

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PÂMELA KARINE BRAVIN

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DO NÚCLEO AMPLIADO
DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA EM DUAS CAPITAIS
BRASILEIRAS**

CAMPO GRANDE-MS
2021

PÂMELA KARINE BRAVIN

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DO NÚCLEO AMPLIADO
DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA EM DUAS CAPITAIS
BRASILEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito para obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Dra. Adriane Pires Batiston.

CAMPO GRANDE-MS
2021

Dedico esta dissertação aos trabalhadores do NASF-AB, especialmente aos meus colegas de Campo Grande/MS, que uniram forças e lutaram contra o desmonte e a precarização deste modelo de atenção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me abençoar todos os dias e pela graça alcançada de concluir esta etapa em minha vida.

Ao meu esposo Igor por ser meu companheiro de vida e apoiar minhas decisões.

Aos meus pais, Dulcemar e Aldair, que não mediram esforços em me proporcionar uma boa educação e sempre me ensinaram a buscar o meu melhor.

A minha irmã e melhor amiga, Priscilla, que está ao meu lado em todos os momentos e sempre acreditou em mim.

A minha cunhada, Ingrid, que me encorajou a fazer o mestrado e me acolheu nas adversidades.

A minha orientadora, Adriane Pires Batiston, por me acolher, pela dedicação em me ensinar, pela paciência e compreensão em todos os momentos compartilhados nesses dois anos.

Aos profissionais do NASF-AB de Campo Grande/MS e de João Pessoa/PB pela disponibilidade e empenho em colaborar com a realização desta pesquisa.

A todos os colegas do mestrado por partilharem comigo seus conhecimentos, suas inquietações e seus propósitos na construção de uma Saúde Pública de qualidade.

Ao corpo docente do Mestrado em Saúde da Família por enriquecer a minha formação profissional e acadêmica.

Ao secretário do Mestrado em Saúde da Família, Raphael Rezende, pela disponibilidade e agilidade nos atendimentos.

À Secretaria de Saúde de Campo Grande/MS e a divisão do NASF-AB, por tornarem possível esta pesquisa.

À minha supervisora técnica, Alana Galeano, por consentir a minha formação.

Aos colegas do grupo trabalho em saúde da UFPB pela coleta dos dados e o compartilhamento das informações.

Aos professores Geraldo Eduardo Guedes de Brito e Arthur de Almeida Medeiros pela disponibilidade e colaboração no desenvolvimento desta dissertação.

Aos professores Fernando Pierette Ferrari e Guilherme Rodrigues Barbosa pelas imprescindíveis contribuições a dissertação e a minha formação.

À UFMS por fomentar o programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e fortalecer o serviço de saúde.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC- Brasil e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (Capes)- Código de Financiamento 001.

