalhadores como barreiras que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde e dificultam o agir profissional colaborativo, qual se configura como um desafio para a garantia do cuidado integral e resolutivo, que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Para além da produção científica, foi realizado um minicurso que abordou sobre interprofissionalidade e prática colaborativa, bem como a construção de um guia prático, entregue de forma impressa e digitalizada, com os elementos fundamentais dessa forma de agir no cuidar, de modo a promover maior conhecimento sobre o tema e mediante os entrevistados demonstrarem pouco conhecimento teórico a respeito. **Conclusão:** Aspectos que abrangem desde a qualificação da equipe até a disposição de recursos financeiros na Atenção Primária podem se constituir como obstáculos para plena articulação dos diferentes núcleos de saberes no exercício do cuidado compartilhado e das práticas colaborativas. Diante disso, a equipe multiprofissional ao trabalhar em conjunto com a equipe mínima e desempenhar o exercício da prática interprofissional, apresenta-se como uma ferramenta que reduz visões fragmentadas e individuais dentro da equipe, o que finalmente contribui para a efetivação da integralidade da atenção e na resolutividade do cuidado. Desta forma, é fundamental produzir caminhos para consolidar

transformações que contribuam para a mudança da lógica de cuidado fragmentado, com implementação de processos formativos, que visem o cuidado integral e resolutivos, preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integralidade em saúde; Educação Interprofissional

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care, due to its applicability in care, represents a strategic context for the implementation of comprehensiveness, considering its aspects of multi/interprofessional, transdisciplinary, intersectoral action, work dynamics and preferential entry point into Health Care Networks. At this level of care, teams are composed of professionals from different areas of knowledge, who together share and support practices in the territories, aiming to overcome fragmented care. In this nexus, interprofessionality comes as the foundation of joint, collaborative work based on the sharing of objectives and knowledge in favor of comprehensive care, centered on the user, considering the complex and dynamic nature of health, citizens and the community. **Objectives:** To analyze care practices and interprofessional exercise in Primary Health Care, in a city in the interior of Bahia. As specific objectives, to understand care practices from the perspective of care resolution and comprehensiveness; to identify the barriers and obstacles to the practice of interprofessional practice in Primary Health Care; and to promote the qualification, through technical products, of health workers and students for interprofessional and collaborative care in the daily work processes in health. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory study. It was conducted in the city of Anguera-Bahia, in the Central-East region of this state. The participants were workers from the Family Health teams and the multiprofessional team, with at least six months of experience in the municipal health service. The definition of the sample by saturation resulted in a total of 18 interviewees for the production of data. Semi-structured interviews were used and the interpretation of the data was based on Thematic Content Analysis. The work was approved by the Ethics Committee of the State University of Bahia. In addition to the scientific production, two technical products were produced based on the need identified, based on the data produced: a practical guide on interprofessionality and a course on this topic. **Results:** The importance of the multidisciplinary team in conjunction with the Family Health teams, through collaborative work, proved to be fundamental in the search for comprehensive care for users, as reported by the interviewees. To this end, professionals from different health backgrounds, each contributing with their skills, can offer an integrated approach to care so that users and communities benefit from being assisted by a multidisciplinary team integrated into Family Health. The recognition of insufficient professional qualification actions, the scarcity of resources and the high demand for care were pointed out by workers as barriers that permeate the daily routine of health services and hinder collaborative professional action, which is a challenge to guarantee comprehensive and effective care, as recommended by the Unified Health System. In addition to the scientific production, a mini-course was held that addressed interprofessionality and collaborative practice, as well as the construction of a practical guide, delivered in printed and digital form, with the fundamental elements of this way of acting in care, in order to promote greater knowledge on the subject and given that the interviewees demonstrated little theoretical knowledge on the subject. **Conclusion:** Aspects ranging from team qualification to the provision of financial resources in Primary Care can constitute obstacles to the full articulation of the different knowledge centers in the exercise of shared care and collaborative practices. In view of this, the multidisciplinary team, when working together with the minimum team and performing the exercise of interprofessional practice, presents itself as a tool that reduces fragmented and individual views within the team, which ultimately contributes to the implementation of comprehensive care and problem-solving capacity. Thus,

it is essential to produce paths to consolidate transformations that contribute to changing the logic of fragmented care, with the implementation of training processes that aim at comprehensive and problem-solving care, as recommended by the Unified Health System.

Keywords: Primary Health Care; Integrality in health; Interprofessional Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Núcleos Regionais de Saúde.....	48
Figura 2 -	Municípios da Região de Saúde de Feira de Santana.....	49
Figura 3 -	Municípios da região de saúde de Feira de Santana de acordo com cobertura da APS.....	49
Quadro 1 -	Equipes da Atenção Primária à Saúde.....	51
Quadro 2 -	Profissionais participantes do estudo.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Apoio Institucional
AM	Apoio Matricial
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituições de Ensino Superior
MPSC	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PC	Prática Colaborativa
PDR	Plano Diretor Regional
PIC	Prática Interprofissional Colaborativa
PIP	Prática Interprofissional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RHS	Recursos Humanos em Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Trabalho Colaborativo
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	INTERPROFISSIONALIDADE, MULTIPROFISSIONALIDADE E NASF	19
2.2	APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL.....	23
2.3	INTERPROFISSIONALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO INTEGRAL.....	28
2.4	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO CAMINHO PARA INTERPROFISSIONALIDADE.....	31
2.5	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA A QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	37
3	METODOLOGIA.....	46
3.1	TIPO DO ESTUDO.....	46
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	47
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	52
3.4	TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS E PROCEDIMENTOS.....	54
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	55
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
3.7	CONSTRUÇÃO DOS PRODUTOS TÉCNICOS.....	58
4	RESULTADOS.....	60
4.1	ARTIGO 1.....	60
4.2	ARTIGO 2.....	80
4.3	PRODUÇÃO TÉCNICA 1: QUALIFICAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	92
4.4	PRODUÇÃO TÉCNICA 2: GUIA PRÁTICO INTERPROFISSIONALIDADE E TRABALHO COLABORATIVO EM SAÚDE.....	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS: A PESQUISA NO MUNDO E EM MIM.....	103
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	117

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO A SER ESTUDADA TRABALHADORES DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS.....	120
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	121
APENCIDE D - MINICURSO DE QUALIFICAÇÃO.....	123
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA.....	125
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	126
ANEXO C - COMPROVAÇÃO SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	130

1 INTRODUÇÃO

[...] qual ciência ou disciplina solitária poderia responder a todas as questões que envolvem a vida humana, do nascimento ao inevitável fim? (Ceccim, 1998 *apud* Puppim; Sabóia, 2017, p.1).

A vida humana é uma condição complexa diante da experiência de viver em sociedade, pois trata-se de uma produção permanente de troca de saberes a partir de encontros que permitem a intersubjetividade. Portanto, quando este debate perpassa para o campo da saúde, qual atinge a necessidade que coloca em tese a vida, isto implica em uma forma intensa de ações que devem ser pautadas com o protagonismo dos usuários e articulados com os trabalhadores de saúde. Trata-se, então, de investir a partir da concepção de humano, na produção de formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam (Benevides; Passos, 2005).

Para que haja ações que defendam a vida, é fundamental que os sistemas de saúde estejam organizados a partir de uma lógica de Redes, pois nos últimos anos, a necessidade de planejar a saúde nesta perspectiva tem se potencializado, e nessa conformação, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se pela natureza de sua aplicabilidade no cuidado em saúde. A APS representa o contexto estratégico para a implementação da integralidade na saúde, ao considerar seus aspectos de atuação multiprofissional, transdisciplinar, intersetorial e dinâmica de trabalho, que possibilita o constante diálogo e por ser espaço privilegiado de aproximação aos distintos territórios em que se produzem as vidas em multiplicidade, onde o cuidado em saúde pode ganhar sentido sendo produzido de modo compartilhado e capaz de ampliar as potências de viver (Puppim; Sabóia, 2017; Merhy *et al.*, 2019).

O conceito de APS refere-se a um conjunto de práticas de cuidado em saúde que objetivam atender às necessidades de saúde das pessoas individualmente e da coletividade. Este nível de atenção é permeado por um conjunto de ações em saúde, os quais se constituem por uma determinada complexidade e que demandam intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, conhecimentos tanto específicos da saúde, como de outros campos de conhecimento, como cultura, serviço social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade. Vale ressaltar que, o Brasil é um dos países que adotou o modelo de atenção à saúde tendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado em rede (Brasil, 2010).

Para avançar a partir deste modelo, pode-se destacar o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia construída no Brasil para instalar e operar a APS em áreas de maior vulnerabilidade social, desde a sua criação em 1991, ganhando impulso financeiro e jurídico em sua expansão a partir de 1994, e em 2006 passou a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é o principal modelo de reorientação da APS, ou como denominada Atenção Básica (AB), em que o cuidado é realizado por meio de equipes compostas por profissionais generalistas (médicos, profissionais de enfermagem, da odontologia e agentes comunitários de saúde). Cada equipe de Saúde da Família (eSF) é responsável por um determinado território, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2000).

Atualmente, há predominância de dois modelos de serviços provedores desse nível de atenção: a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família, ambos se norteiam com os mesmos princípios e diretrizes delineados pela PNAB e distinguem-se na composição da equipe e no quantitativo populacional (Brasil, 2017). Embora eles sejam orientados pelas mesmas diretrizes na atualidade, considerando que historicamente a UBS fora implementada como ponto de atenção anterior ao processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), e se conformou com diretrizes que não pautavam pela construção de vínculo e orientação na perspectiva territorial comunitária. Ou seja, a atenção à saúde é direcionada por meio da queixa-conduta, modelo este que se constitui um desafio permanente de superação.

No intuito de fortalecer o cuidado na APS tornando-o mais resolutivo, em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no qual a principal finalidade desta estratégia é apoiar a inserção da ESF na rede de serviços por meio do matriciamento, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações neste nível de atenção e aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (Brasil, 2010).

No entanto, o NASF foi descaracterizado/descontinuado mediante a possibilidade de se ter equipes multiprofissionais ou não atreladas aos processos de trabalho na APS, por parte dos municípios; através da nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, no qual excluiu os incentivos financeiros do NASF, porém instituiu/adicionou o termo equipe multiprofissional como alternativa para identificação destas equipes (Brasil, 2020).

Mais recentemente, por meio da Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio 2023, que institui a equipe Multiprofissional na APS (eMulti), ocorreu retorno do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais e inclusão de novas especialidades médicas na possibilidade

de composição das equipes; acrescentou-se o arranjo de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de trabalho; e ampliou-se a carga horária dessas equipes. O documento também pontuou a importância das equipes multiprofissionais para o desempenho e para a melhoria dos indicadores de saúde, a fim de conformar equipes mais robustas para o fortalecimento da APS e do SUS, pois quanto mais apropriada a composição e a integração da equipe, melhor será o seu desempenho (Brasil, 2023).

Então, dentre os dispositivos que pretendem impactar a produção de cuidado à saúde, o apoio matricial e a construção de linhas de cuidado se apresentam como potentes estratégias utilizadas para enfrentar a fragmentação do cuidado e a virtual impossibilidade de superação das diferentes lógicas de operação da AB e da Atenção Especializada. Nesta direção, o apoio matricial pode ser entendido como um dispositivo de produção de novas tecnologias para o cuidado capaz de colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema, rompendo com o isolamento da AB e com a hierarquização burocrática das demais redes de atenção (Bertussi *et al.*, 2022).

Para além do apoio matricial enquanto ferramenta, o NASF/equipe multiprofissional tem como prerrogativa promover a ativação de espaços de comunicação e deliberação conjunta, compartilhamento de saberes e organização de fluxos na rede. Pode se desenvolver em duas interfaces: apoio técnico-pedagógico, que objetiva promover movimentos de educação permanente para os profissionais da eSF; e apoio clínico, no qual os profissionais do NASF, mediante demanda específica, realizam atendimento clínico individual ou coletivo. O apoio matricial pode ser concebido como uma estratégia de educação permanente e de cogestão no cuidado em saúde que valoriza a concepção ampliada do processo saúde-doença, a interprofissionalidade e a construção conjunta de projetos terapêuticos (Vendruscolo *et al.*, 2020).

Portanto, reconhecer a importância da equipe multiprofissional/NASF, tem como finalidade apoiar e ampliar a clínica para efetiva resolução da produção do cuidado, além da atenção e a gestão da saúde, na APS. Os requisitos das eMulti são além do conhecimento técnico, o desenvolvimento de habilidades relacionadas aos preceitos da Saúde da Família (SF). Sendo assim, a equipe multiprofissional/NASF deve estar comprometida, também, com a promoção de transformações nas atitudes e conseqüentemente na atuação dos profissionais da SF, incluindo no leque de atuação: ações intersetoriais e interdisciplinares; promoção; prevenção; reabilitação da saúde e cura; além de humanização de serviços; educação permanente; promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde

(Rodrigues *et al.*, 2020).

Tal fato nos leva a compartilhar a ideia da importância em se ter um processo de trabalho organizado e o mais integrado possível na APS, haja vista que, realizar práticas mais assistencialistas, reproduzindo o modelo curativista, fora do âmbito que privilegia ações de promoção de saúde, foge de um contexto mais ampliado de saúde pública, e, portanto, o preconizado na APS (Santos, 2012).

Desta forma, é fundamental trazer para a discussão o conceito de atenção e cuidado integral, que vai além do atendimento às necessidades biológicas e mais imediatas; envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas com incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas de cuidado, e aproximar os sujeitos envolvidos em todo processo de cuidar. Isto pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação e de possíveis desvios das propostas de trabalho que visam a integralidade do cuidado por meio da interprofissionalidade. Para produzir cuidado é fundamental reconhecer as peculiaridades do trabalho em saúde, por meio da construção compartilhada, evitando-se assim a fragmentação e a desresponsabilização do cuidado (Merhy *et al.*, 2019).

Ainda, diante das necessidades de saúde cada vez mais complexas, a resolutividade dos serviços (capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica), perpassa por ações que tenham como estrutura uma abordagem integral do indivíduo e deve ser composta por diversos saberes. Nesse panorama, o agir por meio da interprofissionalidade vem se caracterizando como caminho para viabilizar a organização da atenção em saúde em uma perspectiva de cuidados ampliados e integrais, centralizadas no indivíduo, família e comunidade (Ribeiro *et al.*, 2022; Ferreira, 2022).

Para tanto, os trabalhadores devem atuar de modo compatível com o mesmo propósito clínico a partir de relações solidárias recíprocas, além da busca por práticas colaborativas com os usuários envolvidos (Ribeiro *et al.*, 2022). Contudo, pode-se afirmar que a interprofissionalidade se revela como um instrumento e/ou ideia potente que pode ser utilizada como ponte para conectar as fronteiras das disciplinas, renegando o fracionamento do conhecimento e fomentando a colaboração, o diálogo, o desapego, a coragem e a abertura ao outro (Puppin; Sabóia, 2017).

Sendo assim, a pesquisadora tem como experiência ter sido Apoiadora Institucional do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana, inicialmente alocada no setor da APS, e a partir desta vivência, foi notada presença da fragmentação no processo de trabalho

entre as eSF e equipes do NASF, no cotidiano laboral.

Nos encontros de debate e discussões acerca de diversos temas concernentes a APS com coordenadores, gestores e trabalhadores e mediante observação do processo de trabalho dos municípios e suas dificuldades, principalmente entre as equipes Multiprofissionais/NASF e as Equipes de Saúde da Família na região de Feira de Santana, quais eram relatadas através dos trabalhadores de saúde; fez com que esta realidade, apontasse para a necessidade de (re) pensar as práticas profissionais, sobretudo no que concerne à atuação interprofissional na realidade dos serviços de saúde, referente ao cuidado integral dos usuários do SUS.

Assim, o interesse por um trabalho específico que pudesse contribuir para o repensar das práticas e para qualificação dos profissionais, emergiu no intuito de favorecer a organização dos processos formativos destas equipes e otimizar as ações dentro do escopo da APS, para o cuidado integral. Desta forma, este estudo baseia-se na possibilidade de auxílio para a produção do cuidado otimizada, para trabalhadores e usuários, diante de observações, interpretações e sugestões de novas possibilidades para a efetivação do cuidado interprofissional neste nível de atenção.

Conquanto, são necessárias pesquisas que incentivem a construção de espaços de educação permanente que permitam um aprimoramento nas estratégias utilizadas para a produção do cuidado em equipe que poderão trazer à tona ferramentas (tecnologias do cuidado), possíveis de utilização nos processos de cuidado em saúde.

Ainda, o presente estudo pode ter pertinência para a comunidade científica, pois pode promover ideias e propostas que contribuam com informações que subsidiem e conduzam práticas relacionadas ao cuidado integral do usuário, com enfoque na produção dos processos de trabalho que objetive a interprofissionalidade, além de estimular a realização de mais pesquisas/artigos relacionados ao tema, visando impactar positivamente para a relevância da coletividade acadêmica.

Diante do exposto, surgiram as referidas questões problema: Como ocorre a produção do cuidado em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das equipes multiprofissionais e da Saúde da Família? À luz da interprofissionalidade, como se apresenta a prática colaborativa e quais as barreiras para o trabalho em equipe na APS?

Portanto, esta pesquisa foi pensada, bem como desenvolvida em um município do interior da Bahia, e tem como objetivo geral analisar as práticas de cuidado e o exercício interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Como objetivos específicos, compreender as práticas de cuidado sob a ótica da resolutividade do cuidado e da integralidade; conhecer as

barreiras e entraves para o exercício da prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde; e promover qualificação dos trabalhadores e estudantes da saúde para o cuidado interprofissional e colaborativo no cotidiano dos processos de trabalho em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MULTIPROFISSIONALIDADE, INTERPROFISSIONALIDADE E NASF

A expansão de cobertura da atenção à saúde promovida pela ESF deu visibilidade às novas necessidades de saúde, gerando a demanda pela atuação de outros profissionais, visando ampliar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Nesse contexto, diante desta realidade, cria-se a política que institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria do Gabinete Ministerial (GM) de nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Lima *et al.*, 2019).

Este processo de implantação dos NASF esteve em constante transformação em todo território nacional e pode ter contribuído para promover a integralidade das ações das eSF, associada a uma qualificação da atenção, contemplando e solidificando as diretrizes do SUS. Portanto, é importante afirmar que a efetividade das ações do NASF no que concerne a qualificação das equipes de saúde, na atenção à saúde, exige um exercício de compromisso e corresponsabilidade por parte de todos os atores envolvidos. Esta ação pode fazer com que os profissionais de saúde repensem suas práticas, revendo paradigmas do processo saúde/doença, sendo capaz de atuar de modo mais dinâmico no caminho para a resolutividade das necessidades de saúde (Anjos *et al.*, 2013).

Deste modo, o NASF tem se consolidado como dispositivo transformador do processo de trabalho na APS, o qual pode mobilizar e impactar práticas hegemônicas imersas em cenários de desvalorização dos serviços públicos. Mais recentemente, discussões sobre a interprofissionalidade também remetem ao trabalho que se orienta para o fortalecimento dos sistemas de saúde, com a redução do sofrimento no trabalho, mediante uma organização participativa e, sobretudo, colaborativa entre profissionais com diferentes núcleos de saber, o que supõe a problematização das relações de poder, transformando momentos de conflito em estratégias pedagógicas, de confronto de ideias e negociação (Vendruscolo *et al.*, 2020).

Assim, para os mesmos autores acima, a proposta do apoio matricial dos NASF-AB possibilita colocar seu saber e competência (de campo e núcleo, na medida do cabível) a serviço dos usuários (selecionados ou referenciados) e da eSF, para empoderá-la, aumentar sua resolutividade e proporcionar Educação Permanente em Saúde (EPS).

No entanto, o NASF foi substituído por equipes multiprofissionais atreladas aos processos de trabalho na APS, como opcional, através da nota técnica nº3/2020-

DESF/SAPS/MS, a qual excluiu os incentivos financeiros do NASF, porém instituiu/adicionou o termo equipe multiprofissional como alternativa para identificação destas equipes. Deste modo, o gestor municipal passou a ter autonomia para definir e organizar tais equipes, podendo inclusive apenas cadastrar esses profissionais no estabelecimento sem vinculá-los a nenhuma equipe (Brasil, 2020).

Mais recentemente, por meio da Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio 2023 ocorreu retorno do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais e inclusão de novas especialidades médicas na possibilidade de composição das equipes; acrescentou-se o arranjo de atendimento remoto como ferramenta tecnológica para otimização do processo de trabalho; e ampliou-se a carga horária dessas equipes, a fim de conformar equipes mais robustas. O documento também pontuou a importância das equipes multiprofissionais para o desempenho da APS e para a melhoria dos indicadores de saúde, pois quanto mais apropriada a composição e a integração da equipe, melhor será o seu desempenho para o fortalecimento da APS e do SUS (Brasil, 2023; Brasil, 2020).

Para Volponi (2015), o processo de trabalho do NASF foi orientado pelas diretrizes do Ministério da Saúde e seu trabalho foi organizado com base no compartilhamento e no apoio às práticas em saúde, em especial, no reforço às seguintes diretrizes: a ação interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente em saúde; a educação popular; o território; a integralidade; o controle social; a promoção da saúde; e a humanização.

Conquanto, o trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF possibilitou o repensar sobre a produção de trabalhadores mais autônomos e protagonistas, além do fortalecimento de vínculos e a corresponsabilização na gestão democrática e participativa. Esses resultados estão em consonância com o conceito de NASF apresentado por alguns autores: como um dispositivo inovador, capaz de potencializar as ações das equipes da ESF e de confrontar desafios a serem enfrentados na APS. Assim, equipes multiprofissionais se apresentam como ferramentas capazes de assegurar a integralidade do cuidado e a resolutividade da APS, especialmente, por intervir na cultura dos encaminhamentos e possibilita, concomitantemente, promover uma discussão sobre a formação dos profissionais em saúde (Volponi *et al.*, 2015).

Destaca-se ainda que, as equipes multiprofissionais são compostas por trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em conjunto com os profissionais das eSF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes, mediante

critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (Brasil, 2010).

É importante ressaltar sobre o entendimento da expressão “apoio” utilizado no NASF, que é uma das centralidades desta proposta, e remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em equipes de referência ou equipes matriciadas (São Paulo, 2009).

A concepção de núcleo e campo de saber, proposta por Campos (2000), aparece nos estudos como centro operador do NASF. O núcleo de saber é composto pelos conhecimentos específicos que determinam a identidade de uma profissão, como as atribuições clínicas específicas da enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, medicina, entre outras. Já o campo de saber representa um espaço de conhecimentos comuns a todas as profissões, os quais sobressaem às especialidades de cada categoria. Assim, é possível compreender que o apoio matricial do NASF atua na lógica de complementar saberes e experiências de um núcleo de saber especializado para um campo multidisciplinar, da saúde coletiva (Maffissoni *et al.*, 2018).

Deste modo, a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho dos núcleos. Nessa perspectiva, deve-se buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsável com a ESF. É uma situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as eSF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (Brasil, 2010).

Campos e Domitti (2007) defendem uma atuação profissional com olhar ampliado, que se inicia no interior das unidades de saúde. O método de cogestão, diferentemente das teorias de administração e de planejamento que operam no plano do instituído, não se limita à criação de espaços de participação, como se a mera colocação de pessoas em roda fosse capaz de promover as transformações almejadas. É necessário um trabalho que inclua as subjetividades e as relações, de forma que o resultado não seja uma reprodução do instituído nem uma satisfação exclusiva dos desejos individuais, mas um projeto, produto intermediário, que tenha sido construído coletivamente, uma prática social com função administrativa, mas também política, pedagógica e terapêutica.

Vale salientar que o conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, o qual sobre esta égide tem como finalidade ofertar o cuidado organizado em rede, por meio da priorização das ações preventivas, sem detrimento das

assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Contudo, para contemplar estas diretrizes, implica na modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes. Com toda importância que se tem a integralidade do cuidado, alguns profissionais da APS vêm realizando práticas de caráter assistencialista, as quais mantêm a reprodução do modelo de atenção pautada no biologismo e curativismo, fora do âmbito que privilegia ações de promoção de saúde (Santos, 2012).

No entanto, o discurso sobre o modo como as atividades devem ser desenvolvidas está presente no ideário dos profissionais, porém as práticas de atenção à saúde mostram que existe uma distância considerável entre o saber e o fazer. Assim, o suporte clínico da atenção à saúde do NASF é desenvolvido a partir das demandas da população por atendimento especializado, em contraponto à diretriz de servir como apoio, oferecendo cuidado compartilhado, clínica ampliada, executando a cogestão e compartilhando responsabilidades com as eSF (Maffisconi *et al.*, 2018).

Souza e outros (2012) trazem que para tornar realidade o atendimento integral, trabalhar em equipe constitui-se um exercício imprescindível para contemplar esta diretriz, a qual deve ser pautada e estruturada de forma conectada com a formação acadêmica de cada profissional de saúde, em que deve ser alicerçada com estratégias voltadas, principalmente, para o diálogo, o cuidado, o acolhimento, o vínculo na busca pela transdisciplinaridade. O exercício da integralidade se faz por meio de um olhar atento, que possa estar sensível às necessidades de saúde em cada momento, em cada contexto, ou seja, na singularidade e multiplicidade de cada ser humano.

Segundo o mesmo autor, pode-se afirmar, ainda, que a integralidade é uma ferramenta que nos permite entender a magnitude do processo saúde-doença e visualizar como sua amplitude extrapola o campo biológico. Dessa forma, ações mais efetivas só serão possíveis com profissionais que alarguem seus conceitos e atuem promovendo a integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família para a Interprofissionalidade. A garantia de um atendimento integral ultrapassa o cuidado em saúde hierarquizado e regionalizado, abrange o singular e o coletivo e requer um compromisso constante com o aprendizado e a atuação inter e multiprofissional.

2.2 APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL

O Apoio Matricial/Matricramento, no contexto internacional, é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde, sendo adotado no Brasil e defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, as primeiras evidências do apoio matricial ocorreram no município de Campinas-SP, a partir de 1989, com a criação de equipes de saúde mental na AB e um novo modelo de cuidado em saúde mental. Em 2003, o apoio matricial foi apontado como diretriz para a inclusão das ações de saúde mental na APS. Entretanto, o incentivo financeiro para sua realização só foi possível a partir da criação do NASF (Brasil, 2008).

Destarte, o Apoio Matricial como ferramenta inspirou o projeto e a implementação do NASF, arranjo organizacional que permite a inserção de outros trabalhadores de saúde e/ou especialistas (assistentes sociais, fonoaudiólogos, pediatras, psiquiatras, geriatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros) na APS. Esta ferramenta deve oferecer suporte técnico-assistencial e pedagógico às equipes de SF ou de AB, podendo efetivar-se como arranjo de cuidado compartilhado e elevar a resolutividade da APS (Viana; Campos, 2018).

Apoio, de acordo com o dicionário Michaelis (2019), diz respeito a tudo aquilo que serve de sustentáculo ou suporte, significa dar auxílio, socorrer. Enquanto isso, a palavra matricial é apresentada como um adjetivo relativo a matrizes, lugar onde algo pode ser gerado ou criado. Deste modo, pode-se compreender que o Matricramento está relacionado às noções de criação, produção de algo, a partir de um posicionamento ou lugar de auxílio (Duarte; Bernardes, 2021).

Na literatura, as definições sobre matricramento são múltiplas e abordadas pelos/as autores/as em uma tentativa de definir de que maneira se caracteriza essa prática, propondo uma espécie de modelo de prática matricial. Portanto, esta ação pode ser caracterizada como uma metodologia de gestão do cuidado, com origem nos serviços de saúde mental, tendo sido incorporado, posteriormente, em vários programas e políticas (Cunha; Campos, 2011).

Portanto, o termo “apoio matricial” é composto por dois conceitos operadores: “apoio” que sugere uma metodologia de ordenação entre referência e especialista, não baseada na autoridade (relação vertical), mas nos procedimentos dialógicos (relação horizontal); e “matricial” que advém de “matriz” que tanto pode indicar um lugar de criação quanto um núcleo onde determinados valores ou conceitos coexistem entre si. A origem das palavras “apoio” e “matricial”, lança algumas possibilidades para iniciar uma aproximação com a ideia de

Matriciamento. O apoio matricial pode ser compreendido, então, enquanto um arranjo organizacional e como uma metodologia que considera a integralidade nos seus variados aspectos, pois possibilita que os diversos núcleos de saberes sejam compartilhados dialogicamente entre os profissionais especialistas (apoiadores matriciais) e os que compõem a equipe de referência. Assim, o apoio matricial contribui, também, para a ampliação do trabalho clínico e sanitário, pois nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar a abordagem integral de um determinado sujeito (Baeta; Melo, 2020).