“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é, senão, uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O trabalho interprofissional visa superar a hierarquização do trabalho coletivo, através de relações democráticas e do compartilhamento de objetivos, identidades e responsabilidades. A Atenção Primária à Saúde (APS) a partir do arranjo integrado entre as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), se encontra em um cenário ideal de consolidação do trabalho interprofissional no Sistema Único de Saúde (SUS). O NASF-AB, sob a lógica do apoio matricial, detém seu espaço como ferramenta de transformação da visão curativista e fragmentada do cuidado, através do trabalho em equipe baseado na retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF. Este estudo teve por objetivo principal analisar e comparar a orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores dos NASF-AB em duas capitais brasileiras, João Pessoa (PB) e Campo Grande (MS). Para tal, foi realizado um estudo de corte transversal, com aplicação de questionário estruturado a um total de 182 profissionais dos NASF-AB, no qual 120 eram de João Pessoa e 62 de Campo Grande. O questionário se estruturou em três dimensões, a primeira referente à caracterização geral dos entrevistados, a segunda destinou-se a caracterizar alguns aspectos do processo de trabalho e relacionados a interprofissionalidade e a terceira dimensão foi a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). Os resultados foram divididos em dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado “Caracterização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: um estudo comparativo de duas capitais brasileiras” corresponde aos dados obtidos a partir das duas primeiras dimensões do questionário. Os resultados neste artigo apontaram que na amostra geral o sexo feminino foi predominante (83%) e a idade média era de $37,1 \pm 9,03$ anos. O tempo de formação profissional foi maior em Campo Grande (66,1% há mais de 11 anos) quando comparado a João Pessoa (65% há menos de 11 anos). Cerca de dois terços da amostra geral (67%) haviam concluído pelo menos uma pós-graduação *lato sensu*. Foram observadas com maior frequência na amostra geral os Fisioterapeutas (25,3%), os Psicólogos (16,5%) e os Nutricionistas (16,5%). Entretanto, em Campo Grande os Profissionais de Educação Física (14,5%) são em maior quantidade que os Nutricionistas (12,9%) e são observados Médicos Pediatras (8,1%) e Ginecologistas e obstetras (9,7%), profissões não encontradas em João Pessoa. Os profissionais Assistentes Sociais estão presentes apenas nas equipes de João Pessoa e correspondem a 13,3% das categorias no município. O vínculo trabalhista em João Pessoa se dá em sua maioria por contratos temporários (98,3%) enquanto em Campo Grande a maior parte dos profissionais segue o regime estatutário (85,5%). Na amostra geral a experiência acumulada no NASF-AB da maioria é de até cinco anos (63,7%) e o vínculo com a atual equipe se apresenta inferior a dois anos (57,1%). Quanto as características do processo de trabalho, a maior parte dos profissionais em Campo Grande (42,6%) dedicam mais tempo da agenda semanal (51-75%) com atendimentos coletivos que em João Pessoa (31,5%, 26-50% da agenda semanal). O mesmo ocorre com os atendimentos individuais, nos quais em Campo Grande 59% dos profissionais dedicam de 26-50% de suas agendas semanais enquanto, em João Pessoa a maioria deles (46,8%) afirmam dedicar menor tempo (0-25%) da carga horária. Quanto ao desenvolvimento de atividades com outros profissionais, verificou-se uma distribuição similar do percentual de 26-50% do tempo de trabalho semanal dedicado tanto ao desenvolvimento de atividades com profissionais de sua equipe NASF-AB (41,9%), quanto para as desenvolvidas com as

equipes da ESF (47,2%). Em ambas as capitais a maioria dos profissionais (76,9%) avaliaram satisfatoriamente o trabalho interprofissional da equipe e as competências colaborativas. No segundo artigo intitulado “O trabalho interprofissional nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica” consta a análise dos dados obtidos a partir da EJARCI. O escore médio dos profissionais do NASF-AB na EJARCI foi de 118,63 ($\pm 10,12$), com mediana de 120 e variação de 77 a 140 pontos. Em Campo Grande foi possível observar que os profissionais apresentaram uma média superior ($120,84 \pm 8,56$) ao observado em João Pessoa ($117,48 \pm 10,69$). Quando relacionados, as variáveis individuais e os escores da EJARCI não implicaram em diferenças estatísticas, mas as maiores medianas foram observadas entre os profissionais do sexo feminino, os mais jovens, os com menos experiência, com maior tempo de vínculo com a equipe e na categoria dos Terapeutas Ocupacionais. Ao comparar os dados obtidos por meio de questionários aplicados aos profissionais do NASF-AB de duas capitais brasileiras, foi possível identificar características comuns e especificidades que fomentaram a produção do conhecimento sobre o arranjo organizacional da APS com a inserção dessas equipes. Os elevados escores dos profissionais do NASF-AB, próximos ao máximo esperado na EJARCI, demonstram que estes se apropriam das atitudes colaborativas interprofissionais como norteadoras do processo de trabalho na APS. Dessa forma, reforça o potencial das equipes NASF-AB em mobilizar mudanças do paradigma assistencial tradicional e favorecer a efetivação do trabalho interprofissional na APS. Os resultados desta pesquisa contribuem para o reconhecimento da experiência desses profissionais, aos gestores locais e formuladores de políticas públicas, na definição de estratégias de educação permanente em saúde e capacitação que direcionem a competências mais colaborativas no exercício do trabalho entre as equipes na APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde da Família; Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Perfil Profissional.