Assim sendo, o matriciamento se configura em locus para o planejamento, organização, reflexão e reestruturação de espaços de atendimento compartilhado com vistas ao compartilhamento de saberes entre os diversos atores e à superação da segmentação do trabalho decorrente das especialidades. Portanto, esta forma de agir direcionou a atuação do NASF e passou por longa trajetória de construção antes de ser incorporada como ferramenta em uma política pública de saúde. A fim de subsidiar ajustes nessa direção, Campos *et al.* (2014) lapidaram a concepção teórica e metodológica Paidéia. Os autores relatam que essa rede conceitual tem o objetivo de dar suporte à cogestão de coletivos na APS para o trabalho em redes, tendo funcionalidade a partir de três eixos de aplicação: apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada.

Inspirado no método Paideia (metodologia de reformulação dos tradicionais mecanismos que compõem a base de sustentação da cogestão de coletivos a partir de uma gestão democrática), o apoio matricial pode ser concebido como uma estratégia de educação permanente e de cogestão do cuidado em saúde que valoriza a concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade e a construção conjunta de projetos terapêuticos. A metodologia do apoio matricial promove a ativação de espaços de comunicação e deliberação conjunta, compartilhamento de saberes e organização de fluxos na rede. Pode ser desenvolvida em duas interfaces: apoio técnico-pedagógico, que objetiva promover movimentos de educação permanente para os profissionais da eSF; e apoio clínico-assistencial, no qual os profissionais do NASF-AB, mediante demanda específica, realizam atendimento clínico individual ou coletivo, um caminho pertinente para interprofissionalidade (Vendruscolo *et al.*, 2020).

Tesser (2017) em sua análise, indica que a articulação entre NASFs e SF devem ocorrer por meio de ações clínicas e com base no trabalho compartilhado, de forma complementar e sinérgico: função filtro, cuidado especializado, regulação e negociação de prioridades, cuidado intensificado via projetos terapêuticos compartilhados em casos muito complicados, discussões em situações limítrofes e casos duvidosos, gerando educação permanente mútua e recíproca.

Então, Pivetta *et al.* (2019), discorre que a área da saúde é, por sua natureza, caracterizada por uma triangulação de abordagens que envolvem ações constantes entre ensino-aprendizagem-atenção, além de uma produção singular estruturada a partir de troca de saberes na construção do conhecimento inerente à formação profissional.

Para que a integração e a colaboração esperadas possam ser consolidadas, além de atentar à quantidade de equipes vinculadas por NASF, que pode ser determinante para a qualidade das ações e dos resultados alcançados, deve ser prioritária a definição de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo em sua implantação, incluindo ajustes no trabalho de ambas as equipes e direcionamento organizativo e político local que privilegie o trabalho interdisciplinar e interprofissional para uma atenção integral (Souza; Knabben; Calvo, 2017).

Aliar prática clínica de qualidade, compromisso com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, amplo acesso aos serviços, cuidado interprofissional, vinculação aos territórios, participação da comunidade e incidência sobre determinantes sociais são desafios que sempre estiveram presentes na efetivação de um novo modelo de atenção no SUS, na perspectiva da saúde como direito universal (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Nascimento e Oliveira (2010) consideram que a transformação da formação e das práticas é um desafio que deve ser superado em várias instâncias, pois são necessárias mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, tanto nas instituições de ensino quanto nas relações interpessoais. Portanto, a reprodução da prática curativista e o fortalecimento por parte das instituições de ensino, mais voltados para o enfoque clínico específico, que tem como consequência a incipiente ênfase nas práticas de saúde pública, poderão ser modificados na medida em que mais componentes curriculares que debatam as matrizes dos currículos rizomaticamente nas instituições de ensino superior e de forma efetiva (Santos, 2012).

Contudo, é imprescindível que o modelo tradicional de ensino nas áreas da saúde, reconhecido por seu formato centrado em conteúdos e na matriz curricular fragmentada, seja superado. A lógica do trabalho em cogestão, como proposto no Apoio Matricial, demanda uma formação que se aproxima dos processos e ferramentas conceituais que permitam extrair do campo do cotidiano o material da aprendizagem. Modelos como os da educação permanente, da aprendizagem baseada no trabalho e da aprendizagem baseada em problemas (*problem-based-learning*), têm sido utilizados como fontes de inspiração para processos de formação pautados na reflexão sobre a prática (Viana; Campos, 2018).

Para Feuerwerker (2014), uma das estratégias a ser utilizada para aprimorar o trabalho

dos profissionais do Apoio Matricial, é rever o processo de atuação e promover novos processos de subjetivação e de gestão do cuidado, com a implementação de dispositivos de formação e de educação permanente que priorizem a reflexão sobre a prática. O objetivo dessa estratégia pedagógica – formação com base na reflexão sobre a prática concreta dos profissionais – busca romper aspectos cristalizados nas instituições de saúde e poderia contribuir para a formação ampliada dos trabalhadores. Desta forma, por meio do apoio matricial há o intuito de oferecer tanto retaguarda na atenção à saúde quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Contudo, o apoio matricial é uma proposta de prática colaborativa em saúde e pressupõe que os núcleos de experiências e saberes específicos de cada profissional possam ser compartilhados, de modo a atuar, sinergicamente, em prol da melhoria das condições de vida dos sujeitos, assim como validar a construção de novos saberes e práticas no campo da saúde. Diante disso, compreende-se que as propostas do apoio matricial vão ao encontro da criação de vínculo, da visão integral e da percepção do sujeito inserido em determinado contexto possibilitam a produção de cuidado de maneira contínua, estabelecendo ações longitudinais. A equipe de referência é responsável pelo cuidado contínuo, juntamente com a família e o próprio usuário. Em situações especiais, pode ocorrer a necessidade de atendimentos que atenda a necessidade do saber especializado, sem que se perca a essência da proposta de referência. Essas ações podem ser compartilhadas entre membros das equipes de referência e o especialista, garantindo maior troca de saberes e um cuidado mais integrado. Deste modo, o apoio matricial favorece, portanto, o cuidado continuado em uma equipe de referência (Viana; Campos, 2018).

É mister afirmar que a integralidade, é parte do fundamento do arcabouço teórico da Educação Permanente em Saúde (EPS) e do apoio matricial, na busca da superação do caráter fragmentado das ações em saúde, ensino, serviços e cuidado na percepção dos profissionais do NASF. Portanto, para que a EPS no contexto do SUS seja legitimada como movimento e política educativa e suas práticas e iniciativas sejam consolidadas pelos trabalhadores da saúde no cenário das práticas na AB no Brasil, é fundamental a atuação de gestores com os profissionais de saúde, a formação de profissionais qualificados para direcionar essas iniciativas, bem como a maior articulação entre o serviço, as instituições de ensino e a participação popular. Acredita-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltadas para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população, na melhoria da qualidade do sistema de saúde (Rodrigues *et al.*, 2020).

Quando os profissionais de saúde utilizam a criatividade e a inovação para conseguir pactuar de modo compartilhado o plano terapêutico com os usuários, é possível potencializar o diálogo e ampliar a autonomia dos sujeitos envolvidos. Essas iniciativas, são práticas inovadoras de produção do cuidado e estão alicerçadas nas tecnologias relacionais, na clínica ampliada e na abordagem centrada na pessoa (Graff; Ceriotti; Toassi, 2017).

Deste modo, a integralidade, uma das principais diretrizes do SUS fundamenta-se na compreensão do sujeito e de sua demanda de saúde. Como estratégia, fundamenta-se com as ferramentas do acolhimento e vínculo durante o encontro entre o profissional e o usuário. Portanto, é importante construir espaços capazes de garantir a horizontalidade do cuidado e de forma concomitante a articulação entre os profissionais das unidades para identificar situações de risco à saúde e promover atividades coletivas no território de saúde condizentes com a demanda (Martines *et al.*, 2022).

Machado e Camatta (2013) apontaram a construção coletiva de saberes, melhor comunicação entre os trabalhadores e uma maior difusão do apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e APS, como aspectos positivos. O apoio matricial favorece a reorganização do trabalho em saúde e a implantação da cogestão no cotidiano dos serviços por meio da implementação de espaços permanentes que estimulem reflexões sobre o processo de trabalho e criem mecanismos transformadores das práticas, que impacte positivamente nas condições de saúde dos usuários.

Por fim, Bertussi e outros (2022) traz que o apoio matricial se apresenta como um dispositivo e uma estratégia que ativa a construção de novos valores acerca dos sentidos do cuidado em saúde. Pode ser potente para agenciar a relação entre equipes, produzindo encontros para combinar e acordar a transição do cuidado em saúde; bem como, pode operar como dispositivo intercessor para a formação de profissionais de saúde e para a qualificação do cuidado produzido, e nesse sentido, ele se desenha como um potente coeficiente de transversalidade ao produzir conexões entre a formação, o cuidado e a gestão. Amplia o olhar sobre o mundo do trabalho e do cuidado em saúde ao convocar todos que participam desse encontro entre alguém que cuida e alguém que demanda um cuidado.

2.3 INTERPROFISSIONALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO INTEGRAL

A APS tem papel central na reorganização dos serviços de saúde previstos no SUS, pautado na coordenação do cuidado para atender as necessidades de saúde e respeitando os princípios da integralidade, universalidade e equidade, tendo o trabalho em equipe como uma de suas diretrizes operacionais (Silva *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que, diante das necessidades de saúde cada vez mais complexas, a sua resolutividade perpassa por uma abordagem de natureza integral do ser humano que exigem a composição de diversos saberes. Em direção contrária, dificuldades significativas culturalmente alicerçadas são expressas por uma rígida divisão do trabalho, marcada pela fragmentação do saber e fazer profissional, que ocorre cotidianamente em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. Nesse panorama, a interprofissionalidade se apresenta como caminho para viabilizar a organização da atenção em saúde em uma perspectiva de práticas clínicas ampliadas centralizadas no indivíduo, família e comunidade (Ribeiro *et al.*, 2022).

Deste modo, o trabalho em equipe de forma interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender os anseios da população. Esta forma de trabalhar se sustenta envolvendo elementos do contexto social, político e econômico e a importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa, o qual torna perceptível a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, embora frequentemente seja utilizado o termo “interprofissional” para designá-la (Peduzzi; Agreli, 2018).

Essa coordenação compartilhada e corresponsável pela produção do cuidado está alinhada à perspectiva da “colaboração interprofissional”, termo utilizado para descrever os processos interativos entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, com práticas participativas e relacionamentos interpessoais fortalecidos. Tal colaboração proporciona uma atenção à saúde implicada com o cuidado integral e envolve intensificação da comunicação e da tomada de decisões compartilhadas (Matuda *et al.*, 2015).

Desde as décadas de 1960/1970, vinculado com o movimento da Medicina Preventiva, Comunitária e Integral, o trabalho em equipe movimenta as mudanças na prática em saúde, principalmente com relação à formação dos profissionais, que tem a compreensão de combater a uniprofissionalidade para ser uma prática interprofissional, algo que vem se construindo com

o passar dos anos. Em 2010, com a abordagem da OMS, por meio da publicação do “Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, indicando a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como uma potente estratégia de redução da crise mundial na força de trabalho na saúde, o tema começa a ser inserido nas propostas curriculares nas Instituições de Ensino Superior (IES), reorientando a perspectiva da formação para tornar-se uma educação multiprofissional (Kwiatkowski *et al.*, 2022).

No Brasil, o desenvolvimento da Educação Interprofissional (EIP) tem sido apoiado, principalmente, pela publicação do conjunto de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, que deixa evidente a responsabilidade das instituições formadoras em qualificar futuros profissionais, assegurando que a prática profissional esteja consonante com a Educação Interprofissional e está fortemente alinhada com o SUS e a APS, que tem como um dos seus princípios base a integralidade, caracterizada pelas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o contexto do usuário ou comunidade (Gontijo *et al.*, 2022).

Dentre os diversos cenários que compõem as redes de atenção do SUS, a APS se configura locus privilegiado e capilarizado para efetivar o processo de reorientação dos modos de agir na saúde, no qual a valorização das tecnologias relacionais e o investimento na clínica ampliada e compartilhada podem agregar qualidade ao processo de trabalho mobilizando as condições para a concretização do cuidado integral (Aquino *et al.*, 2014).

Considerando esses pressupostos, admite-se que a almejada mudança do modelo de atenção, comprometida com uma produção do cuidado integral, requer uma inversão da racionalidade tecnológica que orienta os saberes e práticas na produção de saúde para um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras (Merhy, 2014).

Nesta perspectiva, o acolhimento enquanto ferramenta associada com uma escuta qualificada como tecnologia de cuidado é considerado um dispositivo potencial para consolidação da integralidade. Alicerçado nas tecnologias relacionais, mobiliza a sensibilidade dos trabalhadores de saúde, a ação reflexiva e uma postura ética política permeável à escuta ativa e ao diálogo. Isto é fundamental para garantia da acessibilidade e do estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário, reorientação das práticas de saúde e de produção do cuidado integral, pautado na corresponsabilidade, no respeito e na dignidade humana (Queiroz *et al.*, 2021).

Ademais, a colaboração enquanto forma de prática interprofissional (PIP) na APS, pode ser compreendida em duas modalidades, que se alternam dependendo das condições e

necessidades dos usuários. A primeira delas é a colaboração em equipe, em que os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma UBS para melhorar a qualidade da atenção à saúde, colaborando entre si também para aumentar a participação dos usuários no cuidado clínico mesmo que individual (autocuidado apoiado) (Peduzzi; Agreli, 2018).

A segunda é a colaboração em rede e com a comunidade, em que os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e em outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social. Assinala também a forte relação entre prática colaborativa e atenção centrada no paciente ou usuário, que juntas constituem o movimento das equipes em incluir os usuários como protagonistas e partícipes do “fazer junto” na equipe interprofissional (Peduzzi; Agreli, 2018).

Então, a interprofissionalidade ocorre quando profissionais de diferentes formações desenvolvem o trabalho em equipe, cuja colaboração perpassa pelo planejamento e implementação das ações em saúde. Para tanto, os trabalhadores devem atuar de modo compatível com o mesmo propósito clínico a partir de relações solidárias recíprocas, além da busca por práticas participativas com os usuários envolvidos (Ribeiro *et al.*, 2022).

Em contrapartida, a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e a prática colaborativa apresenta-se como outro desafio para o cuidado integral. Os profissionais que operam na lógica tradicional gerencialista do encaminhamento acabam recorrendo a serviços externos sem antes buscar a equipe de apoio multiprofissional, além de centrar suas práticas em procedimentos especializados (Matuda *et al.*, 2015). Essa situação é apontada como consequência de uma formação profissional em dissonância com um modelo de atenção centrado na APS e no usuário, focada majoritariamente em procedimentos técnicos e práticas de saúde fragmentadas (Agonigi *et al.* 2018).

Então, reconhecer que os problemas de saúde se tornam cada vez mais complexos e dinâmicos é reconhecer que novas formas de cuidado devem ser postas em prática. Assim, a EIP e a prática colaborativa vêm ganhando destaque e devem ser entendidas enquanto ações complementares das práticas de diferentes categorias profissionais, atuando de forma integrada, compartilhando objetivos em comum, para garantir o cuidado em saúde, bem como a resolutividade (Sousa; Chagas, 2022).

Para Ceccim (2018), quanto mais potente é o trabalho em equipe, maior a capacidade e qualidade para compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de

competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura. A atuação integrada nas equipes multiprofissionais, a preocupação dos profissionais em conciliar suas atuações com as equipes coesas e a colaboração sinérgica entre trabalhadores para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da interprofissionalidade.

Portanto, o trabalho colaborativo interprofissional rompe o ensino e a prática instituídos em nossa realidade e busca novos modos de produção de saúde. Para essas mudanças, novas iniciativas curriculares devem ser pensadas e, o processo de EIP deve ser feito desde o início até o fim da formação acadêmica. Nos serviços de saúde, o favorecimento de espaços de diálogo e reflexão precisam ser estabelecidos, não por decisões legais, mas por incentivo à integração e compartilhamento de saberes. Esses modos, com lógicas colaborativas, certamente, fortalecerão o SUS e as universidades, valorizando a necessidade de termos políticas públicas que fortaleçam o ensino e a prática entre as profissões (Müller *et al.*, 2022).

2.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO CAMINHO PARA INTERPROFISSIONALIDADE

Uma organização efetiva do processo de trabalho na APS tem sido apontada como essencial para que os diversos profissionais possam avançar na garantia da universalidade do acesso e integralidade da atenção, com melhorias no cuidado ao usuário e no próprio trabalho em equipe. Deste modo, a APS requer profissionais com ampliação do núcleo de saberes que se estendam para além do conhecimento técnico e avance em direção ao trabalho conjunto. Na perspectiva de interprofissionalidade a APS se fundamenta no Brasil e tem a ESF como modelo prioritário para sua organização (Previato; Baldissera, 2018).

Pontua-se que a ESF tem sido o principal serviço adotado para atender as necessidades da população na APS cujos pilares se compõem pela atenção integral à saúde, a vinculação das equipes multiprofissionais à população de um determinado território, a porta de entrada preferencial para o sistema, além da responsabilidade pela coordenação das RAS, portanto, é uma estratégia que tem a potência para reorientar o modelo de atenção. Avalia-se que, nesse contexto, a organização do processo de trabalho na APS é fundamental, incluindo um conjunto de ações coordenadas cujos saberes e estratégias empregadas pelos profissionais se tornam instrumentos para viabilizar a atenção em saúde (Gleriano *et al.*, 2019).

Sobre o processo de trabalho em saúde, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves iniciou suas incursões sobre os estudos neste campo ainda no contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O autor, fundamentado na teoria marxista, retratou os elementos componentes do processo de trabalho: o objeto (que nem sempre é a saúde, devido ao conjunto de variações que o cerca); o instrumento (podem ser materiais, como equipamentos e insumos e não materiais, como os saberes que se articulam); a finalidade (a intencionalidade do trabalho) e os agentes (sujeito que imprime a ação) (Mendes-Gonçalves, 1986 *apud* Amaral *et al.*, 2021).

O objeto do processo de trabalho não é meramente biológico, mas uma construção social e política. Assim, as práticas de saúde se desenvolvem de acordo com as demandas sociais, e o instrumento do trabalho em saúde também se transforma no modo de produzir e direcionar conhecimento no cotidiano das organizações (Mendes-Gonçalves, 2017).

Albuquerque *et al.* (2012) sinalizam que a organização, a política e a prática de gestão de pessoas assumem um papel fundamental no binômio trabalhador-trabalho, uma vez que são o cenário no qual se desenvolvem todas as questões envolvidas na dinâmica profissional, tais quais as relações e estruturas de poder, condições de trabalho, tecnologia, valores e crenças. A concepção de processo de trabalho em saúde relaciona-se à dimensão microscópica do cotidiano em saúde, ou seja, à atividade dos trabalhadores, inserido no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Ainda, é importante reiterar o conceito de que o trabalhador da saúde é um ser coletivo, pois não há trabalhador de saúde que consiga suprir todas as necessidades da saúde (Almeida; Servo, 2021).

As relações de cooperação com o coletivo dos trabalhadores, a transmissão de conhecimentos entre si, que permite um aprendizado mútuo, as relações familiares, grupais e societais, que acompanham o trabalhador em seu dia a dia e que se refletem nos locais de trabalho, quer como problemas, quer como potencialidades construtivas, são levadas em conta na análise da intensificação do trabalho. Na transição do trabalho material ou físico para o imaterial, o trabalhador faz uso de outras faculdades além de sua energia física. Ele aplica sua inteligência, sua capacidade de concepção, de criação, de análise, de lógica. Emprega os componentes de afetividade ao relacionar-se com as pessoas, os colegas de trabalho e os usuários. Utiliza as experiências adquiridas anteriormente no trabalho, seja em termos relacionais e grupais, seja em termos de habilidades individuais herdadas geração após geração ou aprendidas nos processos educativos. Todos os aspectos de sua personalidade são envolvidos no ato de trabalhar (Rosso, 2006).

Então, as práticas interprofissionais de caráter colaborativos apresentam-se como um

construto polissêmico, mas pode ser definida de modo geral como uma parceria entre uma equipe de profissionais de saúde de diferentes campos do conhecimento e um usuário, em uma abordagem participativa, horizontal e coordenada de tomada de decisão compartilhada em torno da saúde e problemas sociais. Essa prática proporciona uma atenção à saúde mais abrangente, ampliada, qualificada, que possibilite a efetividade e eficácia no cuidado em saúde dos usuários (Previato; Baldissera, 2018).

Destaca-se que o trabalho em saúde desenvolvido de forma coletiva, é prerrogativa na implantação da ESF por meio da adoção de equipes multiprofissionais, no entanto, persiste por um trabalho permeado por ações fragmentadas. Desta forma, faz-se necessário um olhar específico para a organização do processo de trabalho, uma vez que as mudanças no perfil epidemiológico, com o predomínio das doenças crônicas que requerem um acompanhamento longitudinal, além da necessidade de abordagem integral, exigem um avanço próprio da prática multiprofissional e do trabalho em equipe. Compreende-se, que os profissionais que operam o trabalho em saúde são imprescindíveis para viabilizar novos modelos de atenção, com implementação de mecanismos que avaliem as condições para o desenvolvimento do processo de trabalho para compreender o trabalho em saúde (Gleriano *et al.*, 2019).

Neste sentido, no Brasil, o Apoio Institucional (AI) teve como precursor Campos (2000), com a proposta do Método Paidéia (também conhecido como Método da Roda), que implica o exercício da cogestão e a configuração de redes cooperativas, com o intuito de ampliar a capacidade de análise e intervenção dos trabalhadores e gestores nas instituições, para lidar com os “conflitos de poder”, o que não pode ser respondido com a estrita normalização do processo de trabalho. Envolve uma perspectiva mais democrática e participativa, contemplando o envolvimento dos sujeitos em coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, bem como para a Educação Permanente (EP) e a gestão, além do cuidado compartilhado e de seus processos de trabalho (Brito *et al.*, 2022).

A concepção Paidéia pretende a reorganização do processo de trabalho a partir dos conceitos de cogestão e de clínica ampliada e compartilhada, como uma nova aposta de estratégia organizacional e de concepção de gestão do trabalho clínico. Essa mudança não acontece, no entanto, de maneira natural. Necessita, portanto, de um método, construído com o objetivo de “repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho”. Esse método está pautado em duplo aspecto: crítica às concepções dominantes e rearranjo dos modos de gestão. Assim, o método da roda apresenta-se como herdeiro de uma longa tradição anti taylorista, rompendo com a verticalidade e com o caráter serial dos processos de trabalho (Baeta; Melo,

2020).

Para Merhy (1997), existe um espaço intercessor que permeia a práxis do trabalho em saúde, em que todos os atores exercem suas subjetividades, seus modos de agir – em meio aos quais se evidenciam as relações hierarquizadas, as responsabilidades e as competências diversas. Essas especificações exercem influências no processo de trabalho e exigem o reconhecimento da negociação, dos conflitos e do encontro com o outro. Reconhecer e atuar sobre este contexto é desafiador para os trabalhadores da saúde, sendo necessária sua valorização nas práticas e pesquisas que se debruçam no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, no qual se constrói cotidianamente o SUS.

Entre os desafios enfrentados pelo sistema de saúde no contexto micropolítico da APS, demarca-se a organização do trabalho em saúde, considerado pilar fundamental para fortalecer a qualidade da atenção à saúde e uma qualificação na ampliação do acesso aos serviços. Verifica-se que o processo de trabalho em saúde é uma pauta discutida no âmbito teórico, porém evidências práticas e detalhadas de como despertar e estimular sua reorganização nos serviços de saúde – incluindo o da APS – são escassas. Isso reitera a importância de investigações que elucidem os nós críticos do processo de trabalho em saúde que atravessam o cotidiano dos serviços (Amaral *et al.*, 2021).

Portanto, quando o processo de trabalho é centrado em atos clínicos e prescritivos, no qual prevalecem posturas profissionais individualizadas e práticas de saúde que estabelecem relações frias, burocráticas, empobrecidas e descontextualizadas das necessidades e singularidades dos problemas apresentados pelos usuários, conforma um modelo pouco resolutivo e comumente criticado por usuários, gestores e pelos próprios trabalhadores de saúde, tendo como consequência uma produção do cuidado pouco comprometida com a vida e com a constituição de sujeitos ativos. Então, quando a centralidade do cuidado é deslocada para a produção de procedimentos, corre-se o risco de reproduzir a racionalidade biomédica no processo de trabalho, sendo esta muitas vezes apoiada por uma lógica de mercado, na qual ocorrem disputas corporativas pelo monopólio de diagnósticos e de atos (Queiroz *et al.*, 2021).

É imprescindível reconhecer que a ciência e o trabalho, apesar de pertencerem a campos sociais distintos em sua fundamentação teórica, estes representam formas de atividade humana, com fontes permanentes de produção de saberes, de caráter interdisciplinar, no mundo contemporâneo, como um tema a ser utilizado no plano teórico e, especialmente, no delineamento das práticas multiprofissionais, que estão inseridas no setor saúde. Profissionais das diferentes áreas da saúde, devem direcionar suas ações de formação nas DCNs para a

formação em saúde, que apontam para a interdisciplinaridade como conteúdo que transversaliza a formação (Puppin; Sabóia, 2017).

Destarte, o trabalho em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional tem sido alvo de diversas pesquisas pelo mundo. Estudos evidenciam que a colaboração interprofissional produz melhorias organizacionais e estas, benefícios aos cuidados nos mais diferentes serviços de saúde, particularmente aqueles com necessidades complexas, o que é essencial para cumprir a oferta qualificada de atenção à saúde integral. Além disso, a equipe, cujos profissionais possuem visão e objetivos compartilhados, se sentem integrados (aspectos micropolíticos), o qual favorece as práticas colaborativas (Mazza *et al.*, 2020).

Tal ampliação pressupõe mudanças no objeto de trabalho, ao incorporar o trabalho coletivo às variáveis em coprodução interprofissional; nos objetivos do trabalho, que passa a apoiar o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos; e nos meios de trabalho em saúde, reformulando a relação clínica por meio da interprofissionalidade. E isto requer a capacidade de analisar e intervir conjuntamente, refletir diretamente sobre os efeitos de suas práticas, inclusive no que tange da relação entre profissionais e com equipe e usuários, e deliberar de forma coletiva sobre tais assuntos (Brito *et al.*, 2022).

É importante destacar que os profissionais de saúde operam o processo de trabalho em um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV). Os TMs são ações cotidianas, com o uso de tecnologias materiais, são definidos assim porque já se aplicou sobre eles um trabalho pregresso para sua elaboração e estão estruturados para elaborar certos produtos da saúde. O TV é realizado em ato, na prática do cuidado à saúde, estabelecidos por meio de relações intercessoras. Esse encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho, reflete certa correlação entre eles no núcleo tecnológico do cuidado à chamada Composição Técnica do Trabalho, a qual difere a partir desta lógica as tecnologias em leves, leves-duras e duras (Souza *et al.*, 2014).

Em uma perspectiva micropolítica, a forma como se dá a relação entre os trabalhadores e como se organizam no trabalho, bem como suas características e valores pessoais se constituem tanto em potência para as práticas colaborativas e a interprofissionalidade, como em desafio para a efetivação da proposta do NASF. A consolidação de um modelo de atenção pautado na lógica da colaboração, do apoio e com a prática interprofissional, exige a quebra de paradigmas enraizados em nossa cultura, que opera tanto nos espaços de formação na graduação, quanto na realidade dos serviços (Mazza *et al.*, 2020).

Portanto, o trabalho efetivo das equipes de saúde requer qualidade das relações e

colaboração entre as categorias profissionais. No sentido de melhorar a interação entre os profissionais das equipes de SF e NASF para alcançar os objetivos da APS, a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) em Saúde é um caminho reconhecido pelo envolvimento necessário das equipes de saúde (Previato; Baldissera, 2018). Nesse contexto, dentre suas ferramentas de trabalho, o NASF dispõe da construção de espaços coletivos de educação em saúde como uma forma de incentivar a autonomia dos sujeitos e desenvolver ações de promoção da saúde (Nunes Júnior *et al.*, 2022).

Estudiosos sobre o tema da interprofissionalidade na saúde ressaltam que os obstáculos e desafios para as práticas interprofissionais do cuidado se mostram prevalentes. Foram evidenciadas lacunas entre o prescrito e o realizado, fator gerador de dificuldade para se concretizar a cooperação e o trabalho integrado nas ações de saúde. Elementos como a instabilidade profissional no mundo do trabalho, a inadequação da formação dos docentes e dos trabalhadores da saúde e os modelos vigentes de gestão, que favorecem a predominância de ações médicas específicas, são limitantes para a implementação da prática interprofissional. Tais informações destacam, pois, a importância do fortalecimento do trabalho em equipe, de forma interprofissional. Ainda, cabe destacar o diálogo como avanço no caminho da interprofissionalidade, facilitando o processo de trabalho, na resolutividade das ações e a importância desta relação sem distinções de categorias profissionais (Souza *et al.*, 2019).

Então, desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira prescritiva, em que os usuários são considerados consumidores de produtos de saúde e há um reforço à organização do trabalho fragmentado em etapas torna-se pouco resolutivo (Queiroz *et al.*, 2021).

Para além, a sistematização dos fatores macropolíticos, como a infraestrutura (espaço físico, rede de serviços) e as condições de trabalho (preparo, vínculo, remuneração) e de como influenciam na organização do trabalho, permitiram concluir que na realidade brasileira estes se constituem em desafios para que os trabalhadores do NASF atuem sob a lógica do apoio matricial e da clínica ampliada e contribuam para a consolidação de um modelo de atenção que tem como finalidade a defesa da vida (Mazza *et al.*, 2020).

De acordo com Puppim e Sabóia (2017), a interdisciplinaridade é um instrumento e/ou ideia utilizados como ponte para religar e transpor as fronteiras das disciplinas, renegando o fracionamento do conhecimento e fomentando a colaboração, o diálogo, o desapego, a coragem e a abertura ao outro, modo pelo qual instrumentaliza o cuidado para vencer as situações desde as mais simples às mais complexas, por meio da interprofissionalidade.

Deste modo, considera-se que os profissionais, enquanto buscam transformar as necessidades de saúde da população, também estão sendo transformados, em um processo marcado não só por conflitos, mas também pela emergência de novas práticas de saúde no âmbito da APS. Pode-se tecer, com isso, que a constante busca por mudanças no trabalho em saúde tem sido a característica central no processo de constituição desses sujeitos e consiste uma potencialidade para a reorientação do modelo de atenção à saúde, o que reforça a importância do trabalho do NASF para a ampliação do cuidado e fortalecimento da integralidade na ESF (Arce; Teixeira, 2022).

2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA A QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

O debate internacional desenvolvido atualmente em torno das questões relativas ao trabalho e educação na saúde abrange a reflexão sobre políticas, regulamentações e intervenções relacionadas com a educação, qualificação e práticas profissionais, destacando-se a necessidade de articular a qualificação com as competências requeridas pelo trabalho, a utilização de novas metodologias de ensino e a incorporação de tecnologias de informação, educação e comunicação em saúde (Gonçalves *et al.*, 2019).

Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) caracteriza-se como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam aos profissionais gerarem reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e de eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS. Sua proposta buscou desenvolver os processos educativos dos profissionais de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (Rodrigues *et al.*, 2020).

A proposta de educação permanente surgiu na Europa no campo da educação, nos anos 1930, e ganhou destaque nos anos 1960. O conceito de educação permanente estava associado a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e de necessidade de reposicionar pessoas no mercado de trabalho devido à intensificação da industrialização e da urbanização. No final da década de 1960 a educação permanente passou a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para Educação,

Ciência e Cultura (Unesco), fundamentada na teoria do capital humano, que considera a qualificação do fator humano como um dos meios mais importantes para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país. A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na década de 1980, cuja disseminação se deu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (Jesus; Rodrigues, 2022).

No Brasil, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), e após institucionalizada a política de formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS), se instituiu em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujas diretrizes para a implementação foram publicadas no ano de 2007. Constituiu-se em um grande avanço ao fomentar a condução regionalizada e a participação interinstitucional, além de definir orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes (Silva; Scherer, 2020).

Houve o acréscimo de “em saúde” ao termo EP, no Brasil, indicando tratar-se de uma aposta de estratégia para uma recomposição das práticas de cuidado, gestão, formação e participação da sociedade no SUS. Na origem da EPS, observa-se que ela ocupa um papel contra hegemônico de organização do processo de trabalho e de cuidado que permite refletir sobre os desafios que ela se coloca na (des) construção de formas reificadas de aprender, gerir e formar em saúde (Iglesias *et al.*, 2021).

A PNEPS, entre outras iniciativas, representa uma das estratégias para o cumprimento da Lei nº 8.080/90 no que se refere à responsabilidade na formação dos trabalhadores mediante a instauração de relações entre ensino e serviço, entre docência e atenção à saúde e, ainda, o estabelecimento de relações orgânicas entre formação e gestão, além de promover o desenvolvimento institucional e o controle social no campo da saúde brasileira (Figueiredo *et al.*, 2022).

Para os mesmos autores, essa política propõe ainda repensar o processo formativo segundo os signos do SUS em detrimento da adoção de modelos de educação convencionais historicamente instituídos. Para isso, a PNEPS não pode ser considerada apenas como uma ferramenta pedagógica ou um método de ensino, e, sim, como um complexo documento orientador que se inicia com o processo de trabalho em saúde, que envolve as equipes nos serviços, e deve integrar os diferentes atores nesse processo de discussão, ou seja uma política de educação de saúde interprofissional.

Destaca-se ainda que o conceito de educação na saúde, pode ser entendido como um

processo formativo para desenvolvimento pleno na atuação do campo da saúde, o qual se revela como uma estratégia imprescindível para o cuidado integral. De maneira didática, a educação na saúde pode se apresentar em duas principais modalidades: Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Continuada (EC). A educação continuada contempla as atividades com metodologias de ensino mais tradicionais de escolarização, sendo aplicadas pontualmente e possuindo períodos definidos, geralmente relacionada a aquisição sequencial e acumulativa de conteúdos técnico-científicos, em âmbito institucional ou fora dele (Lemes *et al.*, 2019).

Em outras palavras, a Educação Continuada, se configura como um prosseguimento do modelo tradicional comum nas estruturas escolares, pautado na transmissão de saberes e na atualização de conhecimento de forma desarticulada entre as estruturas da gestão e do controle social, possuindo um caráter pontual e fragmentado, cuja ênfase de produção de conhecimento está nos saberes das categorias profissionais específicas e valoriza apenas o técnico-científico (Calheiros *et al.*, 2022). Já a EPS se apresenta como meio para possibilitar o desenvolvimento pessoal, profissional, cultural e social, pautada num processo de ensino-aprendizagem em que o indivíduo que aprende, detém autonomia e protagonismo, sendo agente ativo e gestor da sua educação (Brasil, 2009).

Como faceta pedagógica, a EPS considera o sujeito, suas potencialidades e sua capacidade de interação, e, desse modo, suas possibilidades de compartilhamento de saberes e vivências, de maneira a (re) significar suas práticas, aprendendo com os desafios e adversidades. A EPS é marcada por um pressuposto em que existem discussões participativas, não-hierarquizadas e não apenas tangenciando a realidade, mas transformando-a. No contexto do SUS, a prática dialógica preconizada pela EPS garante que situações e indivíduos, anteriormente despercebidos, sejam evidenciados e se tornem matrizes na formação de concepções e conhecimentos significativos (Pavinati *et al.*, 2022).

A Política Nacional de EPS e algumas produções de autores de referência na área estabelecem distinções entre EPS e EC, considerando o pressuposto educacional que as difere quanto: ao objetivo principal, qual tem como base a aprendizagem significativa ou como transmissão de conhecimento; ao público a que se destinam com direcionamento na interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade; à forma como se organizam com valorização do trabalho como fonte de conhecimento ou no conhecimento técnico científico de cada área; e às estratégias pedagógicas com enfoque no ensino participativo que propicie reflexões das práticas (Ogata *et al.*, 2021).

Para Ferreira *et al.* (2019), as propostas pedagógicas na área da saúde têm sido

centradas, especialmente, em conteúdos e práticas científicas compartimentadas e isoladas, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas, em detrimento de um pensamento interdisciplinar como ferramenta indispensável para se efetivar uma abordagem de cuidado integrada. Portanto, há uma necessidade da implementação de EPS com uma perspectiva que estimule a interprofissionalidade, como um recurso pedagógico para a produção de conhecimentos indispensáveis à atuação dos profissionais vinculados de forma conectada às instituições de saúde.

A partir da conjuntura social de âmbito nacional, além da velocidade na circulação de informações e com a evolução das tecnologias, possibilitaram transformações no campo da saúde o que têm exigido a integração dos serviços nos diversos níveis de atenção, assim como o empoderamento de todos os envolvidos no processo por meio de estratégias de qualificação da gestão e aprimoramento da formação profissional (Pinheiro; Azambuja; Bonamigo, 2018).

Portanto, a visão biologicista, centrada na figura do médico, precisa sair de cena e a EPS se colocar como força potencial para provocar a ampliação do olhar, requerendo o protagonismo dos seres em relação, num círculo de novas reflexões, novas mudanças voltadas para o modelo que combine com a resolução das necessidades de saúde dos usuários. Associado à EPS como dispositivo cotidiano que produz protagonismo dos seres em relação, e se constrói a partir de uma corresponsabilidade como caminho a ser trilhado pela equipe, além de constante revisão das práticas, seja pelo confronto com a experiência coletiva local, seja com a literatura, sem perder a dimensão de escuta ativa dos usuários (Campos *et al.*, 2019).

Ao ter, como objetivo, a superação dos currículos rígidos de formação em saúde, que dificultam as reflexões acerca do modelo essencialmente biomédico e ainda hegemônico, nos serviços e nas Instituições de Educação em Saúde (IES), estudiosos alertam sobre a necessidade de iniciativas potentes nos privilegiados espaços curriculares de ensino, para que sejam implementadas efetivas transformações no mundo do trabalho (Leite; Pinto; Fagundes, 2020).

No que concerne à questão da educação e do trabalho interprofissional em saúde, como uma estratégia de contraposição à fragmentação do trabalho em saúde e, conseqüentemente, do cuidado, a formação dos profissionais de saúde ainda permanece essencialmente voltada para a hegemonia dos saberes como fonte de poder sobre o outro e a separação dos fazeres, dificultando o trabalho compartilhado. Desta forma, percebe-se a necessidade de que os conceitos e práticas relacionados ao planejamento, e promoção de saúde e a prevenção de doenças, por exemplo, ultrapassem espaços acadêmicos e alcancem as realidades da população, por meio de uma estrutura que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática (Macêdo; Lima;

Arce, 2022).

Para Puppim e Sabóia (2017), a prevalência da metodologia tecnicista, presente na formação superior em saúde no Brasil, necessita de inovação que supere o modelo “desintegrado” e “fragmentado” com o qual o cuidado é tratado. A atualidade aponta para a necessidade de se fomentar e favorecer um ambiente de aprofundamento, reflexão e discussão sobre o tema interprofissionalidade, objetivando-se o aprimoramento das habilidades nas práticas profissionais em saúde e tendo, na sua configuração, as ações permeadas por este arcabouço teórico.

Assim, para consolidar-se, o movimento de mudança da formação em saúde tem o desafio de romper com estruturas curriculares uniprofissionais rígidas nas instituições de ensino superior, as quais estimulam posturas individualistas e a tendência à prática isolada das profissões da saúde. Diante da compreensão de que um cuidado de qualidade e economicamente viável, passa pela formação de profissionais da saúde preparados para liderar e colaborar em equipes interprofissionais, a EIP apresenta-se como uma estratégia que se destaca no processo educativo em saúde por seu potencial de promover a colaboração nas e entre equipes, potencializando, assim, a qualidade dos serviços. Ela emerge do reconhecimento das dificuldades de comunicação e colaboração entre as diversas profissões, cujas formações foram caracterizadas pelas abordagens uniprofissionais que permeiam os currículos da saúde (Toassi *et al.*, 2020).

Então, movimentos mais conhecidos, relacionados à reorientação da formação dos profissionais de saúde brasileiros incorporaram a interdisciplinaridade como um dos princípios formativos, marcadas pelas iniciativas de reforma curricular, na perspectiva do currículo integrado e/ ou encorajados pelas DCN para os cursos de graduação em saúde, especialmente nos currículos baseados em competências, nos quais o trabalho em equipe ganha maior importância (Ogata *et al.*, 2021).

Assim, a interprofissionalidade surge em cenários multiprofissionais, bem como a partir de interseções interdisciplinares, a qual se valoriza a pluralidade de saberes. Experiências de práticas colaborativas exitosas podem contribuir para um aprendizado teórico-prático nos serviços de saúde, figurando como uma estratégia de EPS, capaz de minimizar as lacunas geradas por um modelo de educação majoritariamente uniprofissional (Diniz; Melo; Vilar, 2021).

O processo de EPS sob o prisma da interprofissionalidade possibilita a construção de respostas às demandas no campo da gestão e da saúde pública. Isso porque esta forma de

atuação apresenta-se como uma alternativa à mitigação da complexidade que significa gerenciar um sistema de saúde (Figueiredo *et al.*, 2022).

Nesta ótica, o ensino da saúde desponta por meio da interdisciplinaridade, através de tecnologias e metodologias para a construção do conhecimento de forma compartilhada com os seres e familiares que lidam com adoecimentos, processos de restabelecimento, e o cuidado de forma geral; além de novas formas de produção intersubjetiva entre estudantes e professores nos processos cotidianos de formação em saúde, com presença de facilitadores e profissionais na educação em serviço, na realização de EC e EPS, como no apoio e supervisão aos trabalhadores nas relações interserviços e intersetoriais de produção da saúde. A interface entre os campos da Saúde Coletiva e da Educação pode fazer vibrar as interlocuções necessárias, tanto ao desenvolvimento tecnológico educacional do setor sanitário, da educação popular em saúde e do ensino em saúde, como para os processos de atenção à saúde por meio da integralidade e humanização das práticas (Ceccim; Ferla, 2020).

Cabe salientar que o mundo do trabalho, no qual a vida acontece, deve ser encarado como espaço vivo de formação, em que conhecimentos, habilidades e atitudes são ensinados e vivenciados/aprendidos em ato, na vida cotidiana. Nesse contexto, a EPS constitui a inter-relação entre serviço, docência e saúde, com vistas ao desenvolvimento profissional e à qualidade da assistência prestada. Tem como base os pressupostos da aprendizagem significativa e da problematização da realidade, que devem ser orientadores das estratégias de mudança das práticas no campo da saúde, no reconhecimento de que o trabalhador traz consigo conhecimento e experiências prévias e que o trabalho é fonte de conhecimento e local de aprendizagem (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

Portanto, a combinação entre os tipos de tecnologias é capaz de produzir um trabalho vivo, no qual os sentidos são questionados e há valorização das relações, encontros e negociações, estimulando a criatividade e a reinvenção do fazer em saúde; ou pode reproduzir o trabalho morto, aquele no qual apenas os saberes prévios associados a tecnologias duras são privilegiados (Merhy, 2014).

Nesse sentido, a EPS encoraja o uso de metodologias diferenciadas que despertem a reflexão crítica sobre as práticas de cuidado, adequando-as às reais necessidades dos usuários e atendendo aos princípios e diretrizes do SUS. Esse processo de análise rotineira das situações vivenciadas, que objetiva transformar as lacunas identificadas no trabalho em aprendizagem, é capaz de estimular a autonomia dos sujeitos e aproximá-los da realidade, oportunizando um processo educativo permanente (Almeida; Teston; Medeiros, 2019).

Tais metodologias estimulam aos participantes a exercitarem uma nova perspectiva do ensino e do serviço, podendo acarretar a qualificação de ambos no desenvolvimento de práticas que são transformadoras no processo educativo (Faraco *et al.*, 2020). Nota-se, ainda, aceitabilidade e satisfação destes no uso de metodologias ativas e tecnologias educacionais mais avançadas, trazendo resultados positivos na aprendizagem (Balbino; Silva; Queiroz, 2020).

Spinoza fala em suas produções, sobre a potência dos encontros, alegres e tristes, que intensificam ou reduzem a potência do viver. São por meio desses encontros, nos quais os regimes de verdade discursivos e não discursivos se apresentam e, que o que se vê e o que não se vê; o que se diz e que não se diz; e o que se faz com tudo isso se revelam, produzindo afecções, deslocamentos e aprendizagem. A EP constitutiva de aprendizado no trabalho e nos modos de existir no mundo nos convida a olhar diferente, para além do que está estabelecido, mesmo na repetição dos atos em saúde. É a partir da observação, dos desejos e das afecções dos encontros que a EP acontece (Carvalho *et al.*, 2019).

Então, espera-se do ensino nos moldes interprofissionais os subsídios necessários para fortalecer o trabalho em equipe, tendo em vista a transformação das práticas de saúde no sentido da integração e colaboração interprofissional, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população. Preconiza-se a articulação multiprofissional de representantes das universidades, comunidades/usuários, trabalhadores de serviços de saúde e gestores de serviços de saúde, no que um estudo de Ceccim e Feuerwerker (2004) propõe como o quadrilátero da formação no Brasil. A EPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos (Pezuzzi *et al.*, 2013).

Para construção de um processo de mudança ou incorporação de novas práticas, é preciso que se identifiquem incômodos, insatisfações ou insuficiências vividas e percebidas como disparadores de mudanças. A EPS se propõe a trabalhar com o quadrilátero envolvendo formadores, gestores, trabalhadores e controle social, e esta pressupõe a interdependência entre formação profissional e atenção à saúde, com estímulo ao aprendizado interativo e compartilhado entre estudantes e trabalhadores de diferentes áreas para fomentar práticas colaborativas. A implementação de ambas é desafiadora, pois envolve rupturas nas clássicas formas de organização e funcionamento das instituições formadoras de profissionais de saúde, dos serviços de saúde e das entidades de classe representantes das categorias profissionais. É importante reafirmar que a EPS e a EIP são apostas para mudanças das práticas de saúde e de educação que têm raízes profundas e que, nesse sentido, são apostas políticas, cuja

implementação requer a mobilização social de todos os atores envolvidos e a superação da disputa em inter jogos de saberes e poderes, colocando como centro desses debates a construção de um sistema de saúde efetivamente integral e resolutivo (Felisbino *et al.*, 2022; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Mesmo se constatando a fragmentação gerada pela multiplicidade de diferentes especialidades, é indispensável que não se renuncie ao esforço de reencontrar a unidade do domínio humano, a partir das aproximações e convergências dos saberes científicos. Os saberes e práticas interprofissionais, na educação e nas ciências em geral, não questionam ou se contrapõem aos conhecimentos disciplinares. Sua principal proposta aponta para uma revisão do pensamento, para a intensificação das trocas e para a integração dos diversos campos dos conhecimentos, em especial, nas esferas conceituais e metodológicas (Ferraz, 2022; Puppim; Sabóia, 2017).

A PNEPS constitui-se numa política pública estratégica para fomentar mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no SUS, tendo como pressupostos a problematização da realidade do cotidiano de trabalho para a reflexão e construção coletiva de solução dos problemas permitindo o delineamento de novos conceitos e paradigmas, bem como a oportunidade de disparar mudanças efetivas nos processos de trabalho. Desse modo, desde 2004, a EPS constitui o conceito norteador de uma política transversal de educação e formação dos trabalhadores do SUS (Iglesias *et al.*, 2021).

Portanto, representa um desafio ambicioso e necessário a se instaurar no cenário de atuação do SUS, pois significa uma agressão da fragmentação do cuidado e do conhecimento, uma vez que incorpora o investimento na eficácia clínica e a crítica à integração de tecnologias materiais, buscando desenvolver as relações horizontais entre usuários e profissionais. Conceitualmente, a EPS representa uma transformação na concepção de educação e nas práticas profissionais, incorporando o ensino e a aprendizagem ao cotidiano de atuação, direcionando as estratégias educativas à prática, valorizando o trabalho como fonte de conhecimento, em um contexto em que os indivíduos são construtores de um saber compartilhado, dada a ampliação dos espaços educativos, que extrapolam os limites da sala de aula (Calheiros *et al.*, 2022).

A adoção da EPS e da EIP como referências conceituais para as políticas de reorientação da educação para o SUS deve-se à necessidade de construção de práticas inovadoras de cuidado e de gestão voltadas aos princípios do SUS. Sob este prisma, verifica-se a necessidade de impulsionar o ensino profissional de modo que o perfil do trabalhador seja voltado para a integralidade do cuidado e permanente reestruturação de seus conhecimentos a partir da

problematização e demandas internas sob a lógica da EPS. Nesse sentido, a EPS pressupõe que a educação e formação dos trabalhadores de saúde ocorra numa relação recíproca e dialética com as práticas de atenção à saúde, com potência de transformação dos processos de trabalho, a partir da reflexão do cotidiano vivenciado na gestão, na atenção, no controle social, na problematização dessas vivências e na construção coletiva de novas formas de fazer gestão e cuidado (Micas; Batista, 2014).

Por fim, acredita-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltados para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde (Ferreira *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Para Minayo (2017), é essencial dispor de cautela para a escolha da metodologia a ser utilizada, pois esta representa o elo entre o referencial teórico de embasamento e os objetivos do estudo, o que acontece por meio da descrição de técnicas e procedimentos utilizados.

Deste modo, a pesquisa qualitativa busca um entendimento mais profundo dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, procurando compreender a lógica de instituições e atores, num universo de valores e representações sobre processos históricos e sociais de políticas públicas, como também as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais (Minayo, 2017).

Portanto, segundo descrição acima, este, trata-se de um estudo com abordagem qualitativa por permitir a apreensão da realidade social em que as pessoas estão inseridas, bem como a interpretação de aspectos subjetivos e de comportamento entre os trabalhadores de saúde em análise.

Tendo como base o objeto de estudo, a interprofissionalidade, o trabalho das equipes multiprofissionais, equipes de saúde da família e práticas de trabalhos colaborativas em um município da região de saúde de Feira de Santana, a pesquisa foi realizada através de uma abordagem qualitativa, como já citada. Esta trabalha com um mundo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, atribuídos pelos sujeitos e o espaço (Minayo, 2014; Pope; Mays, 2011). Em relação aos objetivos, essa pesquisa é exploratória, pois há intenção de proporcionar maior familiaridade com o tema, com um planejamento, interessado em considerar os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado (Gil, 2017).

Trata-se também de um estudo de campo, por estudar uma comunidade em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação entre seus componentes. Para Gil (2017), o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. Tipicamente, o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. E, neste tipo de estudo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada a importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação estudada.

A investigação também se fundamentou no materialismo histórico-estrutural-dialético,

com finalidade de compreender a realidade concreta do serviço de saúde no que concerne a interprofissionalidade e sua relação com o processo de trabalho, para reiterar a concepção de contradição como condição para o rompimento do modo de pensar na tentativa de buscar as causas e entender o contexto do trabalho em saúde e seus diferentes significados.

Para Frigotto (2000), no processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa fundamentalmente não é a crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico social.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A Bahia está localizada na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto estado em extensão territorial, com 564.760.427 km², ocupando 6,6% da área geográfica do país, segundo IBGE, em 2019. Sua população é a quarta maior do país, com uma estimativa de 14.930.634 habitantes, representando 7,1% do total do país. De acordo com a divisão político-administrativa, abrange 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador, situada na macrorregião Leste e que representa 19,3% do total de habitantes do estado.

O Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa (Brasil, 2011). Para efeito deste Decreto, considera-se Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O Plano Diretor Regional (PDR) do ano de 2007, aprovado em resolução da Comissão Intergestora Bipartite n° 132 de 20 de setembro de 2007, conforma o território de saúde do estado da Bahia em nove macrorregiões demonstrados na **Figura 1**. A Resolução CIB/BA n° 057/2008 define alterações no PDR, estabelecendo nove macrorregiões e 28 regiões de saúde: Norte (3 regiões), Sul (4 regiões), Leste (4 regiões), Oeste (3 regiões), Sudoeste (4 regiões), Nordeste (2 regiões), Extremo Sul (2 regiões), Centro-Norte (2 regiões) e Centro-Leste (4 regiões) (Bahia, 2009; Bahia, 2012).



Figura 1 - Núcleos Regionais de Saúde

Fonte: Bahia (2022).

Cada um dos nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) tem uma estrutura física (escritório) com servidores estaduais, localizado em um município da sua área de abrangência e assume o nome da Macrorregião. Também, em municípios de algumas Regiões de Saúde da área de abrangência, existem escritórios operacionais com servidores ligados à coordenação do NRS (Bahia, 2012).

As quatro regiões de saúde que compõem a macrorregião Centro Leste são: Feira de Santana, Serrinha, Itaberaba e Seabra. A região de saúde de Feira de Santana abrange 28 municípios (**Figura 2**), com uma população de 1.156.305 habitantes, o que representa 51.08% de percentual populacional de toda a macrorregião, em uma extensão territorial de 16.589,426. Nesta região, está localizada a sede do Núcleo Regional de Saúde Centro Leste, no município de Feira de Santana (Bahia, 2022).



Figura 2 - Municípios da Região de Saúde de Feira de Santana

Fonte: Bahia (2022).

Por sua posição privilegiada e com distância relativamente pequena de Salvador, cerca de 100km, Feira de Santana possui um importante e diversificado setor de comércio e serviços, além de indústrias de transformação e as Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal do Recôncavo Baiano e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (Silva; Silva; Leão, 1985).

Na cidade de Feira de Santana encontra-se um dos principais entroncamentos de rodovias do Nordeste brasileiro, é onde ocorre o encontro das BRs 101, 116 e 324, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul e do Centro Oeste e se dirige para Salvador e outras importantes cidades nordestinas (Propino, 1968).

No território de abrangência da região de Saúde de Feira de Santana (**Figura 3**) estão os municípios de: Amélia Rodrigues, Anguera, Antonio Cardoso, Candeal, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Feira de Santana, Ichú, Ipecaetá, Ipirá, Irará, Pintadas, Rafael Jambeiro, Riachão do Jacuípe, Santa Bárbara, Santanópolis, Santo Estevão, São Gonçalo dos Campos, Serra Preta, Tanquinho, Teodoro Sampaio e Terra Nova. Atualmente, após reforma administrativa do Estado, a extinta 17ª Diretoria Regional de Saúde foi incorporada à Região de Feira de Santana e tem em seu território de abrangência os municípios de Mundo Novo, Baixa Grande, Capela do Alto Alegre, Gavião, Nova Fátima e Pé de Serra.

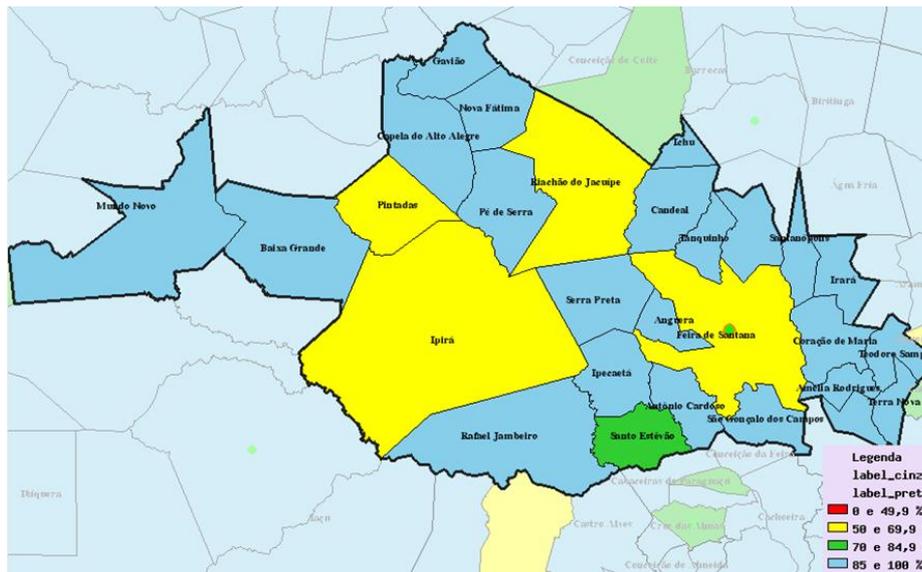


Figura 3 - Municípios da região de saúde de Feira de Santana de acordo com cobertura da Atenção Primária à Saúde

Fonte: Geolivres (2022).

Considerando que algumas das principais características de vida da população, porque não dizer aspectos sociais, culturais e econômicos são decorrentes e influenciados pelo clima e vegetação, o clima da Região Centro Leste é bastante diverso: a região do Sisal e do Paraguaçu, tem clima árido, enquanto a região do Portal do Sertão é mais amena e a seca é um fenômeno comum em todas as regiões. O Piemonte dispõe do Rio Paraguaçu que nasce na Chapada Diamantina (Mucugê) e percorre inclusive o território do Portal do Sertão, com foz que desemboca na Baía de Todos os Santos, no município de Cachoeira (Silva; Silva; Leão, 1985).