ABSTRACT

Interprofessional work aims to overcome the hierarchy of collective work through democratic relationships and the sharing of objectives, identities and responsibilities. Primary Health Care (PHC) in Brazilian unified health system, through the integrated arrangement between the teams of the Family Health Strategy (ESF) and those of the The Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers (NASF-AB), is in an ideal scenario for consolidating interprofessional work. The NASF-AB, under the logic of matrix support, holds its space as a tool for transforming the curative and fragmented vision of care, through specialized assistance and technical-pedagogical support to ESF teams. This study aimed to analyze and compare the orientation for the interprofessional work of workers from the NASF-AB in two Brazilian capitals, João Pessoa (PB) and Campo Grande (MS). To this end, a cross-sectional study was carried out, with a structured questionnaire applied to a total of 182 professionals from the NASF-AB, which were 120 from João Pessoa and 62 from Campo Grande. The questionnaire was structured in three dimensions, the first referring to the general characterization of the interviewees, the second aimed at characterizing some aspects of the work process and related to interprofessional work and the third dimension was the Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC). The results were divided into two scientific articles. The first article entitled "Characterization of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers: a comparative study of two Brazilian capitals" corresponds to data obtained from the first two dimensions of the questionnaire. The results in this article showed that in the general sample, females were predominant (83%) and the mean age was 37.1 ± 9.03 years. Professional training time was longer in Campo Grande (66.1% for more than 11 years) when compared to João Pessoa (65% for less than 11 years). About two-thirds of the overall sample (67%) had completed at least one lato sensu postgraduate course. Physiotherapists (25.3%), Psychologists (16.5%) and Nutritionists (16.5%) were most frequently observed in the general sample. However, in Campo Grande, Physical Education Professionals (14.5%) are more numerous than Nutritionists (12.9%) and Pediatricians (8.1%) and Gynecologists and obstetricians (9.7%) are observed, professions not found in João Pessoa. Professional Social Workers are present only in teams from João Pessoa and correspond to 13.3% of the categories in the municipality. The employment relationship in João Pessoa is mostly through temporary contracts (98.3%) while in Campo Grande most professionals follow the statutory regime (85.5%). In the general sample, the accumulated experience in the NASF-AB of the majority is up to five years (63.7%) and the relationship with the current team is less than two years (57.1%). As for the characteristics of the work process, most professionals in Campo Grande (42.6%) spend more time in their weekly schedule (51-75%) with collective care than in João Pessoa (31.5%, 26-50 % of weekly schedule). The same occurs with individual consultations, in which in Campo Grande 59% of professionals dedicate 26-50% of their weekly schedules, while in João Pessoa most of them (46.8%) claim to spend less time (0-25%) of the workload. As for the development of activities with other professionals, there was a similar distribution of the percentage of 26-50% of the weekly working time dedicated both to the development of activities with professionals from their NASF-AB team (41.9%), and to

those developed with the ESF teams (47.2%). In both capitals, most professionals (76.9%) satisfactorily assessed the team's interprofessional work and collaborative elements. In the second article entitled "Interprofessional work in the Expanded Centers for Family Health and Basic Health Care" there is an analysis of the data obtained from JeffSATIC. The average score of NASF-AB professionals at JeffSATIC was 118.63 (± 10.12), with a median of 120 and a range from 77 to 140 points. In Campo Grande it was possible to observe that the professionals had a higher average (120.84 ± 8.56) than that observed in João Pessoa (117.48 ± 10.69). When related, the individual variables and the JeffSATIC scores did not imply statistical differences, but the highest medians were observed among female professionals, the youngest, those with less experience, longer with the team and in the category of Occupational Therapists. By comparing the data obtained through questionnaires applied to NASF-AB professionals in two Brazilian capitals, it was possible to identify common characteristics and specificities that fostered the production of knowledge about the organizational arrangement of the PHC with the inclusion of these teams. The high scores of professionals from the NASF-AB, close to the maximum expected at JeffSATIC, demonstrate that they appropriate interprofessional collaborative attitudes as guidelines for the work process in PHC. In this way, it reinforces the potential of NASF-AB teams in mobilizing changes in the traditional care paradigm and favoring the effectiveness of interprofessional work in PHC. The results of this research contribute to the recognition of the experience of these professionals, local managers and public policy makers, in defining strategies for permanent health education and training that lead to more collaborative skills in the exercise of work among teams in the PHC.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Interprofessional Relations; Patient Care Team; Job Description.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EJARCI	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
JEFFSATIC	Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration
MS	Mato Grosso do Sul
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	12
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 - Trabalho Interprofissional.....	16
2.2 - Estratégia Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.....	19
3 - OBJETIVOS.....	25
3.1 - Objetivo geral.....	25
3.2 - Objetivos específicos.....	25
4 - METODOLOGIA.....	26
4.1 - Tipologia e local do estudo.....	26
4.2 - Participantes.....	26
4.3 - Instrumento de coleta de dados.....	27
4.4 - Coleta de dados.....	28
4.5 - Aspectos éticos.....	28
4.6 - Análise dos resultados.....	29
5 - RESULTADOS.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	38
Apêndice I - Instrumento de coleta de dados.....	38
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
ANEXOS.....	47
Anexo I - Parecer consubstanciado do CEP da UFMS.....	47
Anexo I - Parecer consubstanciado do CEP da UFPB.....	52

1 - INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar e comparar a orientação para o trabalho interprofissional dos trabalhadores do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), desenvolvida em duas capitais brasileiras por meio de um questionário contendo a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) (HOJAT *et al.*, 2015; ABED, 2015).