As relações intra e inter-regionais e o dinamismo econômico, inicialmente eram voltados para os limites microrregionais, atualmente têm reconhecida a sua importância em nível nacional, devido ao relevante mercado de produtos agrícolas e pecuários, à existência de um setor terciário bastante diversificado e à consolidação do setor industrial (Silva; Silva; Leão, 1985). Entre 1890 e 1900, em diversos pontos do país, erguem-se indústrias, voltadas para o mercado regional, provocando rápido incremento da população urbana, tendo-se como consequência a formação de um mercado nacional e, na visão de Lopes (1976), o desenvolvimento industrial que ocorre, subsequentemente, concentra-se no Centro-Sul.

Na **Figura 3**, a qual demonstra a região de saúde de Feira de Santana, o mapa está dividido por cores conforme cobertura da APS. Em amarelo constam os municípios com cobertura entre 50 e 69,9% quais são: Ipirá, Feira de Santana, Pintadas e Riachão do Jacuípe; em verde, o município de Santo Estevão, com cobertura entre 70 e 84,9%; e em azul os demais

municípios com cobertura entre 85 e 100%, representados pela maioria desta referida região, conforme dados obtidos no portal de informações em saúde do Estado da Bahia (Bahia, 2022).

O presente estudo foi realizado no município de Anguera, situado no Estado da Bahia, concernente à supracitada região de saúde, tendo como principal motivo para seleção deste, apresentar equipe multiprofissional atuante na APS, mesmo após corte dos incentivos financeiros federais do NASF, e por mostrar-se disponível a participar do estudo, a partir de uma investigação prévia realizada na microrregião de saúde. Pertencente à área de expansão metropolitana de Feira de Santana, apresenta cobertura populacional da Atenção Básica de 100 %, é caracterizado como rural adjacente e sua população estimada em julho de 2021 é de 11.369 habitantes, sendo que pelo último censo IBGE de 2010, sua população é de 10.242 habitantes (DAB, 2023; IBGE, 2010).

A APS de Anguera está conformada com seis equipes de saúde da família, sendo 02 na zona rural e as demais na zona urbana. Os profissionais que compõem as equipes de saúde da APS (**Quadro 1**) totalizam 68 e estão dispostos a seguir:

Equipe Saúde da Família	Médico	Enfermeiro	Téc. Enfermagem	Odontólogo	Téc. Aux. Saúde Bucal	Agente Comunit. de Saúde	Equipe Multiprofissional		Total
USF Areia	01	01	02	01	01	06	02	1 Fisioterapeuta 1 Ed Físico	14
USF Manuel Galdino Filho	01	01	02	01	01	03	04	1 Fisioterapeuta 1 Nutricionista 1 Psicólogo 1 Ass. Social	13
USF Olga Carneiro de Oliveira	01	01	01	01	01	04	01	1 Fisioterapeuta	10
USF Prefeito Deusdedith Brandao	01	01	01	01	01	05	01	1 Fisioterapeuta	11
PSF Guaribas	01	01	02	01	01	07	02	1 Fisioterapeuta 1 Ed. Físico	15
UBS Noelia Freitas Vieira	01	01	01	-	-	02	-		05
Total	06	06	09	05	05	27	10		68

Quadro 1 – Equipes da Atenção Primária à Saúde

Fonte: Elaboração do autor/CNES.

Ao que se refere às condições socioambientais e geográficas, o principal bioma de Anguera é a mata atlântica e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de

0,589. A remuneração média do trabalhador anguerense é de 1,1 salários-mínimos por pessoa e o índice de ocupação pessoal é de 8,3%. Seu produto interno bruto é de R\$5.740,58 por pessoa (IBGE, 2010; Anguera, 2020).

A cidade tem área de 187,840 km², assim a densidade demográfica é de 57,85 habitantes por km². Possui 25.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 59.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 7.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. Apresenta limite geográfico com os municípios de Feira de Santana ao leste e ao sul, a oeste e norte com a cidade de Serra Preta. Com distância aproximada de 121 km da capital baiana, o município se estende a 177 Km² e tem altitude de 235m (IBGE, 2010).

A taxa de escolarização de Anguera, considerando a faixa etária de 6 a 14 anos, é de 98,2%. Na avaliação da qualidade da educação do ensino fundamental, considerando o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), obteve nota 5 para os anos iniciais e nota 3,3 para os anos finais (Anguera, 2020).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais das equipes de Saúde da Família: enfermeiros, odontólogos, técnicos/auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde; e os profissionais da equipe multiprofissional: fisioterapeutas, psicólogo, assistente social e nutricionistas, conformados no **quadro 2** a seguir.

Nº ENTREV.	DATA	IDADE	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO SERVIÇO	GÊNERO	RAÇA/COR
1	12/09/2023	35	Superior/ Pós	2011 (13 anos)	13 anos	Feminino	Parda
2	12/09/2023	30	Superior	2017 (6 anos)	4 anos	Feminino	Parda
3	12/09/2023	33	Superior	2015 (8 anos)	7 anos	Feminino	Branca
4	12/09/2023	34	Superior/ Pós	2016 (7 anos)	4 anos	Feminino	Branca
5	12/09/2023	35	Superior/ Pós	2015 (7 anos)	6 anos	Feminino	Parda
6	12/09/2023	44	Superior/ Pós	2013 (10 anos)	6 anos	Feminino	Parda
7	12/09/2023	45	Nível Técnico	2005 (18 anos)	18 anos	Masculino	Parda

8	12/09/2023	42	Nível Técnico	2013 (10 anos)	10 anos	Masculino	Preto
9	26/09/2023	48	Superior/ Pós	2009 (13 anos)	13 anos	Feminino	Branca
10	26/09/2023	49	Nível Técnico	1996 (27 anos)	27 anos	Feminino	Parda
11	26/09/2023	33	Superior/ Pós	2022 (1 ano)	1 ano	Feminino	Preta
12	26/09/2023	61	Nível Técnico	1998 (25 anos)	25 anos	Feminino	Parda
13	26/09/2023	33	Superior	2021 (2 anos)	1 ano	Feminino	Negra
14	09/10/2023	33	Nível Técnico	2013 (10 anos)	8 anos	Feminino	Preta
15	09/10/2023	28	Superior	2019 (4 anos)	3 anos	Feminino	Parda
16	09/10/2023	37	Nível Técnico	2004 (19 anos)	19 anos	Feminino	Preta
17	09/10/2023	46	Nível Técnico	2002 (21 anos)	15 anos	Feminino	Parda
18	06/11/2023	30	Superior	2019 (3 anos)	2 anos	Feminino	Parda

Quadro 2 – Profissionais participantes do estudo

Fonte: Elaboração do autor.

Para Chaves e Camelo (2017), a seleção diversificada dos sujeitos participantes da pesquisa pode contribuir significativamente com o estudo, por traduzirem importantes pontos de vista e diferentes conhecimentos de aspectos expressivos do objeto e dos objetivos da pesquisa.

Como critério de inclusão, foi definido ser profissionais das eSF, bem como da equipe multiprofissional, do município de Anguera, no Estado da Bahia que possuíssem experiência mínima de seis meses no município. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que possuíam menos de seis meses em atuação municipal e os que se afastaram do trabalho por período superior a noventa dias na vigência da pesquisa.

Os sujeitos que integraram a pesquisa, foram selecionados inicialmente pela derivação de inclusão e exclusão, e posteriormente, por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes). Inicialmente buscou-se garantir a participação de no mínimo um profissional de cada categoria que estivessem disponíveis e dispostos a contribuir com a pesquisa, nos dias das entrevistas. Porém, houve impossibilidade de participação do profissional médico, pois em duas unidades não foram encontrados; em uma unidade a

profissional possuía apenas dois meses da sua formação, bem como de trabalho; e em outra unidade o profissional médico não se dispôs a participar naquele período, por referir estar em atendimento. A amostra foi interrompida pelo critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começaram a ter uma regularidade de apresentação, definiu-se a totalidade (Minayo, 2012).

Para Nascimento e outros (2018), a saturação teórica ocorre quando novos elementos deixam de surgir dos dados coletados. Neste momento, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos dos pesquisadores, infere-se ter chegado ao adensamento teórico. Portanto, a composição do grupo em estudo foi escolhida a partir da saturação das respostas em vista às questões colocadas aos entrevistados, que contribuiu para a efetivação dos objetivos da pesquisa, considerando cada um dos tópicos abordados. E nesse sentido, pode-se dizer que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (Minayo *et al.*, 2017).

3.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS E PROCEDIMENTOS

Para a produção de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, presencialmente, com tópicos que alimentaram informações que contribuiriam para a resposta do problema da pesquisa. Inicialmente, uma sessão contendo itens sociodemográfico a respeito da identificação do trabalhador (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão etc.) e laborais (tempo de trabalho no serviço, tempo de experiência, etc). O roteiro de entrevista semiestruturada, foi composto por três dimensões, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, que foi gravada em aparelho celular *Iphone 14 PRO*, contendo aplicativo de gravador digital e transcritas na íntegra no *Microsoft Word 2013*.

As entrevistas mostram-se instrumentos valiosos para a investigação qualitativa, permitindo que o pesquisador obtenha material minucioso e profundo sobre uma questão de estudo, em particular sobre aspectos que não são capturáveis pela observação direta do fenômeno. Trabalhando com material linguístico, o pesquisador é capaz de organizar uma rede articulada de significados sobre o fenômeno examinado, colocando o foco na perspectiva individual de cada participante e na análise das recorrências que emergiram dessas perspectivas individuais. Entrevistas semiestruturadas são mais comumente utilizadas nas pesquisas

científicas por conciliarem um certo grau de comparabilidade entre o depoimento dos participantes e um espaço para a espontaneidade na emergência de significados não previstos. Servem-se de um roteiro prévio, mas obedecem a um fluxo espontâneo de conversa (Leitão, 2021).

Então, a presente pesquisa foi desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas, que compreendeu o período entre setembro de 2023 a novembro de 2023, em quatro dias distintos (12/09/23; 26/09/23; 09/10/23 e 06/11/23), para captar as explicações e interpretações do grupo em estudo. As falas ocorreram na secretaria municipal de saúde e nas unidades de saúde da sede e da zona rural, com as coletas subtraídas pela pesquisadora discente e pesquisador orientador, nas datas pactuadas com a gestão da APS municipal.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A dialética valoriza o homem como ser histórico e parte do princípio social em que está inserido. Adotar essa postura significa que se entende que uma realidade a ser estudada deve ser situada dentro de um contexto histórico, econômico e social e, por isso, é permeada por contradições, conflitos e transformações. Esse olhar para o contexto histórico-social, pressuposto do materialismo histórico, está nas bases da fundamentação teórico-metodológica dos profissionais de saúde (Gonçalves; Malfitano, 2022).

A dialética, não apenas como método, mas também como compreensão e experiência de mundo, orienta-se em sua sistematicidade confrontando uma ideia de razão e de racionalidade, de certa maneira ainda presa ao “mito” da exclusão da contradição como prerrogativa para boa parte do nosso conhecimento. Define, por exemplo, que a identidade de algo não pode ser bem compreendida sem a consideração de um elemento não-idêntico que lhe é constitutivo, ou ainda, que é necessária uma abordagem universal concomitante ao momento particular. Uma verdade dialética passaria pelo reconhecimento de que existe algo que falha, que não se submete. O conceito não atinge a completude de um objeto. Isso, ao contrário do que muitas vezes se imagina, não inviabiliza o conhecimento ou seu desenvolvimento (Borges, 2023).

A organização do material e o tratamento dos dados empíricos seguiu a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014), por meio da qual realizou-se a ordenação dos dados, que consiste no primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolveu a

transcrição dos arquivos, correspondentes às entrevistas. Em seguida, foi feita a leitura geral do material transcrito e a primeira organização dos diferentes dados coletados nas entrevistas. Nesse processo da análise e produção de dados efetuou-se a leitura flutuante e fichamentos (ficha documental e ficha de extração de dados), que permitiu uma visão abrangente do conteúdo. A leitura integral do material possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos, enquanto a leitura exaustiva se deu pela releitura dos textos, quando foi desenvolvida a codificação temática dos achados fichados (Minayo, 2017).

No segundo momento, seguiu-se a classificação do material reunido. Nesta etapa em que as transcrições foram lidas exaustivamente, os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados, agrupados e classificados em categorias empíricas. Além disso, houve a constituição de corpus de comunicação, visto que o conjunto das informações não são homogêneos, ou seja, surgem de diferentes grupos de representação de sujeitos, e identificadas as convergências e as divergências. Para análise final dos dados, o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, foram contextualizadas com o referencial teórico, a fim de responder às perguntas de investigação e de articular a perspectiva de gestores e profissionais de saúde em questão (Minayo, 2012).

Portanto, conclui-se que a primeira fase esteve relacionada à organização do material a partir da aplicação da entrevista, para se ter uma primeira impressão da relação entre a ESF e a equipe multiprofissional. Já a segunda fase, destinou-se à sistematização criteriosa dos dados por meio da agregação, enumeração das representações de conteúdo e a codificação em unidades temáticas (contexto, temas, registro), o que permite descrever mais precisamente as características relevantes do conteúdo. E a fase final, corresponde ao tratamento dos resultados e interpretação destes (Minayo *et al.*, 2017).

Em suma, para análise final da informação, procede a articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a conexão entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (Souza *et al.*, 2023). Em complementaridade, utilizou-se a dialética material e histórica para análise da síntese do conteúdo obtido, observando as convergências, divergências, as diferenças e as complementaridades, seja pelas transcrições através dos núcleos de sentido ou pelo material estudado.

Nesta linha, buscou-se identificar e analisar sobre as contradições e dialéticas das narrativas dentro de cada um dos eixos elencados para a investigação, diante do contexto histórico-social do território onde aconteceu a pesquisa, na busca por respostas às demandas

concretas contemporâneas que se apresentam na sociedade, bem como para a sua consolidação como campo produtor de conhecimento para diálogos profissionais e interprofissionais.

Como resultados das análises, a partir da interpretação dos dados, foram construídos categorias e núcleos de sentidos, que originaram dois artigos científicos, cujos títulos são: “Equipe multi, interprofissionalidade e resolutividade na APS: imanências e caminhos para a integralidade do cuidado” e “Entraves e barreiras para o exercício da interprofissionalidade na atenção primária à saúde”, respectivamente.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo apresentou riscos mínimos aos sujeitos e foi garantida a proteção da privacidade e confidencialidade das informações. Além disso, foram atendidas as recomendações da Resolução CNS 466/2012 (Brasil, 2012), que trata dos aspectos éticos dos estudos no campo da saúde, apresentam as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência, e de justiça.

Ainda, seguiu as normas estabelecidas na Resolução 510/2016 (Brasil, 2016), que envolvem as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos utilizam dados diretamente obtidos com participantes ou informações.

Foi apresentado à coordenação na APS do município de Anguera, o projeto de pesquisa e o Termo de Autorização da pesquisa, solicitou-se a aprovação para a realização do estudo e logo após feita a submissão e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP), inscrito sob nº do CAAE 72938923.7.0000.0057 e com parecer consubstanciado favorável nº 6.245.006. Em seguida à aprovação do CEP, a pesquisadora realizou o convite aos profissionais da equipe de saúde durante as visitas presenciais ao município. A pesquisa ocorreu em salas com acesso controlado nas próprias Unidades de Saúde da Família (USF) e na secretaria de saúde, o que favoreceu o acolhimento e a privacidade dos participantes.

A autorização para participação na pesquisa foi obtida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante a apresentação deste aos profissionais. Após assegurar que o profissional é livre para não participar da pesquisa ou recusar responder qualquer pergunta que o constranja, foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada por meio de aplicativo de gravação de voz e guiada por formulário, mediante autorização prévia do

participante.

A pesquisadora e participantes disponibilizaram parte do tempo disponível para se dedicar à pesquisa, e mediante a entrevista, estiveram sujeitos a possíveis riscos como: cansaço, desconforto ao responder às perguntas, aborrecimento, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio, além de timidez, medo ou estresse de não saber responder, por parte dos participantes. Para Aarons (2017), uma pesquisa “sem riscos” não é possível, já que o tempo disponibilizado pelo sujeito ao responder ao questionário/entrevista, por si só já se constitui como risco mínimo a toda e qualquer pesquisa.

No intuito de minimizar os riscos e desconfortos decorrentes da pesquisa, foi assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade das informações coletadas, bem como informado a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; foi garantido um ambiente que proporcionasse privacidade durante a coleta de dados, com uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, com obtenção de informações apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa; os pesquisadores (discente e orientador), estiveram atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto e também foi orientado aos participantes, caso necessite, sobre a assistência de outros profissionais que se façam necessários, por danos que possam ser causados pela investigação.

Os benefícios da pesquisa podem se acumular para o indivíduo (benefícios concretos para os participantes da pesquisa) ou acarretar um benefício à sociedade (quando a pesquisa é vista como um bem social, para benefício das gerações atuais e futuras) (Aarons, 2017). Dentre os potenciais benefícios desta pesquisa estão a obtenção de maior conhecimento acerca do tema abordado, melhor conhecimento da realidade local para compreensão e desenvolvimento de ações no território, desenvolvimento de estratégias para otimizar o cuidado integral dos usuários do SUS, maior despertar para propagação de Educação Permanente em Saúde com vistas à interprofissionalidade, além de melhor entendimento da pergunta de investigação.

3.7 CONSTRUÇÃO DOS PRODUTOS TÉCNICOS

Além da produção dos dois artigos como produto das análises, foi também elaborada e desenvolvida uma qualificação para estudantes e profissionais da saúde com o tema “INTERPROFISSIONALIDADE E TRABALHO COLABORATIVO EM SAÚDE: Um caminho para o cuidado Integral”, por compreender tal necessidade mediante o

desconhecimento por parte de alguns profissionais entrevistados acerca do tema em análise, como também para favorecer a produção do cuidado pautada na integralidade da atenção à saúde. Para isso, a educação na formação desses futuros trabalhadores foi pensada por esta pesquisa como modo de semear conhecimento e de promover qualificação aos profissionais, a fim de desencadear processos de trabalho condizentes com práticas colaborativas e interprofissionais no ato do cuidar, inseridas no fazer, de forma constante e prioritária.

Como mais uma alternativa para a produção do conhecimento e do legado desta pesquisa, foi produzido um material didático e instrucional no formato de guia prático sobre Interprofissionalidade e Trabalho Colaborativo na saúde, qual foi disponibilizado de forma física e também digitalmente (QR CODE), que poderá ser utilizado de modo permanente por estudantes e trabalhadores da saúde, tanto no seu exercício prático, como nos processos educativos dos serviços e da formação na saúde.

Para além, as produções técnicas e científicas desta investigação, podem reverter-se em benefícios para a sociedade a partir do conhecimento e da qualificação dos trabalhadores no seu exercício profissional, para favorecer um cuidado integral e longitudinal aos usuários nos equipamentos e nível de atenção à saúde em que estão inseridos. Por meio destes, a correlação entre ensino-serviço-comunidade na saúde fornece aos estudantes e profissionais a elevação de seu conhecimento e intervenção direta nas práxis dos serviços para proporcionar transformações no dia a dia do trabalho na saúde.

Conforme Kirsch e Slob (2018), educar para a saúde promove ir além de uma manifestação curativa, significa dar propensão a intervenções preventivas e promocionais de uma maior qualidade de vida à população.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1:

EQUIPE MULTI, INTERPROFISSIONALIDADE E RESOLUTIVIDADE NA APS: IMANÊNCIAS E CAMINHOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

MULTI TEAM, INTERPROFESSIONALITY AND RESOLUTION IN PHC: IMMANENCES AND PATHS TO COMPLETE CARE

RESUMO

Objetivo: compreender as práticas de cuidado e o trabalho em equipe sob a ótica da resolutividade do cuidado e da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas à Interprofissionalidade, em um município na Bahia. **Metodologia:** Trata-se de estudo qualitativo e exploratório com trabalhadores da APS atuantes no serviço de saúde municipal há, no mínimo, seis meses. A definição da amostra foi por saturação, totalizando 18 entrevistados para a produção dos dados. Utilizou-se entrevista semiestruturada na coleta das informações e a interpretação dos dados baseou-se na análise temática de conteúdo. **Resultados:** Para os partícipes, a integração dos núcleos de saberes são imprescindíveis para perfazer a promoção, prevenção e ou reabilitação na saúde. Foi elucidado referente à importância da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, em conjunto com equipe mínima, para alcance da resolutividade do cuidado. Concomitantemente, práticas colaborativas e interprofissionalidade soou como ferramentas que reduzem ações fragmentadas, com consequente efetivação do cuidado integral. Contudo, estas ainda se apresentam como campo de desafios, devido à hipossuficiência de qualificação a despeito do trabalho colaborativo e interprofissional na saúde. **Conclusão:** Portanto, espera-se que mais trabalhos orientem sobre a relevância da equipe multiprofissional inseridas na Atenção Primária à Saúde, com atuação compartilhada entre as equipes, na busca do cuidado integral, e com vistas à interprofissionalidade na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Integralidade em saúde; Educação Interprofissional.

ABSTRACT

Objective: to understand care practices and teamwork from the perspective of care resolution and comprehensiveness in Primary Health Care (PHC), with a view to Interprofessionality, in a municipality in Bahia. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory study with PHC workers working in the municipal health service for at least six months. The sample was defined by saturation, totaling 18 interviewees for data production. A semi-structured interview was used to collect information and data interpretation was based on thematic content analysis. **Results:** For the participants, the integration of knowledge centers is essential to complete

health promotion, prevention and/or rehabilitation. It was clarified regarding the importance of the multidisciplinary team in Primary Health Care, together with a minimum team, to achieve resolute care. At the same time, collaborative practices and interprofessionality appeared as tools that reduce fragmented actions, with the consequent implementation of comprehensive care. However, these still present themselves as a field of challenges, due to the lack of qualifications despite collaborative and interprofessional work in health. **Conclusion:** Therefore, it is expected that more work will provide guidance on the relevance of the multidisciplinary team inserted in Primary Health Care, with shared action between the teams, in the search for comprehensive care, and with a view to interprofessionality in health.

KEYWORDS: Primary Health Care; Integrality in health; Interprofessional Education.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel central na promoção da saúde e na prevenção de doenças, a qual desempenha na Rede de Atenção à Saúde (RAS) a função de porta de entrada para o SUS. Em sua gênese, é caracterizada por garantir o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado, com capacidade para ofertar uma gama de ações de saúde, que inclui promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na saúde. Importante destacar que na APS as práticas de saúde devem ser pautadas na abordagem que tem como centralidade o usuário, em que deve considerar não apenas as necessidades clínicas, mas também aspectos sociais, emocionais e culturais que influenciam a saúde e a qualidade de vida de todos os seres vivos e comunidades (Oliveira *et al.*, 2024).

É mister afirmar que a integralidade se configura como um dos pilares do SUS enquanto princípio doutrinário, e muito provavelmente um dos mais desafiadores a serem alcançados no que se refere às práticas de cuidado que possuem uma herança longitudinal de ações fragmentadas. O cuidado sob a égide da integralidade tem como escopo uma postura ética-estética que respeite ao atendimento das mais complexas necessidades de saúde da população, que estão intimamente imbricadas na dimensão biopsicossocial e dependente da organização dos serviços e da interação entre profissionais, usuários e comunidades para sua efetivação. Assim, o sentido de integralidade que mais se aproxima a esta pesquisa é pensar neste princípio com olhar ampliado sobre a compreensão do ser humano, na qualidade de seres sociais, biológicos, familiares e emocionais (Viana; Hostins, 2022).

Desta forma, diante das necessidades complexas e para que as ações e os serviços de saúde consigam ser resolutivos, é imprescindível que reconheçam a magnitude de uma atuação edificada na multiprofissionalidade e na interprofissionalidade. Contudo, a integralidade

enquanto dimensão estruturante do cuidado, precisa ir além da abordagem técnica comumente realizada pelas equipes de saúde da família que são multiprofissionais, deve, de forma concomitante, estimular a prática colaborativa em equipe com trabalhadores das mais diversas áreas de conhecimento. Para tanto, é fundamental que haja sincronia nas ações e o mais completo entendimento sobre esta condição, e, portanto, estabelecer uma relação entre o saber técnico empregado e a atuação dos diversos participantes, para uma dinâmica que favoreça a comunicação efetiva (Rodrigues; Sousa, 2023).

Destarte, essa colaboração multiprofissional favorece a adoção de abordagens com uma percepção holística e eficaz na APS, e conseqüentemente, promove um ambiente de trabalho mais integrado e harmonioso tanto na equipe mínima como na equipe multiprofissional. Desta forma, tal agir pode, além de facilitar o compartilhamento de saberes, também qualificar o modelo de atenção ofertado aos usuários (Oliveira *et al.*, 2023).

Contudo, a busca principal de um proceder a partir desta ótica leva ao alcance da resolutividade dos serviços de saúde, o qual consiste na capacidade de oferecer cuidados que atendam as demandas da população, desde casos simples até os mais complexos, nos mais diversos níveis de atenção. No entanto, é de fundamental importância o entendimento a respeito de ações que garantam a resolutividade do cuidado, para a reorganização da qualidade do serviço ofertado (Santiago, 2021).

Assim, superar os desafios na APS requer investimento em estratégias que promovam a colaboração, uma melhor aplicabilidade dos recursos e harmonização das práticas profissionais em prol de um cuidado mais abrangente e centrado no usuário. Deste modo, o olhar sobre a égide da integralidade, o qual envolve a oferta de serviços e garanta aos usuários práticas que abordem todas as dimensões de sua saúde, com redução das desigualdades sociais existentes, torna-se necessário (Oliveira *et al.*, 2024; Rodrigues; Sousa, 2023).

Neste nexos, este estudo revela que o cuidado interprofissional se mostra como metodologia laboral que envolve diferentes profissionais que compartilham objetivos de saúde comuns e requerem esforços físicos e mentais imanentes desde a avaliação, o planejamento e o cuidado do ser vivente, a ser realizado por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários do SUS (Fernandes; Farias, 2021).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo compreender as práticas de cuidado e o trabalho em equipe sob a ótica da resolutividade do cuidado e da integralidade,

com vistas à interprofissionalidade, na Atenção primária em Saúde, em um município na Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo com uma abordagem de investigação pautada no materialismo histórico-estrutural-dialético, o qual tem como finalidade compreender a realidade concreta do serviço de saúde em análise, no que concerne à interprofissionalidade e sua relação com o cuidado em saúde e processo de trabalho na APS. A pesquisa ocorreu em um município de pequeno porte localizado na região de saúde Centro Leste da Bahia (IBGE, 2010).

A motivação em fazer a pesquisa no município de pequeno porte se dá diante da realidade evidenciada no Brasil, em que a estrutura territorial brasileira possui 5.568 municípios (70,6%), uma grande maioria, caracterizada como de pequeno porte - com população inferior a 20.000 mil habitantes. Portanto, as políticas públicas de saúde em sua essência, acontecem no cotidiano destes municípios. Assim, esta investigação poderá contribuir em outros cenários que possuem experiências semelhantes no que tange às estratégias macro e micropolíticas no contexto do processo de trabalho em saúde (Amaral, 2021).

Participaram da pesquisa 18 trabalhadores da saúde atuantes na APS do município que foram convidados presencialmente e em atuação local. O número foi definido por meio da técnica da saturação dos dados (Ribeiro; Souza; Lobão, 2018). Como critério de inclusão para participar da pesquisa, necessitava ter atuação mínima de seis meses no município e como exclusão, os profissionais que se afastaram por período superior a noventa dias na vigência da pesquisa e os que possuíam período inferior a seis meses de formação ou atuação municipal. A distribuição dos entrevistados por profissão foram: 03 enfermeiras (incluindo a coordenadora da AB do município), 02 odontólogas, 01 técnica/auxiliar de saúde bucal, 02 técnicas de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde e 06 profissionais da equipe multiprofissional: 02 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 assistente social e 02 nutricionistas. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado da Bahia, inscrito sob o nº do CAAE 72938923.7.0000.0057 e parecer favorável nº 6.245.006. Os dados foram coletados presencialmente no período de setembro a novembro de 2023, em ambiente silencioso e reservado, por meio de entrevistas

semiestruturadas gravadas em aparelho celular *Iphone 14 PRO*, contendo aplicativo de gravador digital e transcritas na íntegra no *Microsoft Word 2013*. Para favorecer o anonimato, os participantes foram identificados com a letra E (referente a entrevista) e um número representando a ordem dos entrevistados: E1, E2, E3.

Para a interpretação dos dados, a organização do material e o tratamento de dados seguiu a análise temática (Dias; Mishima, 2023), com a primeira fase relacionada à ordenação do material a partir da aplicação e transcrição das entrevistas, e, por conseguinte, um processo de aproximação do material produzido por meio da leitura flutuante e exaustiva no intuito do reconhecimento de sentidos e significados nas transcrições dos resultados.

Na segunda fase, ocorreu a sistematização dos dados por meio da classificação, com a codificação em unidades temáticas (núcleos de sentido), que permitiu descrever as características relevantes do conteúdo, e agregar os temas mais significativos, que neste caso formaram duas categorias empíricas.

A fase final, correspondeu ao tratamento dos resultados e interpretação destes, com cruzamento entre as informações coletadas por meio da técnica das trilhas interpretativas com a produção da síntese horizontal. Na sequência, conectou-se os dados empíricos com a literatura existente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise, foram construídas duas categorias, a primeira denominada de Equipe Multi e Cuidado Interprofissional na APS: uma Imanência distante? e a segunda: Resolutividade do Cuidado: a interprofissionalidade é o caminho? A partir destas, o estudo será discutido a seguir.

Equipe Multi e Cuidado Interprofissional na APS: uma imanência distante?

Equipe multiprofissional é definida como equipe de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada, com atuação corresponsável pela população e pelo território em articulação intersetorial e com a RAS (Bispo; Almeida, 2023). Profissionais de distintas formações da saúde, cada um com suas habilidades específicas, podem oferecer uma abordagem integrada e mais completa do cuidado (Silva *et al.*, 2023); com isso, o cuidado de usuários e da comunidade podem ser

potencializados diante da ação de uma equipe multiprofissional integrada à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste sentido, trabalhar em equipe de forma multi e/ou interprofissional significa atuar de modo conjunto com trabalhadores de diversas formações, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação e de promover, além do ensino, a atuação interprofissional, e conseqüentemente, a integralidade do cuidado. Portanto, o trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é apresentado como um caminho plausível para enfrentar os desafios altamente complexos do setor saúde (Farias *et al.*, 2018).

Para obtenção da qualidade do cuidado na APS, conforme preconizado pelo SUS, torna-se fundamental a implementação de práticas colaborativas interprofissionais, e nesta direção, falas emergiram para ratificar o que traz a literatura, como demonstrado no trecho subtraído da entrevista E4.

Só que aí a gente uniu esse trabalho né? Psicóloga, educadora física e nutricionista, porque não há como emagrecer, sem a nutrição, psicologia e educação física; pois estão intimamente ligadas. Não tem como a gente fazer um trabalho de emagrecimento e os três não estarem juntos, né? Então um trabalho multiprofissional é isso (E4).

Ao dialogar nesse panorama, a presença da equipe multiprofissional na APS, no município campo deste estudo, mostrou-se de extrema importância para muitos dos entrevistados, o qual cita esta estratégia como primordial no apoio à equipe mínima e no desenvolvimento do trabalho conjunto e compartilhado, para favorecer a maior eficácia nos cuidados em saúde.

Esta consubstancialidade referida à equipe multi com a equipe mínima da ESF, é potencializada por meio de ações conjuntas que devem ser desenvolvidas no cotidiano de suas práticas ensejando o desenvolvimento de um plano comum, que deve ser a Integralidade do Cuidado, para atender as necessidades de saúde dos usuários (Brito *et al.*, 2022; Rios *et al.*, 2021).

Para determinados participantes desta pesquisa, algumas complicações de saúde requerem esforços de vários núcleos de saberes para alcançar os objetivos da promoção, prevenção e ou reabilitação do bem-estar físico, mental ou social, evidenciado na seguinte fala:

Trabalho multiprofissional é trazer qualidade de vida ao paciente, com vários profissionais ajudando. Porque quando a gente consegue unir o trabalho de cada profissional para uma pessoa a gente consegue mais resolução (E4).

Portanto, nota-se que a equipe multiprofissional possui um papel fundamental para a manutenção da saúde, visto que as demandas na rede de atenção à saúde requerem maior resolutividade e abrangência dos serviços a serem ofertados pela APS. Contudo, é indispensável a incorporação da Prática Interprofissional (PIP) como diretriz do SUS em todos os níveis de atenção, e primordialmente na APS (Bispo; Almeida, 2023).

Ademais, os entrevistados ao se referirem ao trabalho multiprofissional, estes o consideram como sinônimo da interprofissionalidade. Todavia, apesar do trabalho interprofissional envolver uma equipe multiprofissional, é importante destacar as diferenças das práticas sob a lógica da colaboração e compartilhamento de saberes em prol das necessidades do sujeito demandante. Nesse panorama, Peduzzi *et al.* (2020), observa que a imprecisão dos conceitos e dos termos utilizados expõe o quanto ainda não foi possível construir um consenso, mesmo que provisório, sobre os elementos-chave que constituem o trabalho em equipe e suas ubiquidades: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional.

Apesar dos entrevistados utilizarem a nomenclatura Equipe Multiprofissional para se referir ao trabalho interprofissional, nota-se em diversos momentos o reconhecimento do potencial da interprofissionalidade, seja na organização dos processos de trabalho, seja na resolutividade dos casos, ou no atendimento ao usuário, que se revela na fala a seguir.

Eu só acho que é importante ter esse trabalho multiprofissional para oferecer um serviço melhor aos pacientes porque eu acho que quando se tem uma comunicação entre os profissionais, quando é uma equipe que se dá bem, eu acho que fica mais fácil de resolver o problema da comunidade. Então acho importante que todos os municípios pudessem trabalhar dessa forma, ter equipe multiprofissional, que eu não sei se todos tem, mas eu acho que seria muito mais fácil e melhor para prestar assistência à população (E2).

Dias *et al.* (2021) traz conceitualmente, que a interprofissionalidade (IP) se refere ao entendimento do trabalho em equipe, ressaltando o desempenho de cada profissional em favor da solução de problemas e da articulação de decisões. Este processo envolve a associação de saberes e práticas, considerando as singularidades.

Por sua vez, a Prática Colaborativa (PC) consiste no resultado da ação conjunta dos profissionais de saúde em articulação com usuários, seus familiares, cuidadores e a comunidade, o qual deve ofertar uma atenção à saúde de qualidade. Este envolvimento coletivo de caráter cooperativo, contribui para a obtenção dos resultados esperados em saúde de natureza positiva. Desse modo, a interprofissionalidade tem por intuito conectar diferentes profissionais em prol

de ações colaborativas, e ser, portanto, um dispositivo capaz de compartilhar responsabilidades e de garantir a interdependência nos cuidados em saúde, além de respeitar as peculiaridades distinguíveis a cada sujeito, em favor da qualificação do cuidado (Xavier *et al.*, 2024).

Por conseguinte, à medida que se reconhece a crescente complexidade da saúde, que requer enfrentar e superar o reducionismo e os caminhos direcionados pela racionalidade científica moderna, qual direcionou as inovações no fazer em saúde por influência das correntes de pensamento que orientavam a fragmentação da produção de conhecimento em disciplinas, e das práticas de cuidado organizadas em núcleos de saberes (profissões), torna-se imprescindível reconhecer que a atenção à saúde precisa trilhar para um desenho que permita o trabalho em equipe como meta, pelo potencial que lhe é atribuído, e indubitavelmente, por produzir resultados eficazes na atenção à saúde de usuários, da família e da comunidade, além de satisfazer o trabalhador por perceber os efeitos no outro do seu processo de cuidar (Ogata *et al.*, 2021).

Há de ressaltar que, o trabalho em equipe pode ser considerado como uma ferramenta para uma PIP, a qual deve ter como alicerce usual a colaboração interprofissional e a prática colaborativa. É fundamental ampliar a dimensão do olhar da colaboração para além da equipe, o qual deve avançar para a rede de modo geral. Portanto, trabalho em equipe estruturado na interprofissionalidade é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos seres envolvidos, visto que, requisita de um lado a articulação das ações das diversas áreas com saberes diferentes, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (Peduzzi *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2024).

Desse modo, E5 reconhece os limites do alcance do cuidado ofertado por cada área e a consequente necessidade do trabalho colaborativo entre os múltiplos profissionais a fim de garantir a integralidade. Isso é corroborado pela E1 quando enfatiza a necessidade de ampliação da equipe mínima, o que foi determinante para a continuidade da equipe multiprofissional no município em estudo, mesmo após a interrupção do financiamento federal, no advento do Previne Brasil, conforme verificado a seguir.

Multiprofissionalidade, eu acho que é uma equipe formada por várias especializações para trabalhar em conjunto, porque às vezes a gente sempre atende o paciente e tem que ver o paciente como um todo, né? Não trabalhar só a queixa que ele traz no momento, mas na Saúde da Família a gente tem que ver o paciente como um todo. Então às vezes a gente precisa de outros profissionais para ajudar a gente a identificar algum problema do paciente (E5).

Então é aquela equipe que vem para somar dentro das unidades de saúde, por isso que a gente manteve, a gente nunca terminou, porque a gente vê a importância da equipe de sair daquela equipe mínima, médica, enfermeira, técnico, agente comunitário e expandir para os outros profissionais. Aí veio aquela questão de não ter mais Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não ser mais financiada pelo ministério, né? Mesmo assim, a gente manteve os profissionais no município, funcionando na mesma lógica do NASF, com as reuniões matriciais. Como a gente via também que era uma política que dava certo e a gente tinha um retorno, então por que acabar? Então, mesmo sem o financiamento do Ministério, o município investiu no financiamento dos profissionais e por isso a gente manteve (E1).

Além da escassez do financiamento no período de 2019 até 2023, o qual implica diretamente na manutenção e na conformação das equipes, a autonomia na construção das equipes também se revela como algo que precisa ser observado, diante de arranjos muitas vezes sem lógica, o que pode interferir diretamente na capacidade ampliada do matriciamento (Mazza *et al.*, 2020).

É importante também destacar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) aparece nas entrevistas como um dispositivo para a construção de ações interprofissionais da equipe, quando E1, E4 e E14 citam o papel do ACS para a realização das atividades e do cuidado nos territórios.

A gente vê que realmente as equipes de saúde, elas buscam os profissionais da E-Multi. Principalmente os agentes comunitários. Eles são os principais. Eles trazem muita demanda para o pessoal. Eles realizam reuniões matriciais e na grande maioria das vezes com o ACS, porque eles trazem muita demanda (E1).

Quem traz a demanda é o agente de saúde. Aí é feito uma reunião, onde a gente coloca as demandas e o que foi dito na reunião. A gente aqui tem uma relação muito boa, a equipe se senta, conversa. Porque você sabe que isso é uma coisa que pode facilitar o trabalho também (E4).

A gente tem também a participação dos agentes de saúde que é uma ponte fundamental nesse processo. Eles conhecem a realidade dos pacientes e eles trazem a demanda para a gente também. Então a gente tem essa aproximação de poder conversar junto com eles e trazerem as demandas (E14).

Sabe-se que este profissional, devido ao fato de atuar intimamente na localidade, possui contato com a população adscrita, o que possibilita a existência do vínculo, como ferramenta essencial para a integralidade do cuidado, e se consolida como elo da equipe com a comunidade, além do seu potencial para fazer conexão com ações de interprofissionalidade.

Para Mendonça *et al.* (2022), no contexto de territorialização, o vínculo entre os ACS e a comunidade é fundamental para que a ESF possa efetivar a sua finalidade, e, portanto, estabeleça uma rede entre os trabalhadores das unidades de saúde e os usuários adscritos com o intuito de facilitar a comunicação entre esses sujeitos. Deste modo, é possível afirmar que, diante de sua inserção rizomática no território, os ACS podem identificar os problemas existentes e contribuem de forma significativa para que o sistema de saúde possa planejar intervenções, e corroboram com a melhora da qualidade de vida dos usuários acompanhados.

Paralelamente, os processos formativos dos ACS, com vistas à interprofissionalidade, é algo que ainda necessita de organização para que tais profissionais possam desenvolver habilidades fundamentais no desempenho do seu papel de forma mais otimizada. Para Vallegas *et al.* (2020), a formação do ACS precisa envolver não apenas conhecimentos básicos sobre o processo de saúde-doença, mas estratégias educativas que valorizem a troca de saberes, experiências e autonomia dos usuários. Isto porque, as práticas educativas dialógicas facilitam a produção do conhecimento de forma coletiva, a análise crítica da realidade, do cotidiano do processo de trabalho e dos casos clínicos, sendo aspectos importantes a serem considerados nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e conseqüentemente na qualificação do trabalho.

Assim, os ACS podem desenvolver ações educativas, identificar situações de risco, conhecer o perfil sociodemográfico da população e interferir qualitativamente nos processos que envolvem o binômio saúde/doença. Para tanto, é fundamental que diferentes estratégias de qualificação sejam utilizadas, principalmente alicerçada pela EPS, pois suas características atribuem a uma nova perspectiva no que concerne ao processo de ensino-aprendizagem. Esta modalidade de pensar os processos formativos objetivam um desenvolvimento reflexivo dos que participam e têm a capacidade de ampliar as habilidades essenciais necessárias para o cuidado naquela experiência, e conseqüentemente, em relação à capacidade ao exercício de atuar em equipe e com uma comunicação efetiva. Assim, a partir de uma formação pautada na realidade, os ACS podem ter uma maior sensibilidade para o cuidado integral, com diálogos na prática e uma maior aposta na horizontalidade (Mendonça *et al.*, 2022; Vallegas *et al.*, 2020).

Destarte, diante da realidade do processo de trabalho do ACS que produz uma aliança potente entre a comunidade e a equipe de saúde, é substancial que processos formativos alicerçados na EPS como estratégia de fortalecer as ações em saúde, com olhar pautado na qualificação da atenção, mediante cenário que favorece para a construção de um trabalho colaborativo. Por conseguinte, os processos de EPS com participação de todos os trabalhadores,

e do ACS e suas experiências vivenciadas, devem ser trazidas para estes momentos, pois podem contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de competências para toda a equipe, principalmente no que tange o trabalho comunitário, participativo e reflexivo sobre os diversos aspectos cognitivos, tecnicistas e atitudinais na perspectiva do aprendizado colaborativo, que se torna mais efetivo quando está organizado em torno das necessidades da população adscrita. Logo, a atuação conjunta dos ACS e toda a equipe da ESF com a comunidade, demanda qualificação adequada e permanente (Xavier *et al.*, 2023).

Por conseguinte, assegurar o princípio da integralidade do SUS na atenção à saúde, requer a integração das ações e serviços, dos profissionais que neles atuam, a partir da perspectiva de usuários enquanto sujeitos singulares inseridos em um contexto sociocultural (Souza *et al.*, 2012). Nesse sentido, E6 ressalta a importância de reconhecer o sujeito em sua integralidade, com um direcionamento do cuidado a partir dessa perspectiva e E18 complementa tal visão ao pensar a saúde para além da ausência de condições patológicas, conforme falas a seguir.

É dessa importância de todo mundo atuar junto, porque o ser humano é integral e eu vejo muito isso também aqui, alguns profissionais conseguem ter essa visão integral do sujeito. Porque essa integração faz a gente conseguir ter um tratamento mais focado, mais eficaz, mais subjetivo, porque são usuários do SUS, mas cada um tem a sua história, cada um tem sua particularidade, cada um tem sua singularidade, então a partir do momento que a gente observa esse sujeito (E6).

Eles têm acesso ao nutricionista, psicólogo, médico, se precisam de marcação, psiquiatra também. Se precisar de marcação para alguma especialidade, é encaminhado. A importância do cuidado integral é justamente a gente poder oferecer isso para o paciente. Às vezes, a doença, ela não é uma coisa só, né? A saúde, como a gente fala, não é a falta de doença, é se você tem acesso a tudo isso (E18).

Diante disso, as falas convergem a respeito de um plano comum no que concerne a produção do cuidado, orientado por uma comunicação efetiva com vistas na resolutividade dos encaminhamentos. Ademais, os resultados da atuação da equipe de saúde sob à ótica da integralidade podem ser identificados nas falas quando relatam que o acesso aos serviços de saúde sem barreiras evidentes, além de explícita satisfação dos usuários no município em análise.

É mister afirmar que, em sua essência, a APS tem como finalidade cuidar de forma holística das pessoas e não apenas tratar doenças ou condições específicas; como também, ofertar ações geograficamente mais próximas do ambiente cotidiano dos usuários, de forma a

vencer barreiras de natureza geográfica e econômica das famílias e comunidades (Donnelly *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2022). Complementarmente, o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (Peduzzi *et al.*, 2020).

Portanto, é salutar que haja uma organização dos papéis de cada membro da equipe da APS, com finalidade de alcançar o domínio e a execução das práticas colaborativas, fundamentais para promover o cuidado em sua integralidade. No entanto, há ainda que avançar na qualificação da atenção à saúde prestada e o aperfeiçoamento do processo de trabalho por meio do reconhecimento da importância da PIP colaborativa de todos que compõem a APS (Xavier *et al.*, 2023).

Resolutividade do Cuidado: a interprofissionalidade é o caminho?

A resolutividade do cuidado na APS refere-se à capacidade dos serviços de saúde por meio das suas equipes em reconhecer as necessidades singulares e coletivas dos cidadãos e cidadãs e atendê-las em suas múltiplas dimensões, mediante ações que possam garantir a efetividade do cuidado, o que traz satisfação a partir do olhar do usuário e do trabalhador. Portanto, a APS, ao ser entendida como o nível primário do sistema de atenção à saúde, deve estar estruturada de modo a ser capaz de coordenar e ordenar as necessidades de saúde das pessoas desse sistema, com sua função resolutiva sobre os problemas mais frequentes (Pires *et al.*, 2023).

Apesar das características resolutivas estarem ancoradas em uma série de tecnologias de diversas densidades, há outros fatores que evidenciam que a APS, para ser resolutiva, deve ter tanto a capacidade ampliada de escuta e análise, quanto um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Neste contexto, reside seu principal desafio, visto que as demandas de saúde são de naturezas diversas e exigem acolhimento e respostas compatíveis com capacidade multidimensional dos serviços, com oferta integral de cuidados, e com vistas à singularidade, em que se deve seguir como base a PIP e colaborativa (Souza *et al.*, 2021; Pires *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2023).

Foi comum nas entrevistas os trabalhadores revelarem que os usuários eram acompanhados por diversos profissionais de saúde conjuntamente, cada um com seu saber

específico. Deste modo, se concebem outras possibilidades de cuidado com um olhar ampliado, e conseqüentemente, que se aproxima da integralidade na atenção à saúde (Rios *et al.*, 2021).

Quando esses diversos saberes dialogam com no mesmo sentido, com o olhar sobre o bem-estar geral e comum dos usuários, por meio de esforços que convergem tanto na equipe mínima como na equipe multiprofissional, haverá mais viabilidade de alcance do cuidado resolutivo, conforme citado nas falas de E2 e E13, respectivamente.

E aí houve essa comunicação da psicóloga com a nutricionista e com a com a educadora física para dar uma assistência pra ela ter um resultado bom, e aí o resultado foi que a paciente está ótima tanto na questão psicológica que teve uma melhora significativa e na questão nutricional também (E2).

Eu acho que o cuidado integral, por exemplo, eu sou fisioterapeuta, mas eu não estou ali só para atender a parte ortopédica dos meus pacientes, inclusive eu já tive pacientes que eu encaminhei para saúde mental, eu encaminhei para atendimento com enfermeiro e com médico. Teve pacientes mesmo que nem sabia que tinham pressão alta e aí eu ali conversando, ele falando que sentiu mal-estar, mas que ele nunca associou a uma questão de hipertensão e aí a gente conseguiu encaminhar esse paciente, já estava tendo picos hipertensivos bem consideráveis que ele não sabia, poderia ter levado um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou outra coisa. Então eu acredito que é isso, né, o atendimento integral é não só focar na sua área (E13).

Neste sentido, a interprofissionalidade pode viabilizar caminhos mais assertivos, com resultados que propiciem cenários de maior evolução na atenção dos usuários em acompanhamento na APS. Diante das falas pode-se notar que a maioria dos relatos perpassa nas ações das equipes de saúde da família em conjunto com a equipe multiprofissional, em que saberes de variadas origens se fundem objetivando um cuidado mais integral dos usuários do SUS, conforme identificado na fala da E1 a seguir:

E aí ela ficou na cadeira de rodas, ela não levantava o braço, ela não mexia as mãos e hoje a gente vê que ela está em pé, ela já se movimenta... e aí a gente vê que teve a ação tanto do fisioterapeuta, do psicólogo e da nutricionista também. Essa foi uma paciente que a gente usou quatro profissionais do NASF, junto com a equipe SF para ter a reabilitação dela, né? E aí hoje em dia ela só elogia a equipe (E1).

Dessa forma, percebe-se que a demanda existente na APS foi resolvida por meio da aplicabilidade de ações dos trabalhadores. Destarte, torna-se real na APS que a equipe multiprofissional atua em plenitude e de forma interprofissional. A princípio, tem-se a comunicação em saúde como premissa fundamental por possibilitar que os profissionais realizem o cuidado integral, a partir da troca de saberes e do planejamento conjunto.

A PIP é de fato um elemento essencial para a efetivação do cuidado integral, atuar em conjunto e de forma colaborativa podem ser ferramentas que contribuem de forma para a efetividade das ações de saúde, além de legitimar a comunicação como algo que sustenta essa condição (Fernandes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Deste modo, cuidar com um olhar subjetivo é um desafio, principalmente se de fato a equipe tem como anseio resolver as necessidades do usuário, na perspectiva que deve centralizar o usuário, ou seja, é primordial que todos os envolvidos reconheçam o quão é necessário unir-se com este propósito (Silveira *et al.*, 2023).

Então, a comunicação em saúde também surgiu como ponto importante para o alcance da interação da equipe mínima e equipe multiprofissional, com inserção dos usuários no processo do cuidado através do diálogo micropolítico, a fim de contribuir para o destaque da importância das práticas de cuidado no alcance da resolutividade das ações exercidas pelos profissionais de saúde, os quais enxergam os usuários a partir das suas subjetividades e necessidades. Para além, a inter-relação e a boa comunicação foram relatadas entre os profissionais entrevistados por meio do matriciamento das ações, do referenciamento e encaminhamentos, das visitas domiciliares, etc.

Ainda, o apoio matricial e as reuniões de equipe trouxeram subsídios para o fortalecimento do cuidado em saúde e de maior integração entre as equipes e entre os trabalhadores, conforme relatado na fala de E6 a seguir:

Porque essa integração faz a gente conseguir ter um tratamento mais focado, mais eficaz, mais subjetivo porque são usuários do SUS, então a partir do momento que a gente observa e conversa sobre esse sujeito não só como um número ou como uma produtividade (E6).

Ademais, devido à extensão territorial rural que alberga o município, por vezes, a comunidade relata aos profissionais ter dificuldade em ir até a unidade por motivos pessoais ou sociais, por isso, para viabilizar respostas, há estratégias para quando não existe possibilidade do cuidado presencial na unidade de saúde: a equipe tenta fazer com que ocorra a avaliação dos usuários pelos trabalhadores presentes, no mesmo dia, e possa garantir que o cuidado seja efetivado, no qual se utiliza das visitas domiciliares a partir da identificação da demanda, encaminhamento direcionado e das reuniões de matriciamento em que há participação conjunta de todos os agentes de saúde e discussão de casos específicos.

Portanto, o acesso dos usuários aos profissionais e consultas com facilidade, seja por demanda espontânea, atendimento compartilhado ou atendimento domiciliar, foram pontos

importantes trazidos como relevantes, bem como o cuidado integral e o acolhimento, para que se obtenha a resolutividade do cuidado na APS, resultando em benefícios aos usuários do SUS.

Ao corroborar com este pensamento, Souza *et al.* (2023) destaca que, apesar dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda é um problema a ser enfrentado, seja por questões sociais ou outras. Além de uma oferta insuficiente de profissionais na atenção básica e de unidades de saúde, os usuários ainda se deparam com a falta de acesso, que pode ser consequência de um sistema construído em uma sociedade desigual.

Para minimizar tais barreiras pode-se afirmar que, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário é um espaço singular e potente, e não pode se limitar apenas a uma regra ou prescrição, é preciso conhecer as necessidades do outro e do coletivo, como força motriz para continuar a vida reinventando novas formas de viver e de produzir saúde. Assim, faz-se necessário conceber que para que haja de fato um atendimento com a natureza integral, a escuta deve ser legitimada como momento ímpar na capacidade do profissional de compreender e conectar os desejos dos usuários com a realidade encontrada, a fim de legitimar o acesso humanizado e subjetivo.

Importante ressaltar que, o SUS é uma política institucional recente, que herda uma mácula social estruturada nas desigualdades sociais, em que a produção de iniquidades é uma realidade. Portanto, a existência de barreiras do acesso saúde é algo que existe e precisa ser vencido, barreiras de natureza geográfica, econômica, funcional e comunicacional, ou seja, de diversas dimensões, na qual podemos destacar a política e cultural, que alimentam um sistema de saúde desigual (Souza *et al.*, 2022; Rios; Souza; Nascimento, 2023).

Destarte, o grande número de equipes multiprofissionais que atuavam de forma interligada às equipes mínimas foi marcante na região Nordeste do Brasil, na qual as ações de articulação, especialmente as “discussão de casos”, as “consultas compartilhadas” e o “monitoramento das ações referentes aos usuários” foram sobremaneira importantes na avaliação positiva da disponibilidade da ESF em atuar de forma conjunta com o a equipe multiprofissional e do apoio compartilhado da equipe mínima, além de sua contribuição para a resolutividade das ações referentes às necessidades do usuário (Brito *et al.*, 2022).

Para Machado *et al.* (2021), ciente da complexidade dos aspectos que são requeridos para atender as necessidades populacionais, é preciso que a atuação multiprofissional seja organizada e implementada de forma colaborativa, de modo que não haja sobreposição e/ou hiatos no cuidado. Ademais, a expectativa é que as ações desenvolvidas sejam efetivas e

colaborem para a segurança e satisfação dos pacientes. Por isto, a equipe multiprofissional deve ser capaz de fortalecer a responsabilidade social da APS, a partir da produção do cuidado fundamentada na territorialização, no trabalho em equipe e na clínica ampliada, a ponto de garantir a integralidade e a autonomia de cada ser vivente no processo saúde-doença.

Logo, cabe destacar o diálogo como avanço no caminho da interprofissionalidade, ferramenta esta que pode contribuir para o desenvolvimento do processo de trabalho, na resolutividade das ações e a importância desta relação sem distinções de categorias profissionais (Souza *et al.*, 2021).

Levando em consideração que a resolutividade é fruto de uma interação complexa de fatores, suas ações devem se fundamentar nas características de seus territórios, com isso, é imprescindível que as equipes realizem análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde; detecção oportuna de doenças e adoção de medidas adequadas para as respostas, vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos da saúde pública (Pires *et al.*, 2023).

Diante dos desafios, a EPS se apresenta como uma ferramenta para a transformação das práticas de cuidado no trabalho em saúde, e possibilita o fortalecimento da prática colaborativa e pode influenciar de forma positiva na qualidade do cuidado integral nas práticas profissionais (Xavier *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

Por meio do exposto, podemos concluir sobre a importância em construir processos de trabalho na APS para que se tornem cada vez mais resolutivos, mediante uma produção síncrona e com vistas ao cuidado integral. Diante disso, a equipe multiprofissional trabalhando em conjunto com a ESF precisa desempenhar em seu cotidiano a PIP, a qual deve favorecer maior resolutividade na atenção à saúde ofertada, e que permita a redução do número de encaminhamentos para consultas especializadas e exames, com conseqüente diminuição de investimentos desnecessários, para ampliar a abrangência do conhecimento técnico dos profissionais, o acolhimento, o vínculo, a relação profissional-usuário, e principalmente atuar no campo da saúde entre os sujeitos, com relações vivas, no ato do cuidado.

Contudo, ainda, se faz necessário sanar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, aniquilar atenção à saúde fragmentada, solucionar gestões descompromissadas e minimizar a alta rotatividade dos profissionais, além de ampliar a educação permanente nos serviços. Os

fatores que alargam os desafios ou problemas no contexto da saúde, diminuem a resolutividade nos serviços e aumentam as iniquidades. Conquanto, faz-se necessário discutir os problemas e desafios não apenas entre os atores nos serviços de saúde, como os profissionais de saúde e usuários, mas também entre os gestores em diferentes setores que contribuem para o alcance da resolutividade na APS.