O trabalho interprofissional visa superar a hierarquização do trabalho coletivo em saúde a partir da integração das ações e do exercício de princípios essenciais como o compartilhamento de objetivos, identidade e responsabilidades, a interdependência das relações, o cuidado centrado no usuário e a clareza de papéis (REEVES, XYRICHIS e ZWARENSTEIN, 2017). Os chamados das instituições de saúde internacionais destacam o trabalho e a educação interprofissional como estratégias inovadoras e promissoras para otimização da capacidade dos recursos humanos e para o alcance da saúde universal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro se destaca pela orientação a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliada pelo NASF-AB sob a lógica do apoio matricial. Os NASF-AB, são equipes compostas por diferentes categorias profissionais complementares a ESF e foram criados a fim de garantir um maior escopo de ações e de superar a fragmentação do cuidado nesse nível de atenção. A concepção ampliada do apoio matricial materializada no compartilhamento de problemas, saberes e práticas e na articulação pactuada de intervenções e responsabilidades, favorece a consolidação do trabalho interprofissional na APS no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; PEDUZZI, 2016).

A inserção da pesquisadora neste cenário, atuando como uma profissional de equipe NASF-AB em Campo Grande/MS, motivou reflexões e o interesse por este estudo. Por vezes, são observadas algumas potencialidades no processo de trabalho do NASF-AB integrado a ESF que são subestimadas ou incompreendidas e que refletem, por exemplo, na resistência às mudanças de paradigmas assistenciais, na dificuldade de integração dos saberes e da corresponsabilização dos usuários na condução de seus projetos terapêuticos.

A descrição do processo de trabalho do NASF-AB com a ESF se assemelha ao cuidado compartilhado esperado do trabalho interprofissional. Ao vivenciar na realidade do serviço os desafios de se implantar efetivamente essa integração entre as equipes, percebeu-se a necessidade de identificar os fatores que se relacionam ao trabalho interprofissional, assim como contribuir com a elucidação dos processos de integração entre as equipes NASF-AB e ESF.

Ingressar em um Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família permitiu esclarecer estas inquietações, proporcionando uma maior capacidade de diagnóstico e de direcionar às possíveis melhorias ao serviço utilizando o método científico. A formação compartilhada com os diferentes profissionais de saúde, incentivada pela articulação e democratização de experiências, possibilitaram a aquisição de conhecimento, a qualificação profissional e o desenvolvimento pessoal da pesquisadora, que foram fundamentais para a elaboração desta dissertação.

Dessa forma, esta pesquisa visa não apenas incorporar novos conhecimentos à produção científica, mas mobilizar transformações no cotidiano das práticas na APS ao contribuir com mecanismos de capacitação profissional e educação permanente em saúde, consolidando a relevância da integração entre as equipes NASF-AB e ESF para a produção de um cuidado integral e mais seguro aos usuários do SUS.

Para tal, optou-se por realizar um estudo quantitativo, de corte transversal com profissionais do NASF-AB que atuam em duas capitais brasileiras: Campo Grande em Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste, e João Pessoa na Paraíba, localizada no Nordeste do Brasil.

A escolha destes locais se dá pela aproximação da pesquisadora e profissional do NASF-AB em Campo Grande/MS, bem como pela afinidade entre as instituições federais de ensino superior destas capitais, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e a Universidade Federal da Paraíba. A relevância de se comparar as duas realidades, com aspectos semelhantes e diferentes, permite ampliar o conjunto de características a serem analisadas e diversificar as possibilidades de respostas aos questionamentos que motivaram esta pesquisa.

O delinear desta dissertação está organizado em seis capítulos. O primeiro diz respeito a esta introdução da pesquisa. O segundo trata da revisão de literatura, com a contextualização do tema acerca do trabalho interprofissional e sua relevância para otimização dos recursos humanos e financeiros dos sistemas de saúde, para maior segurança do paciente e para integralidade do cuidado frente as crescentes

necessidades de saúde da população. Este capítulo também apresenta o contexto brasileiro e as características do processo de trabalho da APS, com a integração das equipes de ESF e NASF-AB orientada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

O terceiro capítulo apresenta o objetivo geral e os objetivos específicos que motivaram o delineamento desta pesquisa.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia aplicada para a coleta de dados, bem como as dimensões do instrumento utilizado contendo a EJARCI e suas características. O público-alvo, as etapas de análise e os aspectos éticos também são detalhados.

O quinto capítulo corresponde aos resultados dos dados obtidos que foram apresentados sob a forma de dois artigos científicos. O primeiro intitulado “Caracterização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: um estudo comparativo de duas capitais brasileiras” que responde aos dois primeiros objetivos específicos da pesquisa, em que são apresentadas as características sociodemográficas e de formação profissional e quanto ao processo de trabalho nos NASF-AB. O segundo artigo intitulado “O trabalho interprofissional nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica” atende ao objetivo geral deste estudo e aos objetivos específicos 3 e 4, originado a partir dos resultados da EJARCI, nos quais são mensuradas as atitudes em relação à colaboração interprofissional e os fatores associados dos trabalhadores dos NASF-AB e de suas equipes nas duas capitais mencionadas.

No sexto e último capítulo constam as considerações finais e as contribuições desta pesquisa.

Ao considerar as semelhanças entre os fundamentos do trabalho interprofissional e as características do apoio matricial no cotidiano das práticas do NASF-AB, o presente estudo buscou responder às seguintes questões: Os profissionais do NASF-AB apresentam atitudes favoráveis a colaboração interprofissional? e O perfil profissional e os aspectos do processo de trabalho do NASF-AB possuem relação com as atitudes em relação a colaboração interprofissional?

O leitor ao longo deste trabalho identificará as contribuições obtidas a partir da análise das realidades pesquisadas que permitem fomentar o debate acerca dos aspectos fundamentais ao efetivo trabalho interprofissional do NASF-AB e que,

integrados a ESF, possuem a potencialidade de mobilizar as transformações necessárias à qualificação da APS e ao alcance da integralidade do cuidado no SUS.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - TRABALHO INTERPROFISSIONAL

A orientação para o trabalho em equipe remete aos anos 1950 com o início do movimento da medicina preventiva e se difunde mundialmente com propostas de reorganização das práticas de saúde, culminando por exemplo com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil na década de 1990. A relevância das práticas interprofissionais se fortalece no cenário internacional com o compromisso da Organização Mundial da Saúde (OMS) em consolidar o tema através do “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”. Esta publicação destaca o potencial da força do trabalho colaborativo preparado para a prática, em que as habilidades dos profissionais são otimizadas ao aprender sobre os outros, com os outros e entre si, proporcionando maior eficiência das equipes em atender as necessidades de saúde locais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2016).

Diferente no formato e na intencionalidade dos conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade, o conceito de interprofissionalidade traz forte interação e articulação entre as diferentes áreas de conhecimentos e práticas de saúde. Essa interação é marcada por relações interpessoais que determinam o desenvolvimento de competências colaborativas que são sustentadas por pilares como o compartilhamento, a parceria, a interdependência e as relações de poder. Reconhecer a complexidade da colaboração requer horizontalizar as relações entre os envolvidos e promover a construção do cuidado centrado nos usuários e em suas necessidades (D'AMOUR *et al.*, 2005; COSTA, 2017; CECCIM, 2017).

Dentro do próprio termo interprofissionalidade, conceitos como prática colaborativa e trabalho em equipe se correlacionam e a carência de estudos e modelos teóricos levam a uma imprecisão conceitual. A colaboração interprofissional é apontada como o termo que abrange: a prática interprofissional colaborativa que descreve os elementos da colaboração implementados na realidade dos serviços de saúde e o trabalho interprofissional, que expressa um grau de maior profundidade e intensa interdependência das ações entre os diferentes profissionais em uma mesma equipe (MORGAN, PULLON e MCKINLAY, 2015; PEDUZZI e AGRELI, 2018).