Portanto, espera-se que mais trabalhos possam orientar sobre a importância da equipe multiprofissional inseridas na APS, em atuação conjunta e compartilhada com as eSF, na busca do cuidado integral, e com vistas à interprofissionalidade cada vez mais presente neste e nos demais níveis de atenção no SUS.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. de S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>.

BISPO, J. P. J.; ALMEIDA, E.R. de A. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de SaMais trabalhúde Pública**, v. 39, n. 10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>.

BRITO, G. E. G. de *et al.* Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Temas Livres: Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>.

DIAS, K. D. C. *et al.* Contribuições da educação interprofissional ao ensino odontológico no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6490, 2021.

DIAS, E. G.; MISHIMA, S. M. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. **Revista Sustinere**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 402–411, 2023. Disponível em: [10.12957/sustinere.2023.71828](https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.71828).

DONNELLY, C. *et al.* Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. **BMC family practice**, v. 22, n. 1, p. 31, 2021. Disponível em: [10.1186/s12875-020-01366-9](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01366-9).

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho educação saúde**, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.

FERNANDES, S. F. *et al.* Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210207, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>.

FERNANDES, P. M. P.; FARIA, G. F. A importância do cuidado multiprofissional. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, n. 26, v. 1, p. 1-3, 2021. Disponível em: https://C:/Users/Win/Downloads/RDT_v26n1_1.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 45, n. 131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>.

MENDONÇA, V. R. *et al.* Os desafios na atenção primária na perspectiva dos ACS de Itaperuna. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e33711931853, 2022. Disponível em: [10.33448/rsd-v11i9.31853](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31853).

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300405, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, n. e03733, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 2023. Disponível em: [10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009).

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e14973, 2024. Disponível em: [10.55892/jrg.v7i14.973](https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.973).

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PIRES, R. de C. C. *et al.* Avaliação da resolutividade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 1, p. 47-69, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i1.8137>.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N. de; LOBÃO, C. Editorial: Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. iii-vii, 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213>.

RIOS, A. G. *et al.* A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3077-3086, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.03942021>.

RIOS, M. O.; SOUZA, M.C. de; NASCIMENTO, M. A. A. do. Dimensão política do acesso às vacinas como um direito no sistema único de saúde. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 20, n. 60, p. 67-76, 2023. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1765/u2023v20n60e1765>.

RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. de S. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde debate**, n. 47, v. 136, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>.

SANTIAGO, C. P. L. *et al.* Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Política de Saúde, Implementação de Práticas: Ciências Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23272019>.

SILVA, W.M.M. **A equipe multiprofissional e o debate acerca do atendimento humanizado**. Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde, v. 5, n. 5, p.6154-6164, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/376795342>.

SILVA, A. B. F. B. da *et al.* Perceptos e trilhas nos processos formativos de residentes em saúde. **Cenas Educacionais**, v. 6, n. 1, p. e18324, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/373999143>

SILVEIRA, M. da *et al.* O trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde na Pandemia de COVID-19. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 4004, 2023. Disponível em: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4004.

SOUZA, M. C. de. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 452–460, 2012. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/481>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SOUZA, M. C. de *et al.* Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. **Sanare**, v. 20, n. 2, p. 54-63, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1571>.

SOUZA, M. de O. *et al.* Apoio matricial, interprofissionalidade e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Salvador - Bahia. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, v. 22, n. 4, p. 781-795, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22>.

SOUZA, M. C. de. Itinerários terapêuticos produzidos por mulheres na busca pelo acesso ao diagnóstico e cuidado no câncer de mama. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 239-251, 2022. Disponível em: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p239-251.

SOUZA, M. C. de *et al.* Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico. **Research Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e3412139473, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39473>.

SOUZA, M. C. de *et al.* Prática interprofissional e trabalho colaborativo em uma residência multiprofissional: da dificuldade a efetivação dessas ferramentas. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 4061– 4069, 2024. Disponível em: [10.16891/2317-434X.v12.e1.a2024.pp4061-4069](https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e1.a2024.pp4061-4069).

VALLEGAS, A. B. *et al.* A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e129942962, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2962>.

VIANA S. B. P.; HOSTINS, R. C. L. Educação Interprofissional e Integralidade do Cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. **Educação em revista**, n. 38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-469826460>.

XAVIER, P. B. *et al.* Impactos da Covid-19 no trabalho colaborativo na atenção primária à saúde. **Boletim de Conjuntura**, v. 15, n. 44, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8231889>.

XAVIER, D. P. *et al.* Educação permanente em interprofissionalidade e prática colaborativa na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e15286.2024>.

4.2 ARTIGO 2:

**ENTRAVES E BARREIRAS PARA O EXERCÍCIO DA
INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**IMPROVEMENTS AND BARRIERS TO THE EXERCISE OF
INTERPROFESSIONALITY IN PRIMARY HEALTH CARE**

RESUMO:

A interprofissionalidade concerne ao trabalho conjunto pautado no compartilhamento de objetivos e saberes em prol da atenção integral e centrada no usuário. Apesar disso, a produção do cuidado embasada nessa perspectiva é atravessada por barreiras e entraves que dificultam a efetivação desta prática. Este artigo teve como objetivo conhecer as barreiras e entraves para o exercício da prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do interior baiano. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório cujo campo de estudo foram as equipes de saúde da família e a equipe multiprofissional da APS. Os participantes do estudo foram trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da eMulti que atuavam há no mínimo seis meses no serviço de saúde municipal. A definição da amostra foi por saturação, totalizando 18 entrevistados para a produção dos dados. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de informações e a interpretação dos dados baseou-se na análise temática de conteúdo por meio da qual foi construída uma categoria denominada “Entraves e Barreiras para a interprofissionalidade”, em que foram elencados os núcleos de sentido: “escassez de recursos”, “demandas de atendimento” e “necessidade de qualificação”. Tais dificuldades evidenciam a lacuna na formação profissional, a carência de insumos para a prestação qualificada dos serviços e o déficit na organização do processo de trabalho. Assim, apesar de ser uma ferramenta que reduz visões fragmentadas e individuais dentro da equipe e contribui para a efetivação da integralidade e da resolutividade do cuidado, a interprofissionalidade ainda se apresenta como um campo de discussões e obstáculos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Cuidado centrado no paciente; Educação Interprofissional

ABSTRACT:

Interprofessionality concerns joint work based on sharing objectives and knowledge in favor of comprehensive, user-centered care. Despite this, the production of care based on this perspective is crossed by barriers and obstacles that make it difficult to implement this practice. This article aimed to understand the barriers and obstacles to the exercise of interprofessional practice in Primary Health Care (PHC) in a municipality in the interior of Bahia. This is a qualitative and exploratory study whose field of study was the family health teams and the multidisciplinary PHC team. The study participants were workers from the Family Health Strategy (ESF) and eMulti who had worked for at least six months in the municipal health service. The sample was defined by saturation, totaling 18 interviewees for data production. A semi-structured interview was used to collect information and the interpretation of data was based on thematic content analysis through which a category called “Entraves and Barriers for interprofessionality” was constructed, in which the meaning cores were listed. : “scarcity of resources”, “service demands” and “need for qualification”. Such difficulties highlight the gap in professional training, the lack of inputs for the qualified provision of services and the deficit

in the organization of the work process. Thus, despite being a tool that reduces fragmented and individual views within the team and contributes to the implementation of comprehensiveness and resoluteness of care, interprofessionality still presents itself as a field of discussions and obstacles.

KEY WORDS: Primary Health Care; Patient-centered care; Interprofessional Education.

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe configura-se como uma das estratégias para a garantia do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde (APS) (Barros; Spadacio; Costa, 2018). A complexidade envolvida nos processos de cuidado em saúde revela a necessidade de articulação com modos de trabalho que fortaleçam uma dinâmica integrada e comunicativa (Oliveira; Guizardi; Dutra, 2020).

Diante disso, destaca-se o trabalho pautado na prática colaborativa interprofissional, cujo as ações de cuidado desempenhadas têm como alicerce a atuação conjunta e compartilhada de trabalhadores com formações distintas, o qual possibilita uma produção comum do cuidado, com variadas tecnologias, habilidades e saberes em prol da atenção ao usuário (Daminello, 2022).

Vale ressaltar que a APS, enquanto eixo estruturante da Rede de Atenção Saúde (RAS), tem a finalidade de coordenar e ordenar o cuidado no intuito de atender todas as necessidades e condições de saúde do usuário e da comunidade, e tem como princípios que a orientam: acontecer de forma longitudinal e territorializada, por meio de ações permanentes de acompanhamento, prevenção, promoção e reabilitação da saúde (Starfield, 2004; Brasil, 2017).

Nesse contexto, a potencialidade da interprofissionalidade se apresenta à medida em que contribui para a superação dos modelos de práticas fragmentadas e individualizadas das categorias profissionais que compõem a equipe de saúde, e deve proporcionar a qualidade na integralidade da atenção, bem como na resolutividade do cuidado (Oliveira; Guizardi; Dutra; 2020), através da comunicação intra-equipe e do fortalecimento de estratégias multiprofissionais (Barros; Spadacio; Costa, 2018; Souza *et al.*, 2024).

Apesar da atividade interprofissional na APS ser primordial, o desenvolvimento da colaboração integrando múltiplos núcleos de saberes e práticas é um desafio para os trabalhadores (Barros; Spadacio; Costa, 2018). É necessário compreender as problemáticas enfrentadas para a efetivação da interprofissionalidade, visto que o conhecimento dos impasses

para a concretização desta prática influencia nas condições para qualificação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Oliveira, Guizardi, Dutra, 2020).

Nesse sentido, objetiva-se por meio deste estudo conhecer as barreiras e entraves para o exercício da prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde em um município do interior baiano.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo com abordagem de investigação pautada no materialismo histórico-estrutural-dialético, cuja finalidade é compreender a realidade concreta do serviço de saúde em análise, no que se refere à atuação interprofissional e sua relação com o cuidado em saúde e com o processo de trabalho na APS. O campo de estudo foi um município de pequeno porte I (até 20 mil habitantes), localizado na região de saúde Centro-Leste do estado da Bahia.

Participaram da pesquisa 18 pessoas, mediante a técnica saturação descrita por Fontanella, Ricas e Turato (2008), em que foi formada por trabalhadores e trabalhadoras da equipe de Saúde da Família e da equipe Multiprofissional (eMulti). O número dos entrevistados por profissão foram 03 enfermeiras (incluindo a coordenadora da AB do município), 02 odontólogas, 01 técnica/auxiliar de saúde bucal, 02 técnicas de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde e 06 profissionais da equipe multiprofissional: 02 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 01 assistente social e 02 nutricionistas, o qual utilizou-se como critério de inclusão, estar no mínimo seis meses no município de atuação, bem como critério de exclusão, os trabalhadores que se afastaram por período superior a noventa dias na vigência da pesquisa e os que apresentassem tempo de formação ou atuação no município inferior a seis meses. Importante destacar que os participantes da pesquisa foram convidados presencialmente, no local de atuação.

Os dados foram produzidos *in loco*, em ambiente silencioso e reservado, por meio de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro e foram gravadas após autorização em aparelho celular *Iphone 14 PRO*, e utilizou um aplicativo de gravador digital. Para favorecer o anonimato, os participantes foram identificados com a letra E (referente a entrevista) e um número representando a ordem dos entrevistados, exemplo: E1 (entrevistado 1), E2 (entrevistado 2), etc.

Para análise dos dados, guiou-se pela Análise Temática (Dias; Mishyma, 2023).

Inicialmente foi feita a organização do material com a transcrição literal das entrevistas seguido da leitura flutuante e exaustiva para uma maior aproximação do material produzido. Por conseguinte, realizou-se a classificação dos dados, em que buscou-se identificar os núcleos de sentido, a saber: Demandas de atendimento, escassez de recursos e necessidade de qualificação, que fomentaram a edificação de uma categoria temática denominada “Entraves e Barreiras para a Interprofissionalidade”. Por fim, houve o tratamento dos resultados e a interpretação destes, por meio do cruzamento entre as informações coletadas, bem como a articulação dos dados empíricos com o referencial teórico da pesquisa, relacionando e confrontando as semelhanças, divergências e a teoria com a prática.

Cabe destacar que o estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado da Bahia, por meio do parecer consubstanciado n° 6.245.006, CAAE 72938923.7.0000.0057, e respeitou as resoluções do CONEP 466/12 e 510/16.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho em saúde pautado na interprofissionalidade destaca-se enquanto forma privilegiada de compreensão e solução dos desafios cada vez mais complexos que emergem no campo da saúde (Farias *et al.*, 2018). Entretanto, os entraves e barreiras como a falta de qualificação profissional, a escassez de recursos e as demandas de atendimento atravessam o cotidiano dos serviços de saúde, que dificulta o agir profissional colaborativo e, conseqüentemente, a produção do cuidado integral e resolutivo que é preconizado pelo SUS. Desse modo, a concretização dos objetivos de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos usuários da APS passa pelo enfrentamento destes problemas que se constituem como obstáculos à plena articulação dos diferentes núcleos de saberes, no exercício do cuidado compartilhado (Brasil, 2017).

Escassez de recursos: barreiras para a efetivação do cuidado interprofissional

No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe caracteriza-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do SUS, em especial, na APS (Barros; Spadacio; Costa, 2018). Todavia, existem obstáculos que dificultam o exercício da interprofissionalidade na APS tais como a escassez de recursos, configurando-se como uma barreira para a produção

do cuidado e, conseqüentemente, resolutividade das necessidades de saúde normalmente construídas por meio de uma relação intersubjetiva durante o encontro com os usuários (Souza *et al.*, 2023).

Assim, elementos materiais que implicam na prática, como a carência de transporte, é relatada como um obstáculo, ao impossibilitar o atendimento para além das unidades, em locais mais afastados, levando que a equipe, por vezes, tenha que remanejar visitas domiciliares.

Tal situação é evidenciada nas seguintes falas:

Bom, a primeira dificuldade é Transporte. Como a gente tem unidades de zona rural então o que pega é a questão do transporte. Muitas vezes a gente tem que remarcar, tem que cancelar atendimento porque não tem carro (E1).

Às vezes acontece de um carro está na oficina e aí dificultar um pouco mais. Mas a gente sempre consegue de alguma forma remanejar a agenda, ou dia, pra conseguir estar fazendo esse atendimento [...] (E2).

Dessa forma, percebe-se os esforços das equipes de saúde em administrar esse entrave por meio da remarcação, a fim de garantir a realização das visitas domiciliares que são importantes ações previstas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com vistas à atenção integral (Brasil, 2017). Apesar dessa estratégia, a precariedade ou a não disponibilidade de veículos que propiciem o deslocamento dos profissionais pelo território afetam a produção do cuidado de forma qualificada e coloca em relevo a necessidade de destinar mais recursos para a mobilidade da equipe, com o intuito de assegurar os atendimentos domiciliares e em localidades mais remotas. Assim, em reverência aos princípios do SUS, é imprescindível desenvolver estratégias de maior investimento e despreciação da APS, para ampliar o alcance da integralidade do cuidado e viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Ademais, tendo em vista que o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde, que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada, quanto da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede, é imprescindível mitigar os entraves que desafiam a efetividade do planejamento e da prática do cuidado (Peduzzi *et al.*, 2020).

Nesse sentido, nos serviços de saúde devem-se haver ferramentas e estratégias, além da própria equipe, utilizadas com o propósito de chamar a atenção da comunidade e aproximar os usuários da APS, de modo que eles tenham interesse em buscar os profissionais para além de quando há necessidade. Contudo, a carência de recursos financeiros interfere na resolutividade em ato ao dificultar ou impossibilitar a equipe de estruturar ações e serviços que promovam o

cuidado integral (Lima *et al.*, 2022).

Sob essa ótica, contempla-se o que foi elucidado no comentário a seguir:

Financeiro. É porque assim, tudo tem... envolve custos, né? Por exemplo, a gente fez uma simples decoração e às vezes a gente pede material, não vem, não vem o que a gente pede, aí a gente tem que improvisar. Então acho que até quando você tem um recurso, e às vezes, para chamar pessoas, tem que proporcionar alguma coisa para que elas queiram ir e aí falta um recurso para poder trabalhar melhor, nesse sentido. (E13)

Em vista disso, compreendendo a essencialidade de recursos financeiros em prol de garantir compra de insumos e materiais indispensáveis à prestação de serviços de qualidade, torna-se necessário o devido investimento. Cabe salientar que o SUS sofre com um subfinanciamento e tentativas de sucateamento agravadas pela política neoliberal implementada pelos últimos governos. Isso resultou na precariedade das relações trabalhistas, na privatização da gestão de Unidades Básicas de Saúde, na fragilização dos vínculos, além de problemas organizacionais como a pouca articulação entre a APS e outros níveis de atenção, afetando a coordenação e longitudinalidade do cuidado (Castro *et al.*, 2021).

Portanto, a escassez do financiamento é um elemento que dificulta a capacidade resolutive do cuidado em saúde no SUS, e conseqüentemente, na APS, pois além de insumos, reduz a capacidade de ofertar serviços de saúde que atendam às necessidades e reduz o número de trabalhadores que são fundamentais para a efetividade desta política de Estado (Lima *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2023).

Necessidades de atendimento: um olhar a partir da oferta e da demanda

O trabalho na Atenção Básica (AB) é atravessado tanto pelo acolhimento da demanda espontânea quanto da demanda programada. Nesse contexto, o exercício para garantir o acesso do usuário, organizar o processo de trabalho e administrar os fluxos/demandas existentes de atendimento são aspectos que fazem parte da rotina dos trabalhadores (Sombra *et al.*, 2022).

Destarte, o volume das demandas de atendimento, a depender da forma como são sistematizadas, configura-se em empecilho para o exercício da interprofissionalidade, o qual se apresenta como uma barreira para a produção do cuidado que impacta diretamente na operacionalização da ESF. A discussão sobre a relação da oferta e demanda de serviços de saúde, é atravessada por embates, conflitos e contradições, pois não consideram somente as necessidades de saúde dos usuários, mas dependem de aspectos como custo, acessibilidade e o

processo de trabalho (Souza *et al.*, 2014).

A insuficiência de profissionais, atrelado ao tamanho da população adscrita e ao número de eSF que a equipe eMulti atende, são pontos elencados pelos entrevistados como dificuldades a serem enfrentadas. Portanto, há uma oferta exígua de profissionais na atenção primária para a demanda existente, acarretando problemas no atendimento à população e sobrecarregando a equipe e o usuário (Lima *et al.*, 2015).

Além disso, a dificuldade de deslocamento se constitui como uma barreira de acesso aos serviços e para atender as necessidades dos usuários (Lima *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2023). Tais aspectos são corroborados pelas falas dos entrevistados a seguir:

A dificuldade que tem não seria nem com a equipe em si, seria assim, tempo para a gente fazer mais coisas. Né? Porque às vezes a carga horária é reduzida, às vezes são, aqui são cinco unidades, eu acho, duas na zona rural...É, então assim são muitas unidades, né? (E6)

Sempre tem uma dificuldade ou outra, mas assim, a maioria das nossas dificuldades é na questão da demanda. Demanda e oferta. Agora, a gente tem uma oferta maior, tinha muito problema com psicólogo, porque a lista estava muito grande, mas agora deu uma maneira, né? Mas é [...], no geral esse era o nosso maior problema. (E16)

Percebe-se que as demandas de trabalho e as necessidades de atendimento submetido à quantidade reduzida de profissionais atuantes nas equipes, atreladas ao número de unidades a serem contempladas, dificulta a organização dos processos de trabalho e a comunicação interprofissional e colaborativa entre os profissionais (Oliveira; Guizardi; Dutra, 2020).

Dessa forma, nota-se que há uma discrepância entre oferta e demanda que se configura como empecilho para a interação interprofissional, uma vez que a rotina com agendas superlotadas complexifica as possibilidades de discussão de casos entre os trabalhadores e elaboração de planos. Sendo assim, reverbera no trabalho interprofissional e impacta tanto para os usuários quanto para a equipe (Kanno, 2022).

Há qualificação profissional na APS? Educação Permanente e Educação Interprofissional em Saúde como estratégias

A Educação Permanente em Saúde (EPS), enquanto política vinculada ao SUS no Brasil, é uma ferramenta imprescindível para o aprimoramento do processo de trabalho, da produção de saberes e para o rompimento da fragmentação da promoção e do cuidado em saúde. Acontece através de processos formativos pautados no trabalho em equipe colaborativo e

interprofissional vinculado ao princípio da integralidade da atenção à saúde (Freitas *et al.*, 2024).

Em consonância a isto, a Educação Interprofissional (EIP) se configura como uma estratégia em que membros de duas ou mais profissões da mesma equipe de saúde aprendem a intervir conjuntamente e de forma interativa visando melhorar a prática colaborativa nos processos de trabalho bem como a qualidade da atenção aos usuários em prol da resolutividade do cuidado (Morais; Medeiros, 2023).

Apesar dessas interações serem fundamentais para a integralidade e resolutividade do cuidado, a aplicação desta prática é atravessada por obstáculos para a atuação na APS pois é comum os profissionais adentrarem no SUS embasados por uma formação uniprofissional, marcada pelo modelo biomédico centrado, pautada em consultas individuais e sem intervenções articuladas (Farinha *et al.*, 2023; Rosa *et al.*, 2022).

Os reflexos disso são visíveis na prática diária, como é possível notar na seguinte fala:

Por exemplo, talvez assim... a nutrição é um pouquinho mais afastada. Acho que deveria interagir um pouco mais. E às vezes eu vejo também o médico um pouco distante, eu não sei se é porque as pessoas mesmo que colocam o médico mais... como se fosse acima! Não sei, mas ele não se envolve muito (E13).

Observa-se a necessidade da colaboração e da comunicação entre os profissionais, em prol de ações relevantes e resolutivas de cuidado em saúde. Portanto, há uma necessidade de avançar da multiprofissionalidade, ou seja, requer um arranjo organizacional de trabalhadores para atitudes cotidianas que tenham a interprofissionalidade como finalidade, com o objetivo de a atenção à saúde ser realizada com eficácia. Portanto, é primordial que haja processos formativos que insiram a prática interprofissional desde a graduação e possa propiciar o desenvolvimento de competências em comum entre os trabalhadores, e assim estimule a capacidade de trabalhar em equipe (Alves *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2024).

Através disso, a EIP expressa o compromisso com a transformação das práticas de saúde no contexto do SUS, conforme é possível elencar no depoimento a seguir:

É dessa importância de todo mundo atuar junto, porque o ser humano é integral e eu vejo muito isso também aqui, alguns profissionais conseguem ter essa visão integral do sujeito. Porque essa integração faz a gente conseguir ter um tratamento mais focado, mais eficaz, mais subjetivo, porque são usuários do SUS, mas cada um tem a sua história, cada um tem sua particularidade, cada um tem sua singularidade, então a partir do momento que a gente observa esse sujeito [...] (E11).

Conforme a literatura, na EIP há maior capacidade dinâmica de se produzir resultados

na atenção à saúde de usuários, famílias e comunidade do território devido a proposta de formação voltada para o enfrentamento da histórica fragmentação do trabalho em saúde e predomínio da educação uniprofissional (Ogata *et al.*, 2021).

Diante do supracitado, percebe-se que essa prática reduz as intervenções individualizadas e fragmentadas, e pode contribuir para a efetivação da integralidade do cuidado preconizada pelo SUS. Além disso, qualifica os profissionais no desenvolvimento da prática colaborativa e do compartilhamento de saberes e práticas para alavancar o trabalho em equipe (Freitas *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

Conforme os apontamentos dos trabalhadores, percebe-se que os entraves e as barreiras para atuação interprofissional na APS estão relacionados à insuficiência de qualificação profissional ampliando-se, a escassez de recursos e a alta demanda de atendimentos frente a quantidade de trabalhadores alocados nas equipes. À vista disso, observa-se que o déficit na formação profissional, além das tentativas de sucateamento do SUS são fatores que dificultam a prática colaborativa, a integralidade da atenção e a resolutividade do cuidado. Isso reflete, portanto, no acolhimento às necessidades dos demandantes e na organização do processo de trabalho.

Ademais, nota-se que os profissionais da APS enfrentam desafios cotidianos para a efetivação da interprofissionalidade, por isso, é fundamental identificar as fragilidades e as potencialidades do trabalho em equipe, como forma de construir estratégias para a efetivação de um processo de trabalho coeso, integral, longitudinal e resolutivo. Destarte, reconhecer os entraves e barreiras propicia uma reflexão acerca das necessidades dos usuários e trabalhadores e, portanto, pode fomentar uma discussão para que ocorra mudança na formação, na reorganização do processo de trabalho e a articulação de estratégias para mitigar os impactos da carência de recursos.

Por fim, tendo em vista que a APS é a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde e eixo estruturante do SUS, e reconhecendo as contribuições do trabalho pautado na interprofissionalidade, é importante a realização de pesquisas em prol de identificação dos entraves que transitam na rotina profissional dos trabalhadores da saúde, como forma de incentivar discussões e ações voltadas para dirimir esses obstáculos, favorecer o trabalho colaborativo e fortalecer o sistema de saúde público.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. A. *et al.* Desafios e potencialidades da interprofissionalidade no contexto do programa de educação pelo trabalho para saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e22010414041, 2021. Disponível em: [10.33448/rsd-v10i4.14041](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14041).
- BARROS, N. F.; SPADACIO C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 42. n. spe1, p. 163–173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 mar. 2024.
- CASTRO, C. T. *et al.* Atenção primária à saúde frente à pandemia de covid-19 no brasil: possibilidades e desafios. In: FURTADO, J. H. de L.; QUEIROZ, C. R.; ANDRES, S. C. (Org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo**. Campina Grande: Editora Amplla, 2021.
- DAMINELLO, M. **Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.
- DIAS, E. G.; MISHIMA, S. M. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. **Revista Sustinere**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 402–411, 2023. Disponível em:
- FARIAS, D. N. de et al. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.
- FARINHA, A. L. *et al.* Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 27, p. e20220212. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0212pt>.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- FREITAS, M. L. de *et al.* Vacinação, qualificação profissional e trabalho em equipe: do conhecimento aos entraves. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 409–425, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.12065>.

KANNO, N. de P. **Barreiras e fatores facilitadores para a colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635–656, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331201500020001>.

LIMA, J. G. *et al.* Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00616190, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.

MORAIS, I. F. de; MEDEIROS, S. M. de. PET-Saúde interprofissionalidade: contribuições, barreiras e sustentabilidade da Educação Interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. v. 27. p. e220319,2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220319>.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 55, p. e03733, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>.

OLIVEIRA, A. T. P. de; GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. de B. Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde. In: GUIZARDI, F. L.; DUTRA, E. de B; PASSOS, M. F D (Org.). **Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 13-34.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em Equipe: uma Revisita ao Conceito e a seus Desdobramentos no Trabalho Interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

ROSA, O. M. *et al.* Educação Interprofissional em Saúde: elucidando conceitos. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e74111234216, 2022. Disponível em: [10.33448/rsd-v11i12.34216](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34216).

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOMBRA, N. L.L. *et al.* Demanda Espontânea na Atenção Primária: avaliação de médicos. **Cadernos ESP**, v.16, n.2, p. 34-39, 2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/789>.

SOUZA, M, C. de *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014. Disponível em: [10.15343/0104-7809.20143802139148](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143802139148).

SOUZA, M, C. de; SOUZA, J. N. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. **Biomedical Journal of Scientific & Technical Research**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 24317-24324, 2020. Disponível em: [10.26717/BJSTR.2020.31.005125](https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125).

SOUZA, M, C. de *et al.* Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e3412139473, 2023. Disponível em: 10.33448/rsd-v12i1.39473.

SOUZA, M, C. de *et al.* Prática interprofissional e trabalho colaborativo em uma residência multiprofissional: da dificuldade a efetivação dessas ferramentas. **Revista Interfaces**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v12.e1.a2024.pp4061-4069>.