A prática interprofissional colaborativa está relacionada à necessidade de integrar a comunicação, articulação e colaboração não apenas entre os profissionais da mesma equipe, mas entre esses e os demais que compõem a rede de serviços. Nesse aspecto, ela pode ser constituída a partir de competências essenciais com uma abordagem que integra tanto a prática quanto a formação em saúde. Essas competências são estabelecidas em seis domínios: comunicação interprofissional, liderança compartilhada, resolução de conflitos, atenção centrada no paciente, clareza dos papéis e responsabilidades e dinâmica do trabalho em equipe (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2016).

As práticas de saúde coordenadas a partir da colaboração entre os profissionais se relacionam com a melhora da qualidade e otimização dos atendimentos, pois permite a comunicação e a troca de informações mais eficientes, promove a satisfação dos profissionais e diminui as duplicidades de procedimentos, reduzindo assim os custos para os sistemas de saúde. Estudos apontam que a prática interprofissional colaborativa possui a capacidade de reduzir a duração e incidência de doenças, erros clínicos e reinternações, produzindo maior segurança aos pacientes, além de proporcionar maior equidade e qualificação dos profissionais, ampliando o escopo de práticas na prestação do cuidado (REEVES *et al.*, 2017; BATISTA e PEDUZZI, 2019; BOTMA e SNYMAN, 2019; WALDMAN e BOWLIN, 2020).

O trabalho interprofissional é descrito por Reeves *et al.* (2010) como um processo pelo qual os diferentes profissionais com distintos conhecimentos dentro da mesma equipe compartilham identidade, objetivos e valores, possuem bem definidos seus papéis dentro da equipe, reconhecem a sua interdependência e desenvolvem suas atividades em conjunto, de forma integrada. Para tal, os sistemas de saúde devem oferecer tanto o espaço quanto o suporte para essa integração efetiva, com mecanismos para a comunicação contínua entre os membros, a fim de melhorar a qualidade do atendimento, reduzir a fragmentação do cuidado, promover a segurança do paciente e diminuir a sobrecarga de trabalho entre os profissionais.

No trabalho interprofissional a interação e a comunicação são atributos essenciais e, de forma complementar, se constitui da combinação de ações instrumentais com o conhecimento técnico-científico e ações comunicativas implicadas pelo diálogo e entendimento dos sujeitos envolvidos. A complexidade das necessidades dos usuários e da organização da rede de serviços demandam

constantes mediações reflexivas e dialógicas, tanto entre os profissionais das equipes quanto no seguimento do trabalho em rede entre eles e os usuários, famílias e comunidades (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Ao compartilhar os saberes uns com os outros, os profissionais ampliam seu rol de competências e sua capacidade de resposta aos problemas de saúde, resultando em uma prática mais segura. À medida que novos saberes e práticas são incorporados, a complexidade das relações pessoais que mobiliza sentimentos contraditórios e conciliatórios, requer permanente pactuação que pode ser desenvolvida por meio da interprofissionalidade. Dessa forma, ela surge como uma alternativa em reconciliar as diferenças profissionais e suas atuações desconexas o que depende da associação de processos cognitivos com integração dos saberes pragmáticos com a prática compartilhada e subjetivos mediada pelos afetos e sentimentos individuais (CECCIM, 2018; ELLERY, 2018).

Na realidade dos serviços de saúde o trabalho interprofissional pode ser afetado por diversos fatores individuais, profissionais, organizacionais, educacionais e estruturais. Um dos maiores desafios está na resistência dos profissionais em adotar estratégias pautadas na colaboração e no compartilhamento, resultado de uma formação uniprofissional, voltada para especialização técnica e que fortalece o chamado tribalismo das profissões ou silos profissionais. Mudanças na formação e no cotidiano das práticas são necessárias para fortalecer a efetiva aproximação entre ensino, serviços de saúde e comunidade, buscando superar a incoerência de que os profissionais de saúde precisam aprender a trabalhar juntos, mas são formados separados (REEVES *et al.*, 2010; COSTA, 2017).

Mesmo em um panorama ainda incipiente, o Brasil apresenta importantes propostas de práticas potencialmente interprofissionais já desenvolvidas no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: o acolhimento e o projeto terapêutico singular, em que a centralidade do atendimento médico é transferido para a equipe multiprofissional; as equipes de referência e de apoio especializado matricial que reorganizam o processo de trabalho, trazem maior responsabilidade e longitudinalidade do cuidado; as definições de núcleo, delimitando a prática profissional e de campo, que explora o espaço que esses profissionais se interinfluenciam; o apoio institucional para transformações necessárias ao processo de trabalho; a supervisão clínico-institucional e a gestão da clínica, com a condução de casos integrando clínica, rede de serviços e intersetorialidade (CECCIM, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, também conhecida como Atenção Básica (AB), orientada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), proporciona um cenário favorável ao desenvolvimento do trabalho interprofissional, por promover a integração e interdependência das diferentes profissões, colocar as necessidades das pessoas na centralidade do cuidado e fortalecer o trabalho em rede (REEVES, XYRICHIS e ZWARENSTEIN, 2017).