4.3 PRODUÇÃO TÉCNICA 1: QUALIFICAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

“INTERPROFISSIONALIDADE E TRABALHO COLABORATIVO EM SAÚDE: Um caminho para o cuidado Integral”

Resumo: Projeto de qualificação “Interprofissionalidade e Prática Colaborativa no Cuidado em Saúde”, que visa a intervenção na realidade, compreendidos pelo projeto de pesquisa maior “Educação Interprofissional, Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa no cuidar” vinculada à dissertação de mestrado com título: Práticas colaborativas, trabalho em equipe e as barreiras para efetivação da interprofissionalidade: um olhar na possível transformação do cuidar, cujo objetivo é promover a qualificação de estudantes e trabalhadores de saúde para o cuidado interprofissional e colaborativo, com vistas à integralidade do cuidado. Os participantes são trabalhadores de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação da saúde. Houve envolvimento e contribuição dos participantes das diversas graduações da saúde, do Departamento de Saúde e dos profissionais. Os participantes juntamente com a equipe executora do curso, se reuniram no turno vespertino em 22 de maio 2024, de forma presencial para reflexão a despeito do processo de trabalho e educativo, objetivando transformação da realidade das práticas de cuidado em saúde. A formação aconteceu com a utilização de metodologias ativas. Desta forma, espera-se que os participantes se (re) aproximem dos temas relacionados à Educação e Prática Interprofissional Colaborativa e repensem o desenvolvimento de competências que estimulem o trabalho em equipe integrado.

Objetivo Geral:

Promover a qualificação dos trabalhadores e estudantes da saúde para o cuidado interprofissional e colaborativo no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

Objetivos Específicos:

Promover reflexões sobre o trabalho em equipe e sobre o potencial da prática interprofissional colaborativa para o trabalho e formação dos profissionais de saúde na perspectiva do cuidado integral em saúde;

Desenvolver estratégias de cuidado integral com a participação da equipe em todo o processo de atenção à saúde;

Qualificar os estudantes para atuação no mundo do trabalho com base no trabalho em equipe e cuidado interprofissional;

Justificativa:

A partir da necessidade do (re)pensar as práticas profissionais, sobretudo no que concerne à atuação interprofissional em busca do cuidado integral na saúde e de ultrapassar as limitações do processo formativo na saúde, que interfere diretamente na realidade do cuidar essa qualificação foi planejada.

Importante destacar que a prática colaborativa está intimamente relacionada à forma com a qual os profissionais encaram o trabalho em equipe e como estes se relacionam. Reflexos da formação inicial destes profissionais – graduação – podem interferir no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades sobre este processo. A formação fragmentada de profissionais de saúde acaba por favorecer a fragmentação das práticas de cuidado nos serviços de saúde, corroborando com a individualidade, deixando de lado a colaboração. Ao mesmo tempo, tais profissionais são inseridos no mercado de trabalho, como parte de equipes multiprofissionais, mas acabam por perpetuar a fragmentação do cuidado, uma vez que não priorizam o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa. A saúde é um produto social, passível de várias influências e intervenções e o cuidado em saúde é produzido no encontro com os sujeitos, no estabelecimento do vínculo e na valorização da construção dessa relação como potência para promoção da autonomia e o cuidado.

Segundo Feuerwerker (2016), é nesse território de ações cuidadoras e mútuas afetações que o cuidado vivo em ato é configurado, é nesse território que se produzem os encontros e que se faz valer a autonomia dos usuários se tornando possível fabricar o trabalho da equipe de saúde, e segundo a mesma, o cuidado é a alma dos serviços de saúde. Pensando no encontro como potencializador de um cuidado subjetivo e nos múltiplos sentidos deste cuidado, assim como outras relações humanas, as escolhas - de todos os envolvidos, fazem a diferença no processo de cuidado. Seja referente às escolhas do profissional de saúde e/ou do usuário. Quando falamos em cuidado integral, estamos lidando diretamente com as necessidades de saúde e com construções sociais.

Assim, as necessidades de saúde devem ser utilizadas como balizador no processo de

organização do cuidado. Diante desta realidade, a Interprofissionalidade e a Prática Colaborativa aparecem como possibilidades de contribuir no processo de trabalho e formação desses profissionais, pois as mesmas, por si só, já provocam uma mudança das pessoas/profissionais para os serviços de saúde e para o cuidado prestado. Para muitos, quando temos uma atividade multiprofissional, já estaríamos realizando uma ação integrada entre os envolvidos. Entretanto, o que podemos ver são vários profissionais de saúde que ocupam o mesmo serviço, fazendo parte de uma equipe de trabalho, mas que atuam de forma isolada, fragmentando o cuidado, sem, de fato, construir um trabalho em equipe, o que dificulta uma ação resolutiva que atenda as reais necessidades de saúde.

Esses dois conceitos – interprofissionalidade e prática colaborativa, vêm para derrubar o muro que separa os profissionais de saúde deles próprios e dos usuários, famílias e comunidade. São relativamente novos, mas têm sido uma das apostas de mudança no currículo de formação das Instituições de Ensino Superior, através de orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que está gerando a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de Ciências da Saúde, bem como nos processos de trabalho em saúde. A construção do perfil qualificado desses profissionais para o SUS e tendo o SUS como cenário de aprendizagem no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe podem e devem ser estimulados no cotidiano dos serviços, através da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Segundo Ceccim (2005), a EPS é de extrema importância para o processo de transição das práticas de cuidado, pois esta se adapta à realidade mutável vivenciada no cotidiano dos serviços. Ela é capaz de propor espaços de formação que extrapolam o desenvolvimento de competências tecnicistas - que favorecem a manutenção do modelo de atenção biomédico, promovendo a implicação dos sujeitos com o processo de mudança e a experimentação de uma nova maneira de perceber a realidade. Ao encarar a potência do encontro dos profissionais no serviço através da Educação Permanente em Saúde, seria possível o surgimento de pensamentos acerca da recomposição das práticas de formação e, conseqüentemente, do cuidado, operado por uma realidade que problematize as concepções sobre o trabalho em equipe e a educação/prática interprofissional, com vistas à integralidade do cuidado em saúde.

Percurso metodológico:

A trajetória metodológica inicia-se a partir da interface do Mestrado Profissional em

Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) que sugere um produto técnico com o intuito de construir um retorno palpável aos serviços de saúde e principalmente para o Sistema Único de Saúde. Como a pesquisa desenvolvida envolve a temática da Interprofissionalidade e Trabalho Colaborativo com vistas ao cuidado integral, se pensou em construir uma formação para os trabalhadores do município onde ocorreu o estudo e para estudantes de graduação e pós-graduação na saúde, sendo estes o público alvo, se estendendo aos demais trabalhadores de saúde da APS. Para realização desta atividade, utilizou-se as metodologias ativas onde o envolvimento dos partícipes se deu de forma interativa, compartilhando conhecimentos e vivências. O curso aconteceu em etapa única e com carga horária total de 4 horas. A formação foi realizada pelo Professor Doutor Marcio Costa de Souza e pela Mestranda Andreza Araujo da Silva Lima, com participação das Estudantes do grupo de pesquisa do NUPISC.

Plano da Formação:

Título: Cuidado Interprofissional e Prática Colaborativa no Cuidado em Saúde.

Carga Horária: 4 horas

Período: 22 de maio de 2024

Eixos temáticos:

- A) O trabalho em saúde e suas particularidades (subjatividade e produção do cuidado).
- B) Trabalho em Equipe x Equipe de Trabalho.
- C) O que é Interprofissionalidade e Prática Colaborativa?
- D) Como a prática interprofissional pode favorecer o cuidado em saúde e a integralidade?
- E) Como incentivar a prática interprofissional e colaborativa entre os estudantes e trabalhadores da saúde?

Resumo do módulo:

Os participantes tiveram acesso aos temas propostos com finalidade de se aproximar do trabalho em saúde no SUS, suas especificações, subjatividade e produção do cuidado, além de entender a dinâmica e a importância do trabalho em equipe dentro do sistema de saúde. Os partícipes tiveram contato com os conceitos de Interprofissionalidade e Prática Colaborativa em saúde e o fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação da formação em saúde,

entendendo como esta pode favorecer o cuidado em saúde e a garantia do princípio da integralidade. Também pensaram juntos, formas de incentivar a Prática Interprofissional Colaborativa no cotidiano pedagógico dos estudantes e no trabalho das equipes de saúde.

Estratégias pedagógicas:

A formação ocorreu através de metodologias ativas por meio de dinâmicas, rodas de conversa e produção coletiva de propostas de ação sobre o tema, baseado no referencial teórico sobre Trabalho em Equipe, Interprofissionalidade e Prática Colaborativa na Saúde.

Recursos:

- Computador, caixas de som e projetor;
- Vídeos e animações;
- Guia Prático/Cartilha;
- Papel ofício e canetas.
- Velas (dinâmica)

Mecanismos Gerenciais de Execução

Houve articulação e participação de docentes de graduação dos cursos do Departamento de Saúde da UEMS como contribuintes no processo, além de articulação com a Pós-graduação, a partir do campo de atuação do projeto e a origem desta formação como produto técnico do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva; além da vinculação ao programa de extensão DivulgaSUS (Resolução Consep 107/2023) da universidade, o qual esta atividade poderá alcançar outros estudantes de graduação a partir da participação dos professores e estímulos a mudanças nos serviços de saúde.

Resultados

Durante o processo de formação, os participantes se (re)aproximaram ou (re)conheceram temas não muito explorados na prática profissional, como: conceito ampliado de saúde, determinantes sociais, fatores socioculturais e políticos, problemas e necessidades de saúde, bem como o trabalho em equipe multiprofissional e o cenário favorável para a

interprofissionalidade, seja através da educação interprofissional ou da prática, visto que o caráter de formação nas academias para os serviços de saúde requerem mais educação permanente sobre o tema da Interprofissionalidade com vistas ao cuidado integral na saúde.

À curto prazo, foi possível sensibilizar para a promoção de espaços de educação e prática interprofissional, estimulando os participantes para a atuação colaborativa. Espera-se, à longo prazo, que Educação Interprofissional e a Prática Interprofissional e colaborativa, sejam incluídos nos componentes curriculares da formação profissional e nos processos de trabalho dos serviços de saúde, com o intuito de manter as discussões sobre o tema no cotidiano dos serviços.

Estratégia de Divulgação

Divulgação da programação nas mídias sociais como Instagram e WhatsApp do NUPISC e DivulgaSUS. Para o material impresso elaborado no formato de Guia prático, poderá ser propagado de forma permanente para a discussão sobre o tema oportunamente.

Infraestrutura Disponível

Auditório IV, do módulo 6, próximo ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Sala do Núcleo de Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde coletiva da UEFS.

Impactos Econômicos-Sociais, Científicos-Tecnológicos e/ou Ambientais

Com a produção da qualificação e da manutenção da divulgação sobre o tema nas redes sociais, pretende-se produzir mudanças no cuidado em saúde desde a formação até o cotidiano das práticas o que pode resultar na melhora dos investimentos de saúde. Como a ideia é permanecer com as ferramentas e canais, para além da formação dos estudantes de saúde e da graduação e pós-graduação da UEFS, tenhamos parcerias interinstitucionais que garantam uma formação para o cuidado em saúde de forma integral e mais resolutiva.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739–1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.047>.

COSTA, M. V. da *et al.* A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>.

FEUERWERKER, L. C. **Cuidar em Saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MENDES, T. de M. C. *et al.* Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0333>.

NASCIMENTO, A. C. B. do; OMENA, K. V. M. de. A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13655>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: Freelance, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/@@download/file>.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem USP** [online], v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

SOUZA, M. C. de *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014. Disponível em: [10.15343/0104-7809.20143802139148](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143802139148).

4.4 PRODUÇÃO TÉCNICA 2: GUIA PRÁTICO

INTERPROFISSIONALIDADE E TRABALHO COLABORATIVO EM SAÚDE



APRESENTAÇÃO

A cartilha Guia prático de Interprofissionalidade e Trabalho Colaborativo foi elaborada como **Produto Técnico do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva** da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), pela Mestranda Andreza Araujo da Silva Lima, sob orientação do Prof Dr Marcio Costa de Souza.



QUAL É A FINALIDADE DESSE GUIA?

Auxiliar trabalhadores e estudantes da saúde, no entendimento sobre os conceitos de Interprofissionalidade e Trabalho Colaborativo a fim de instrumentalizar os processos de trabalho e aperfeiçoamento do exercício profissional em saúde, para alcance do cuidado integral e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Reconhecer a necessidade de espaços que possuam equipe multiprofissional tem como finalidade apoiar e ampliar a clínica para efetiva resolução da produção do cuidado integral, que vai além do atendimento às necessidades biológicas e mais imediatas;

Envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações com incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas de cuidado.

A resolutividade dos serviços (capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica), perpassa por ações que tenham como estrutura uma abordagem integral do indivíduo e deve ser composta por diversos saberes. Nesse panorama, o agir por meio da interprofissionalidade vem se caracterizando como caminho para viabilizar a organização da atenção em saúde em uma perspectiva de práticas clínicas ampliadas centralizadas no indivíduo, família e comunidade.

interprofissional

Que se realiza entre duas ou mais profissões ou profissionais; em que participam indivíduos de diferentes profissões: equipe interprofissional, campeonatos interprofissionais.

dicio.com.br

VOCÊ CONHECE A PALAVRA INTERPROFISSIONALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE?

CONCEITO DE INTERPROFISSIONALIDADE

A **interprofissionalidade (IP)** se refere ao entendimento do trabalho em equipe, ressaltando o desempenho de cada profissional em favor da solução de problemas e da articulação de decisões, considerando as particularidades dos indivíduos.

INTERPROFISSIONALIDADE



Dias et al (2021)

CONCEITO DE PRÁTICA COLABORATIVA

Consiste no **resultado do trabalho conjunto** dos profissionais de saúde com usuários, famílias, cuidadores e comunidades, oferecendo assistência de melhor qualidade.

O que esse envolvimento coletivo proporciona?

Coopera para a obtenção dos resultados esperados em saúde e tem por intuito inter-relacionar diferentes profissionais possibilitando o compartilhamento de responsabilidades, afirmando a interdependência nos cuidados em saúde e revelando a distinção das funções de cada sujeito em favor da melhoria da assistência (Xavier et al, 2024).



Portanto, **trabalho em equipe interprofissional** é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções a partir do reconhecimento da sua interdependência e da complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (Peduzzi et al, 2020).

Se revela como um instrumento e/ou ideia potente que pode ser utilizada como ponte para conectar as profissões, renegando o fracionamento do conhecimento e fomentando a colaboração, o diálogo, o desapego, a coragem e a abertura ao outro.

INTERPROFISSIONALIDADE



Portanto, o trabalho em equipe de forma interprofissional tem sido definido como aquele que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender os anseios da população (Peduzzi; Agreli, 2018).

COMO EXECUTAR A PRÁTICA COLABORATIVA?

Trabalhar em equipe de forma multi e interprofissional significa atuar com profissionais de diversas formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação e de promover, além do ensino, a atuação interprofissional e a integralidade do cuidado. O trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, é apresentado como uma das melhores formas de se enfrentarem os desafios altamente complexos do setor saúde (Farias et al, 2018).





São processos interativos entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, com práticas participativas e relacionamentos interpessoais fortalecidos.

Tal colaboração proporciona uma atenção à saúde implicada com o cuidado integral e envolve intensificação da comunicação e da tomada de decisões compartilhadas.

(Matuda et al., 2015)



Então, a **interprofissionalidade** ocorre quando profissionais de diferentes formações desenvolvem o trabalho em equipe, cuja colaboração passa pelo planejamento e implementação das ações em saúde.

Para tanto, os trabalhadores devem atuar de modo compatível com o mesmo propósito clínico a partir de relações solidárias recíprocas, além da busca por práticas participativas com os usuários envolvidos (Ribeiro et al., 2022).

Então, reconhecer que os problemas de saúde se tornam cada vez mais complexos e dinâmicos é reconhecer que novas formas de cuidado devem ser postas em prática. Assim, a EIP e a prática colaborativa vêm ganhando destaque e devem ser entendidas enquanto ações complementares das práticas de diferentes categorias profissionais, atuando de forma integrada, compartilhando objetivos em comum, para garantir o cuidado em saúde, bem como a resolutividade (Sousa; Chagas, 2022).



E o que a Atenção Primária Saúde tem a ver com isso?

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o principal serviço adotado para atender as necessidades da população na APS para alcançar a atenção integral à saúde, a vinculação das equipes multiprofissionais à população de um determinado território, por ser a porta de entrada preferencial para o sistema, além da responsabilidade pela coordenação das RAS. Nesse contexto, a organização do processo de trabalho na APS é fundamental, incluindo um conjunto de ações coordenadas cujos saberes e estratégias empregadas pelos profissionais se tornam instrumentos para viabilizar a atenção em saúde (Gleriano et al., 2019).



Quais profissionais?

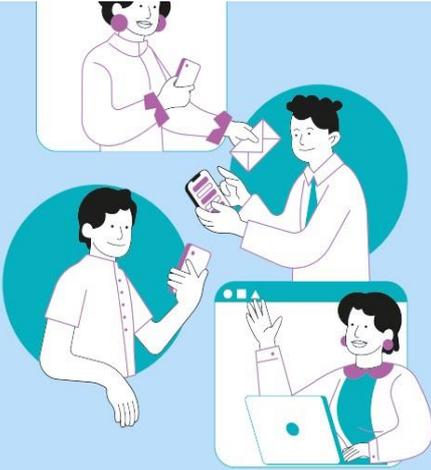
Todos da APS: da ESF (Enfermeiro, Odontólogo, ACS, Médicos) e Equipe Multiprofissional (Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistente Social, Nutricionistas, etc)



importante reiterar que o conceito de que o trabalhador da saúde é um ser coletivo, pois não há trabalhador de saúde que consiga suprir todas as necessidades da saúde (ALMEIDA; SERVO, 2021).

A consolidação de um modelo de atenção pautado na lógica da colaboração, do apoio e da interprofissionalidade, exige a quebra de paradigmas enraizados em nossa cultura, que opera tanto nos espaços de formação na graduação, quanto na realidade dos serviços (Mazza et al., 2020).

Ao contrário, conforma um modelo pouco resolutivo e comumente criticado por usuários, gestores e pelos próprios trabalhadores de saúde, tendo como consequência uma produção do cuidado pouco comprometida com a vida e com a constituição de sujeitos ativos (Queiroz et al., 2021).



No sentido de melhorar a interação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família e eMulti/NASF para alcançar os objetivos da APS, a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) em Saúde é um caminho reconhecido pelo envolvimento necessário das equipes de saúde (Previanto; Baldissera, 2018).

BUSCAR A RESOLUTIVIDADE DO CUIDADO!

Para Santiago et al (2021), resolutividade dos serviços de saúde consiste na capacidade de ofertar cuidados que atendam as demandas da população, de casos simples até os mais complexos, desde a consulta inicial em nível básico até a solução do problema, com possível alcance em níveis mais elevados de atenção. O entendimento a respeito da resolutividade da assistência é importante para a reorganização da qualidade do serviço ofertado.

Para Machado et al (2021), é preciso que a atuação multiprofissional seja organizada e implementada de forma colaborativa, de modo que não haja sobreposição e/ou hiatos assistenciais para que as ações desenvolvidas sejam efetivas e colaborem para a segurança e satisfação dos pacientes.

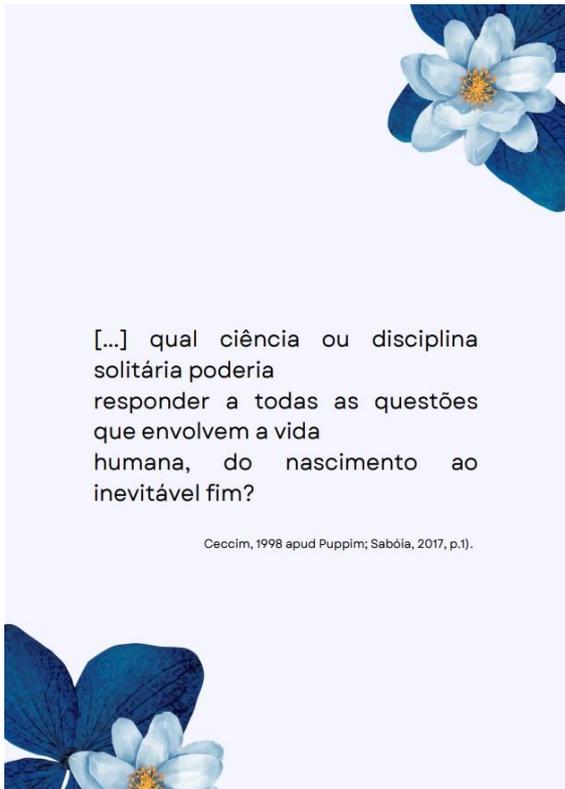
Por isto, o NASF é tão importante enquanto equipe multiprofissional capaz de fortalecer a responsabilidade social da APS, a partir da produção do cuidado fundamentada na territorialização, no trabalho em equipe e na clínica ampliada, garantindo assim a integralidade e a autonomia do indivíduo no processo saúde-doença.

É POSSÍVEL CONCLUIR QUE...

O diálogo como avanço no caminho da interprofissionalidade, facilita o processo de trabalho, a resolutividade das ações sem distinções de categorias profissionais (Souza et al, 2021).

A OMS indica que os sistemas de saúde, com estrutura baseada no trabalho colaborativo e em equipe na APS, não apenas melhoram os resultados de saúde, mas também melhoram a equidade e apoiam a atenção integral e longitudinal (OPAS, 2021).

Esses modos, com lógicas colaborativas, certamente, fortalecerão o SUS e as universidades, valorizando a necessidade de termos políticas públicas que fortaleçam o ensino e a prática entre as profissões (Muller et al., 2022).



[...] qual ciência ou disciplina solitária poderia responder a todas as questões que envolvem a vida humana, do nascimento ao inevitável fim?

Ceccim, 1998 apud Puppim; Sabóia, 2017, p.1).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA A. M.; SERVO M. L. S. Estresse no Trabalho da Estratégia Saúde da Família de Santana. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v. 21, n. 3, p. 1577-1584, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1909/2021.3.21619>.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1739-1749, 2018.
- DIAS, K. D. C. et al. Contribuições da educação Interprofissional ao ensino odontológico no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(2): e6490.
- OLERIANO, J. S. et al. Processo de trabalho: percepção da equipe de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, v. 13, p. e240566, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240566>.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: proximidade entre avanços e desafios. *Saúde Debate*, v. 45, n. 131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420213104>.
- MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. de S.; MARTINS, C. L.; Frazão, P. Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.
- MAZZA, D. A. A.; et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. e300405, 2020.
- MÜLLER, J. L. et al. A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Saúde em Redes*, v. 8, n. Supl, 2022. Disponível em: [10.18310/2444-4813.2022v8nsuplp15-35](https://doi.org/10.18310/2444-4813.2022v8nsuplp15-35).
- OPAS. APS forte no SUS: no combate à pandemia. Brasília, 2021.
- PEDUZZI, M.; AGRELLI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1987-57622017.0827>.
- PEDUZZI, M.; AGRELLI, H. F.; MANAGEMENT, E. E. de; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, H. S. de. Trabalho em Equipe: uma revisão ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho Educação e saúde*, v. 18, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
- PREVIATO O. F.; BALDISSERA V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática Interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1987-57622017.0647>.
- PUPPIN, M. A. P.; SABÓIA, V. M. A interdisciplinaridade como estruturante no processo de formação e de cuidado em saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, v. 11, n. Supl, 10, p. 4065-71, out. 2017. Disponível em: [10.5205/1981-8963.2017.11.10.4065-71](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2017.11.10.4065-71).
- QUEIROZ, D. M. de; OLIVEIRA, L. C. de; ARAÚJO FILHO, P. A. de; SILVA, M. R. F. da. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 5, p. e20210008, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>.
- RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: Intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Escola Anna Nery*, v. 26, n. e20210141, 2022.
- SANTIAGO C. P. L. et al. Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Política de Saúde: Implementação de Práticas: Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 26, n.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23272019>.
- SOUZA, E. D. R.; CHAGAS, M. de S. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/interprofissionalidade: experiências de uma academia de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 2, p. e066, 2022.
- SOUZA, M.C. et al. Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. *Sànare*, v.20, n.2, p.54-63, 2021.
- XAVIER, D. P. et al. Educação permanente em interprofissionalidade e prática colaborativa na Atenção Básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v.24, n.2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e15296.2024>.

QR CODE:



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A PESQUISA NO MUNDO E EM MIM

Ao tempo em que entendemos sobre a importância da interprofissionalidade estar imbuída nos processos de trabalho das equipes de saúde, sabemos que estes processos não se dão de forma otimizada nas equipes, sendo necessária por vezes, intervenções multifacetadas para alcançar os resultados de integralidade das ações, tão desejados nos processos de trabalho e de educação em saúde.

Conforme encontrado, os processos de trabalhos estavam articulados, porém carentes de educação permanente que modulem a forma de se produzir o trabalho em saúde, onde seja alcançada a integralidade da atenção dos usuários do SUS, apesar de estudiosos sobre o tema da interprofissionalidade na saúde ressaltarem que os obstáculos e desafios para as práticas interprofissionais do cuidado se mostram prevalentes.

Assim, a interprofissionalidade deve ser estruturante nos processos de trabalho em saúde, de educação e de formação profissional, ao considerar que os trabalhadores da saúde cuidam e, ao mesmo tempo, educam; e, a partir destes fundamentos nas atitudes interpessoais, podemos reconhecê-los como cuidador e educador. Nesta perspectiva, torna-se fundamental implementar as práticas Inter colaborativas por meio de ações que promovam a qualificação profissional neste nexo de trabalho.

Segundo Souza *et al.* (2019), em seu estudo foram evidenciadas lacunas entre o prescrito e o realizado, fator gerador de dificuldade para se concretizar a cooperação e o trabalho integrado nas ações de saúde. Elementos como a instabilidade profissional no mundo do trabalho, a inadequação da formação dos docentes e dos trabalhadores da saúde e os modelos vigentes de gestão, que favorecem a predominância de ações médicas específicas, são limitantes para a implementação da interprofissionalidade. Tais informações destacam, pois, a importância do fortalecimento do trabalho em equipe, de forma interdisciplinar e interprofissional.

Cabe destacar o diálogo como avanço no caminho da interprofissionalidade, para facilitar o processo de trabalho e a resolutividade das ações sem distinção de categorias profissionais, e, portanto, no decorrer do estudo foi notado processos de trabalhos onde a comunicação não seja tão efetiva. Em contrapartida, a equipe gestora municipal está conformada de modo que as barreiras da comunicação em saúde são dirimidas, com processos de trabalhos mais organizados, no município em estudo.

Desta forma, a pesquisa nos retratou a situação do município estudado, bem como nos

trouxe um pequeno recorte de como a saúde brasileira e baiana está conformada nos termos da interprofissionalidade como essência preponderante para transformações de realidades de trabalhos fragmentados, que requer direcionamentos de processos de trabalho cada vez mais alinhados entre as equipes multiprofissionais e as equipes de Saúde da Família, com vistas ao trabalho interprofissional.

Ainda, os programas de mestrado profissional multiprofissionais ao capacitar trabalhadores para a produção de conhecimentos científico-tecnológico e de inovação, podem promover maior qualificação das práticas profissionais. A produção, a difusão e a aplicação de pesquisas e tecnologias geradas nos programas, colaboram para o melhor desempenho dos profissionais e serviços, por qualificar a assistência e/ou o ensino, que neste caso se apresentam por meio dos produtos técnicos frutos deste estudo.

Portanto, almeja-se que a partir desta pesquisa as práticas atuais sejam modificadas, com o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e proteção da saúde; promova melhora da qualidade da assistência prestada aos usuários; motive o trabalho em equipe e aumente a interação interprofissional na APS; e que provoque mudanças no processo de trabalho das equipes, a partir da conscientização e consequentes transformações de práticas interprofissionais que irão fortalecer a saúde pública com qualidade.

Importante destacar que, finalizo esta etapa mais fortalecida e mais segura de que fiz uma escolha assertiva ao assumir o Mestrado Profissional como um dos objetivos e sonhos de vida. Foi muito gratificante dividir meus dias de aula com uma turma tão especial quanto foi a minha. O Mestrado Profissional da UEFS é um ambiente bastante acolhedor e estive assegurada em todo o decorrer das aulas e da orientação com o Professor Marcio Souza. Alguns momentos de indecisão e incertezas pairou no percurso, porém não suficientes para paralisar os meus propósitos.

Do ponto de vista da produção acadêmica, foi experimentado a construção de dois artigos científicos, a produção de material instrutivo no formato guia prático, participação e publicação de três resumos em Congressos, apresentação do trabalho no Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva da UEFS e por fim, produção de um minicurso sobre Interprofissionalidade e prática colaborativa para estudantes de graduação e pós-graduação e profissionais de saúde.

Para além, esta etapa que obrigativamente é considerada finalizada, mas de fato, na certeza de que as pesquisas não se encerram por aqui; ao contrário, o desejo que cada vez mais incentivos e políticas públicas possam favorecer o fortalecimento da pesquisa científica no mundo do trabalho como caminho para viabilizar a evolução da humanidade e das formas de

cuidado na saúde (desde a prevenção, promoção e reabilitação), principalmente no que se refere aos processos formativos permanentes em saúde, e por acreditar que estes são transformadores de vida e da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ANGUERA – BAHIA. **Escola Solução**. 27 mar. 2020. Disponível em: <https://escolasolucao.com.br/brasil/anguera-ba/>. Acesso em: 04 jun. 2023.
- AARONS, D. E. Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 320–327, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252192>. Acesso em: 03 jun. 2023
- AGONIGI, R. C. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2659–2665, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- ALMEIDA, R. G. dos S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. de A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, p. 97–105, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- ALMEIDA A. M.; SERVO M. L. S. Estresse no Trabalho da Estratégia Saúde da Família de Feira de Santana. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 3, p. 1577-1584, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.3.21619>. Acesso em: 23 maio 2023.
- AMARAL, V. de S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- ANJOS, K. F. dos *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 672–680, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dCKCW6Y3pXzRpKhD6nChYvy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- AQUINO, R. *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2014. p. 353-372.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. “De técnico a profissional da saúde”: análise do processo de (re)construção da identidade profissional no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. e210386, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210386>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- BAETA, S. R.; MELO, W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2289–2295, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- BAHIA. Secretária da Saúde. Assessoria de Planejamento e Gestão (APG). Plano Diretor de Regionalização (PDR 2007). **Observatório Baiano de Regionalização**. 2009. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/pdr2007>. Acesso em: 21 out. 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Núcleos Regionais de Saúde**, 2012. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp. Acesso em: 4 mai. 2022. fig. 1.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Mapa da Bahia**, 2023. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_macroch.asp?MACRO=CENTRO-LESTE&Button122=Ok. Acesso em: 4 mai. 2022. fig. 2.

BALBINO, A. C.; SILVA, A. N. S.; QUEIROZ, M. V. O. O impacto das tecnologias educacionais para o cuidado neonatal. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.954>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561–571, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>. Acesso em: 3 jun. 2023.

BERTUSSI, D. C. *et al.* Dimensões do apoio matricial: dispositivo na organização do cuidado e na formação em saúde. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 3, p. e12854, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12854>. Acesso em: 3 jun. 2023.

BORGES, T. F de. O ensino das lutas na formação de professores de Educação Física: uma perspectiva a partir da dialética sujeito-objeto e da experiência docente. **Revista Brasileira De Ciências Do Esporte**, v. 45, p. e20220038, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/rbce.45.e20220038>. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 2 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf. Acesso em: 5 fev. 2023

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-

2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências, 2012.

Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, 28 de janeiro de 2020**.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/materiais-de-apoio/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRITO, C. da S. *et al.* Apoio Institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma visão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.00212021>. Acesso em: 30 maio 2023.

CALHEIROS, M. N. T. da R. *et al.* A educação permanente no âmbito da saúde mental e o médico atuante na atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 25, n. Supl 1, p. 29 – 40, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35362>.

Acesso em: 03 jun. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de Coletivos**. 3. ed. São Paulo, SP: Hucitec; 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 3 jun. 2023.

CAMPOS, G. W. de S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983–995, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>. Acesso em: 4 jun. 2023.

- CAMPOS, K. F. C. *et al.* Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 132–140, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- CARVALHO, M. S. de; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e190211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739–1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.047>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e ensino da saúde: ensino formal, não formal e informal. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 1, p. 5-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n1p05-09>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400013&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 3 jun. 2023.
- DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V. de; VILAR, R. L. A. de. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 137–157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23953>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- DUARTE, M. K. F dos S.; BERNARDES, J. de S. O apoio matricial em uma residência multiprofissional em saúde: algumas pistas encontradas. **Revista Eletrônica Gestão e Serviços**, v.12, n. 1, p. 3319 - 3340, jan/jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2177-7284/regs.v12n1p3319-3340>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- FARACO, R. de L. P. de S. *et al.* Metodologias ativas no mestrado profissional em ensino na saúde: ampliando os espaços de construção do conhecimento. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, p. e48963469, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3469>. Acesso em: 30 mar. 2023.
- FELISBINO, P. *et al.* Educação permanente em saúde no Sistema Único de Saúde: percepções dos profissionais de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 4, out/dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i4.6148>. Acesso em: 31 mar. 2023.
- FERRAZ, E. de M. *et al.* A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em

Saúde com equipes gestoras. **Saúde debate [Internet]**, v. 46, n. spe6, p. 217–27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E619>. Acesso em: 03 mai. 2023.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 03 jun. 2023.

FERREIRA, R. A. de A. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos organizativos. **Interação**, v. 23, n. 2, p. 489-503, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v23i2.3246>. Acesso em: 30 mar. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%AAdtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 3 jun. 2023.

FIGUEIREDO, E. B. L. de *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1164–1173, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213515>. Acesso em: 03 jun. 2023.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. **Metodologia da pesquisa educacional**. 6. ed. Cortez, 2000. f. 69–90.

GEOPORTAL de informação em saúde. Secretaria de Saúde do estado da Bahia. **Geolive**. Disponível em: geolive.saude.ba.gov.br. Acesso em: 3 dez. 2022. fig. 3.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de pesquisas**. 6. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 4 jun. 2023.

GLERIANO, J. S. *et al.* Processo de trabalho: percepção da equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 13, p. e240566, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240566>. Acesso em: 3 jun. 202.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe1, 12–23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/010311042019S101>. Acesso em: 03 jun. 2023.

GONÇALVES, M.V.; MALFITANO, A. P. S. Relato de uma pesquisa em terapia ocupacional sobre mobilidade urbana: um enfoque teórico metodológico a partir do materialismo Histórico-dialético. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 6, n. 4, p. 1405-1415, 2022. Disponível em: [10.47222/2526-3544.rbto49117](https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto49117). Acesso em: 3 jun. 2023.

GONTIJO, E. D.; FILHO FREIRE, J. R.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional em saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Caminhos do Cuidado**, v. 3, n. 2, p. 20-38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/cc.v3n2.186>. Acesso em: 3

jun. 2023

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 4, p. 63–72, 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/516>. Acesso em: 3 jun. 2023.

IGLESIAS, A. *et al.* Educação Permanente no Sistema Único de Saúde: Concepções de Profissionais da Gestão e dos Serviços. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, n. e255126, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>. Acesso em: 03 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça cidades e estados do Brasil**. IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

JESUS, J. M. de; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>. Acesso em: 03 jun. 2023.

KIRSCH, G. H.; SLOB, E. M. G. B. Atuação do enfermeiro na educação em saúde da população. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 13, p. 218-233, 2018.

KWIATKOWISKI, H. S. *et al.* Educação e Relações Interprofissionais na Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: [10.18310/2446-4813.2022v8n1p265-282](https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p265-282). Acesso em: 3 jun. 2023.

LEITÃO, C. A entrevista como instrumento de pesquisa científica em Informática na Educação: planejamento, execução e análise. In: PIMENTEL, M.; SANTOS, E. O. dos (Org.) **Metodologia de pesquisa científica em Informática na Educação: abordagem qualitativa**. Porto Alegre: SBC, 2021. (Série Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação, v. 3). Disponível em: <https://metodologia.ceie-br.org/livro-3/>. Acesso em: 3 jun. 2023.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. de M.; FAGUNDES, T. de L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra- hegemonia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e0025082, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>. Acesso em: 03 jun. 2023.

LEMES ROJAS, F. L. *et al.* Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde/ Permanent education in health: the rethinking about the construction of health practices/ Educación permanente en salud: el repensar sobre la construcción de las. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 310–330, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3730>. Acesso em: 3 jun. 2023.

LIMA, R. S. de A. *et al.* O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 25–31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010454>. Acesso em: 3 jun. 2023.

LOPES, J. R. B. **Desenvolvimento e mudança social**: formação da sociedade urbana

industrial no Brasil. 3.ed. São Paulo: companhia Editora nacional/MEC, 1976.

MACÊDO, P. H. S. de; LIMA, B. P. da S.; ARCE, V. A. R. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família como espaço estratégico de aprendizagem interprofissional em saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 1, p. e54130, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/54130>. Acesso em: 3 jun. 2023.

MACHADO, D. K. de S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224–232, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7tBHt6hRRRxK64d6qSQbVv/?lang=pt#>. Acesso em: 3 jun. 2023.

MAFFISSONI, A. L. *et al.* Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 1012–1023, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811918>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MARTINES, L. S. E. *et al.* Impacto do apoio matricial e institucional nos processos de trabalho de equipes de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 9, n. 17, 2022. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/1506>. Acesso em: 3 jun. 2023

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. da S.; MARTINS, C. L.; Frazão, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 3 jun. 2023.

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300405, 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>. Acesso em: 3 jun. 2023.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades**. In: AYRES, J.R.; SANTOS, L. (Org.). Saúde, Sociedade e História. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 294-374.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014. Disponível em: [10.1590/S00348910.2014048004498](https://doi.org/10.1590/S00348910.2014048004498). Acesso em: 03 jun. 2023.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2019. 992 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: 40 HUCITEC: ABRASCO, 2012.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 3 jun. 2023.

MÜLLER, J. L. *et al.* A prática interprofissional e a formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. Supl1, 2022. Disponível em: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p15-35. Acesso em: 3 jun. 2023.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p.92-96, 2010. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 4 jun. 2023.

NASCIMENTO, L. de C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 228–233, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 3 jun. 2023.

NUNES JÚNIOR, J. R. *et al.* O trabalho em equipe na implementação de um grupo na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 12, 2022. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/12173>. Acesso em: 3 jun. 2023.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, n. e03733, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 03 jun. 2023.

PAVINATI, G. *et al.* Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, p. 328-349, Set./Dez. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399068>. Acesso em: 3 jun. 2023.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977–983, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Acesso em: 03 jun. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 3 jun. 2023.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S. de; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4, p. 187-197, 2018. Disponível em: 10.1590/0103-11042018S415. Acesso em: 3 jun. 2023.

PIVETTA, H. M. F. *et al.* Percalços da Docência Universitária nas Ciências da Saúde. **Educação & Realidade**, v. 44, n. 1, p. e75639, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623675639>. Acesso em: 4 jun. 2023.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre/RS: Artmed, 2011.

POPPINO, R. E. **Feira de Santana**. Salvador: Itapuã-Coleção Baiana, 1968.

PREVIATO G. F.; BALDISSERA V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>. Acesso em: 05 jun. 2023.

PUPPIN, M. Â. P.; SABÓIA, V. M. A interdisciplinaridade como estruturante no processo de formação e de cuidado em saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 11, n. Supl. 10, p. 4065-71, out. 2017. Disponível em: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201707. Acesso em: 3 jun. 2023.

QUEIROZ, D. M. de *et al.* Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, p. e20210008, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>. Acesso em: 3 jun. 2023.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. e20210141, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>. Acesso em: 3 jun. 2023.

RODRIGUES, D. C. *et al.* Permanent Educacion and matrix support in primary health care: family health routine. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>. Acesso em: 3 jun. 2023.

ROSSO, S. D. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4, n. 1, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000100005>. Acesso em: 05 abr. 2023.

SANTOS, R. C. dos. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente do cuidado em saúde mental**: perspectivas de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. [Versão eletrônica], 2012. (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes e Parâmetros Norteadores dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF**. São Paulo: 2009.

SILVA, S. C. B. de M.; SILVA, B. C. M. N.; LEÃO, S. O. **O Subsistema Urbano-Regional de Feira de Santana**. Recife: SUDENE - CPR, 1985.

SILVA, J. A. M. da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 16–24, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. Acesso em: 3 jun. 2023.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. dos A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>. Acesso em: 03 jun. 2023.

SOUZA, M. C. de. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 452–460, 2012. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/481>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SOUZA, M. C. de *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014. Disponível em: [10.15343/0104-7809.20143802139148](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143802139148). Acesso em: 3 jun. 2023.

SOUZA, T. T. de; KNABBEN, R. J.; CALVO, M. C. M. Caracterização de núcleos de apoio à saúde da família e integração às equipes de saúde da família vinculadas. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 20, n. 4, p.551 - 564, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.16067>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SOUZA, M. de O. *et al.* Apoio matricial, Interprofissionalidade e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Salvador- Bahia. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 22, n. 4, p. 781-795, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16732>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SOUZA, E. D. P.; CHAGAS, M. de S. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade: experiências de uma acadêmica de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 2, p. e066, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210427>. Acesso em: 3 jun. 2023.

SOUZA, M. C. de *et al.* Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e caminhos nas redes para o diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e3412139473, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.3947>. Acesso em: 3 jun. 2023.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 565–578, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Acesso em: 4 jun 2023.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. e0026798,

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>. Acesso em: 3 jun. 2023.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. e20190273, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0273>. Acesso em: 4 jun. 2023.

VIANA, M. M. de O.; CAMPOS, G. W. de S. Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00123617, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123617>. Acesso em: 3 jun. 2023.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. (spe), p. 221–231, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005418>. Acesso em: 4 jun. 2023.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS CONFORME RESOLUÇÃO Nº 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Participante: _____

Sexo: F () M () Telefone: () ____ ____

Cidade: _____ CEP: _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE: UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR.
2. PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Andreza Araújo da Silva Lima
PESQUISADOR (A) COLABORADOR: Márcio Costa de Souza

III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE: UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR, de responsabilidade da aluna pesquisadora Andreza Araujo da Silva Lima, discente da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia e do professor orientador Dr Márcio Costa de Souza. Esta tem como objetivos analisar a produção do cuidado em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das equipes multiprofissionais e da Saúde da Família em um município do interior da Bahia e conhecer as práticas de cuidado, a colaboração profissional e o trabalho em equipe para atuação na APS, pautadas na interprofissionalidade, no município de

Anguera - Bahia. A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios ao produzir reflexões, pensamentos, sensações e sentimentos acerca dos processos de formação e de cuidado integral à saúde, bem como em relação aos processos de trabalhos desenvolvidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Caso aceite, o senhor (a) será submetido (a) a entrevista semiestruturada individual que será gravada em áudio pela mestrande Andreza Araújo da Silva Lima do curso de pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da UEFS. Assinando este termo, o senhor (a) autoriza o uso de gravação de áudio, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade e sem nenhum tipo de veiculação. Devido a coleta de informações o senhor (a) poderá vivenciar alguma repercussão emocional (como cansaço, stress, medo, etc) sobre sua vivência profissional, podendo ter suporte psicológico ou de outros profissionais de saúde, se necessário. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto o Sr. (a) não será identificado. Caso queira, o senhor (a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora através do telefone de contato disponibilizados ou e-mail disponibilizados; e o Sr. (a) caso queira, poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética da Universidade do Estado da Bahia. Esclareço ainda que, de acordo com as leis brasileira, o Sr. (a) tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IV. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO:

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Andreza Araújo da Silva Lima

Telefone: (75) 3612- 4974 E-mail: andrezaaraujo@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador(a) sobre os objetivos benefícios da

pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISIONALIDADE: UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário, consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja realizada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador orientando

Assinatura do pesquisador orientador

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO A SER ESTUDADA
TRABALHADORES DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS**

DATA DA COLETA: ____/____/____

1. QUAL A SUA IDADE?
2. GÊNERO?
3. RAÇA/COR?
4. ONDE RESIDE?
5. QUAL A SUA FORMAÇÃO?
6. QUANDO CONCLUIU?
7. ONDE CURSOU SUA GRADUAÇÃO?
8. VOCÊ TEM PÓS-GRADUAÇÃO? () SIM () NÃO. SE SIM, QUAL A SUA ESPECIALIZAÇÃO E ONDE CURSOU?
9. COMO SE DEU A ESCOLHA PELA ESPECIALIZAÇÃO?
10. JÁ TEVE OUTRA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO? CASO A RESPOSTA SEJA SIM, COMO SE DEU ESSA EXPERIÊNCIA?
11. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ TRABALHANDO NESTE MUNICÍPIO?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este é um roteiro de entrevista semiestruturada, cujo objetivo é ouvir e entender suas percepções sobre os eixos desta pesquisa - PRÁTICAS COLABORATIVAS, TRABALHO EM EQUIPE E AS BARREIRAS PARA EFETIVAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE: UM OLHAR NA POSSÍVEL TRANSFORMAÇÃO DO CUIDAR

Sua resposta é livre, não existe erro ou acerto, serão confidenciais e seu anonimato será garantido quando o resultado da pesquisa for publicado. Fique à vontade para se expressar!

EIXO 1 - MULTIPROFISSIONALIDADE, INTERPROFISSIONALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE

1. O que você conhece sobre Multiprofissionalidade e Interprofissionalidade?
2. No campo onde está inserido, como é a convivência com a sua equipe de trabalho? Existem espaços de interação e de trabalho compartilhado entre os membros?
3. Relate como se conforma o trabalho de sua equipe e as experiências vivenciadas no cotidiano, ao que se refere à comunicação e interação do trabalho entre Equipes Saúde da Família e Equipe Multiprofissional.
4. Na sua opinião, quais as facilidades e dificuldades encontradas para a efetivação do trabalho em equipe e para a interação Saúde da Família e Equipe Multiprofissional? Quais os impactos na produção do cuidado?

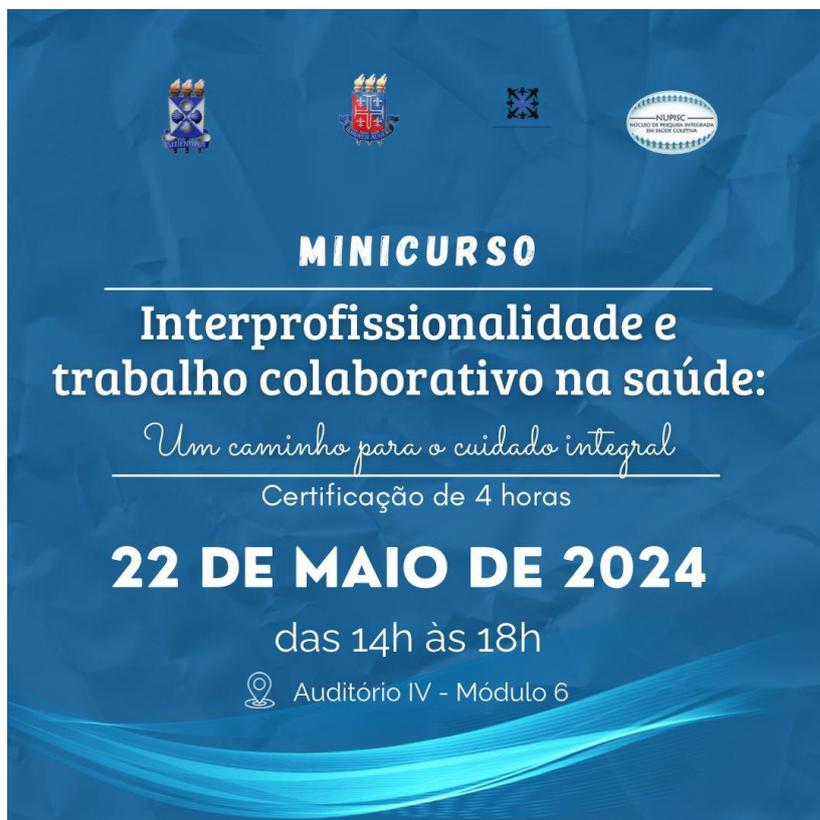
EIXO 2 – PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL E INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SAÚDE

5. Fale um pouco sobre cuidado integral e como este está relacionado com o trabalho Multiprofissional e Interprofissional.
6. Na sua opinião, qual o papel dos usuários/famílias/comunidade no processo de cuidado? Você e sua equipe oferecem espaços para que estes exerçam seu papel? De que forma?
7. No município, existiu algum caso em que envolvesse a participação e cuidado compartilhado entre toda a equipe (SF e Multiprofissional)? Como aconteceu?
8. Fale sobre os processos de qualificação para o cuidado e as experiências de educação

permanente existentes nesse espaço. Como estas contribuem para o cuidado integral, para a prática colaborativa e a educação interprofissional?

9. Já houve alguma atividade de Educação Permanente em Saúde que favorecesse a Prática Interprofissional Colaborativa e o Trabalho em Equipe? Se sim, como se deu essa atividade?

APÊNDICE D
MINICURSO DE QUALIFICAÇÃO



The poster features a blue background with a geometric pattern. At the top, there are four logos: the coat of arms of the University of São Paulo (USP), the coat of arms of the Faculty of Medicine of USP, a stylized geometric logo, and the logo of the NUPIC (Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva). The text is centered and reads: **MINICURSO**, **Interprofissionalidade e trabalho colaborativo na saúde:**, *Um caminho para o cuidado integral*, **Certificação de 4 horas**, **22 DE MAIO DE 2024**, **das 14h às 18h**, and **Auditório IV - Módulo 6**.





ANEXO A
CARTA DE ANUÊNCIA

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGUERA
SECRETARIA DE SAÚDE
Avenida Feira de Santana, SN, Centro
Telefone: 75 3239-6501
E-mail: smsanguera@gmail.com

CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Anguera - BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada " PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BAIANO " a ser realizada através de entrevista semiestruturada com trabalhadores da saúde, na Atenção Primária à Saúde.

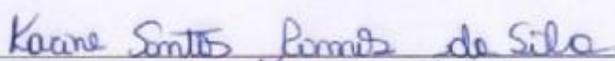
O trabalho será desenvolvido pela Mestranda Andreza Araujo da Silva Lima, vinculado à Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, sob orientação do Prof. Dr. Márcio Costa de Souza. O trabalho tem como objetivos analisar a produção do cuidado em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das equipes multiprofissionais e da Saúde da Família e conhecer as práticas de cuidado, a colaboração profissional e o trabalho em equipe para atuação na APS, pautadas na interprofissionalidade, no município de Anguera na Bahia.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações, ao concluir o estudo, bem como apresentação do relatório final aos gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 e nº 510/16, o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

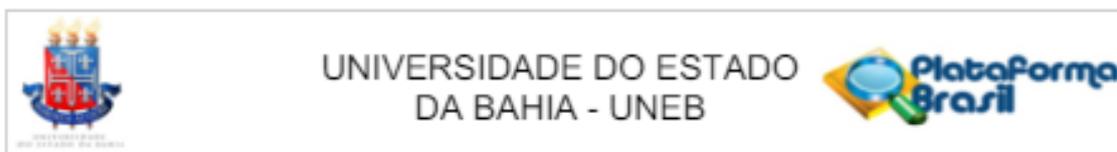
No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Feira de Santana, 21 de Julho de 2023.



Karine Santos Ramos da Silva
Secretário (a) de Saúde Anguera-BA

ANEXO B
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO E INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Pesquisador: Marcio Costa de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72938923.7.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.245.006

Apresentação do Projeto:

O projeto é vinculado ao Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva da UNEB. A questão do papel timbrado da UEFS foi um equívoco na versão do projeto enviada o qual os pesquisadores (as) esclareceram na declaração presente neste protocolo.

Desenho do projeto informado pelo pesquisador:

"Pesquisa Qualitativa para avaliar a como se dá a produção do cuidado, tendo em vista a interdisciplinaridade e o processo de trabalho entre as equipes multiprofissional e as equipes de saúde da família, na Atenção Primária à saúde no município de Anguera-BA. A pesquisa será realizada por meio de entrevista semiestruturada aos trabalhadores da atenção primária à saúde".

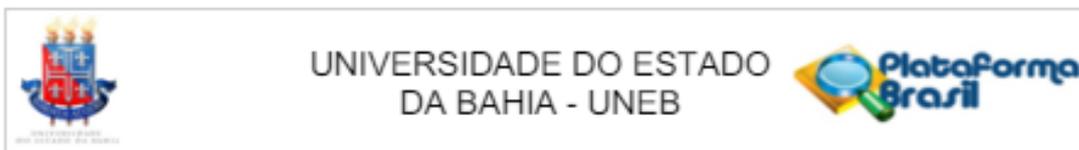
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a produção do cuidado em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das equipes multiprofissionais e da Saúde da Família em um município do interior da Bahia.

Conhecer as práticas de cuidado, a colaboração profissional e o trabalho em equipe para atuação na APS, pautadas na interprofissionalidade, no município de Anguera - Bahia.

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br **CEP:** 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 8.245.006

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da eticidade, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Consta no protocolo em conformidade;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Encontra-se adequada;
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Em conformidade;
- 5 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – TCLE: Em conformidade;
- 7 - Termo de Concessão: Dispensado por não acessar arquivos privados que envolva a Lei de Direitos autorais e Lei de Proteção de dados Pessoais;
- 8 - Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos: Dispensado por não acessar arquivos privados que envolva a Lei de Direitos autorais e Lei de Proteção de dados Pessoais;
- 9 – Declaração de concordância com a execução do projeto de pesquisa: EM conformidade;
- 10 - declaração sobre equívoco no papel timbrado: Aceita;
- 11- Comprovação que o Grupo de pesquisa e o Programa de Pós-Graduação é da UNEB: Aceito.

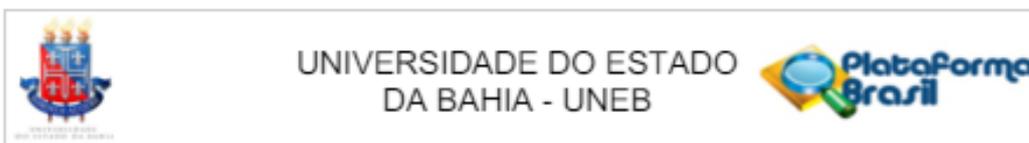
Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br **CEP:** 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 8.245.008

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.72938923.7.0000.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	Declarapesquisa.pdf	16/08/2023 10:46:58	Aderval Nascimento Brito	Aceito
Outros	declaracao_CEP_assinado.pdf	16/08/2023 10:42:02	Aderval Nascimento Brito	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2178755.pdf	06/08/2023 17:45:06		Aceito
Outros	AutorizacaodaProponente.pdf	06/08/2023 17:43:49	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	CartaAnuenciaAnguera.pdf	26/07/2023 12:04:05	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissopesquisadorMarcio.pdf	19/07/2023 14:20:31	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalAndrezaPlatBrasil.pdf	19/07/2023 13:35:22	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	CaracterizacaopopulacaoAPENDICEB.pdf	19/07/2023 13:29:35	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	19/07/2023 12:50:36	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	compromissocoleta_assinado.pdf	19/07/2023 12:40:49	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/07/2023 11:51:36	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_29_assinado.pdf	18/07/2023 11:11:03	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Declaração de concordância	concordanciapesquisaAndreza_assinado.pdf	18/07/2023 10:53:01	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/07/2023	ANDREZA ARAUJO	Aceito

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br **CEP:** 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** ccpuneb@unecb.br/www.cep.uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 6.245.006

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10:46:49	DA SILVA LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromissopesquisador.pdf	17/07/2023 19:03:05	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	rostoaassinada.pdf	17/07/2023 18:29:56	ANDREZA ARAUJO DA SILVA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 17 de Agosto de 2023

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.ccp.uneb.br **CEP:** 40.460-120
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 **Fax:** (71)3612-1300 **E-mail:** ccpuneb@uneb.br/www.ccp.uneb.br

ANEXO C

COMPROVAÇÃO SUBMISSÃO DE ARTIGO

Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia

1936 / Silva et al. / ENTRAVES E BARREIRAS PARA O EXERCÍCIO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMAR [Biblioteca da Submissão](#)

Fluxo de Trabalho **Publicação**

Submissão **Avaliação** Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão Q Buscar

5974	ARTIGO - ENTRAVES E BARREIRAS.docx	14 Junho 2024	Texto do Artigo
5975	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6245006.pdf	14 Junho 2024	Outros

[Baixar Todos os Arquivos](#)

Discussão da pré-avaliação [Adicionar comentários](#)

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Nenhum item				

Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia

1936 / Silva et al. / ENTRAVES E BARREIRAS PARA O EXERCÍCIO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMAR [Biblioteca da Submissão](#)

Fluxo de Trabalho **Publicação**

Situação: Não Agendado

Título e Resumo

Contribuidores

Metadados

Composição Final

Lista de Coautores

Nome	E-mail	Papel	Contato principal	Nas Listas de Navegação
Andreza Araújo da Silva	andrezaaraujo@hotmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Brenna Araújo Felix	baraujofelix@gmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Giovanna Barreto Martinez	giovannabmartinez@gmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Joice Oliveira Machado	joi.oliveiramachado@gmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Mayana Carneiro da Silva	maycarneiro.10@gmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Vitória Karoline Gonçalves Silva	vitoriakarolinegsilva@gmail.com	Autor		<input checked="" type="checkbox"/>
Marcio Costa de Souza	mcsouza@sio@gmail.com	Autor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>