A interprofissionalidade oportuniza o desenvolvimento de importantes ferramentas do processo de ação-reflexão-ação entre ESF e NASF-AB, tais como as reuniões de equipes como espaços de discussão de casos, definição de planos de cuidado e tomada de decisão compartilhada, o matriciamento e a educação permanente que problematizam a prática a ser transformada, favorecendo a ampliação da clínica e a integralidade do cuidado (TESSER, 2017; PREVIATO e BALDISSERA, 2018).

2.2 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Diferente do modo de atuação das equipes tradicionais da AB, a ESF evidencia a necessidade de estimular as capacidades individuais e coletivas dos profissionais e dos usuários na construção democrática das redes de cuidado. Reconhecida mundialmente como uma política pública exitosa, a ESF surgiu com o PSF em 1994 e se consolidou com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 preconizando intervenções que efetivem a prática do cuidado familiar ampliado e a potência dos profissionais de saúde sob a forma do trabalho em equipe (BRASIL, 2006; MACINKO e HARRIS, 2015; MACINKO e MENDONÇA, 2018).

A composição das equipes atuantes na ESF é de, no mínimo, um médico e um enfermeiro (generalistas ou especialistas em saúde da família), um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O quantitativo de ACS por equipe é definido de acordo com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, mas devem corresponder a no máximo de 750 usuários. Como parte da equipe podem ainda ser acrescentados os profissionais de saúde bucal como cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal e os agentes de combate às endemias. Esses profissionais assumem a responsabilidade sanitária de

garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado a uma população adscrita de no máximo 4.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2017).

Nos últimos dez anos, cerca de 13 mil novas equipes foram implantadas no Brasil e, atualmente, a ESF atende uma população de mais de 136 milhões de pessoas (65,13% da população brasileira) (BRASIL, 2020). Apesar da grande disparidade de territórios e de qualidade dos serviços ofertados, estudos associam a expansão da ESF com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução nas taxas de mortalidades e das iniquidades raciais (HONE *et al.*, 2017a; HONE *et al.*, 2017b). Além disso, contribui para a diminuição das internações hospitalares por condições sensíveis à APS, resultado das estratégias de manejo das doenças crônicas e do rastreamento dos fatores de risco nos domicílios pela atuação efetiva dos ACS (MACINKO *et al.*, 2011; MACINKO e MENDONÇA, 2018; PINTO e GIOVANELLA, 2018).

Com a finalidade de ampliar as ações da ESF, incorporando novos conhecimentos e compartilhando diferentes práticas, foram criadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 154/2008, equipes multiprofissionais denominadas Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2017, com a nova PNAB elas foram renomeadas para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o que possibilitou assistirem também as equipes tradicionais da AB (BRASIL, 2008; 2017).

O processo de implantação e composição dos profissionais de uma equipe de NASF-AB se dá a partir do diagnóstico das necessidades do território. Os gestores municipais podem então definir quais profissionais farão parte de cada equipe dentre as ocupações de Sanitarista, Médico Veterinário, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física, Psicólogo, Assistente Social, Arte educador e Médicos especialistas (Acupunturista, Ginecologista/Obstetra, Homeopata, Pediatra, Psiquiatra, Geriatra, Internista e do Trabalho) (BRASIL, 2017).

Na construção do cuidado compartilhado entre NASF-AB e ESF, diferentes estratégias e ferramentas dentro do território e na articulação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser delineadas. Considerando as especificidades da organização locorregional dos pontos de atenção à saúde e os diversos setores que se interrelacionam, diversas possibilidades de integração e espaços por onde o usuário circula são reconhecidos. A Figura 1, representa uma síntese de articulações

comuns entre esses setores e serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o Consultório na rua, o Programa Melhor em Casa, as Escolas, as Academias da Saúde e os instrumentos do território, como Associação de Moradores, igrejas, Organizações Não Governamentais, entre outros (BRASIL, 2014).

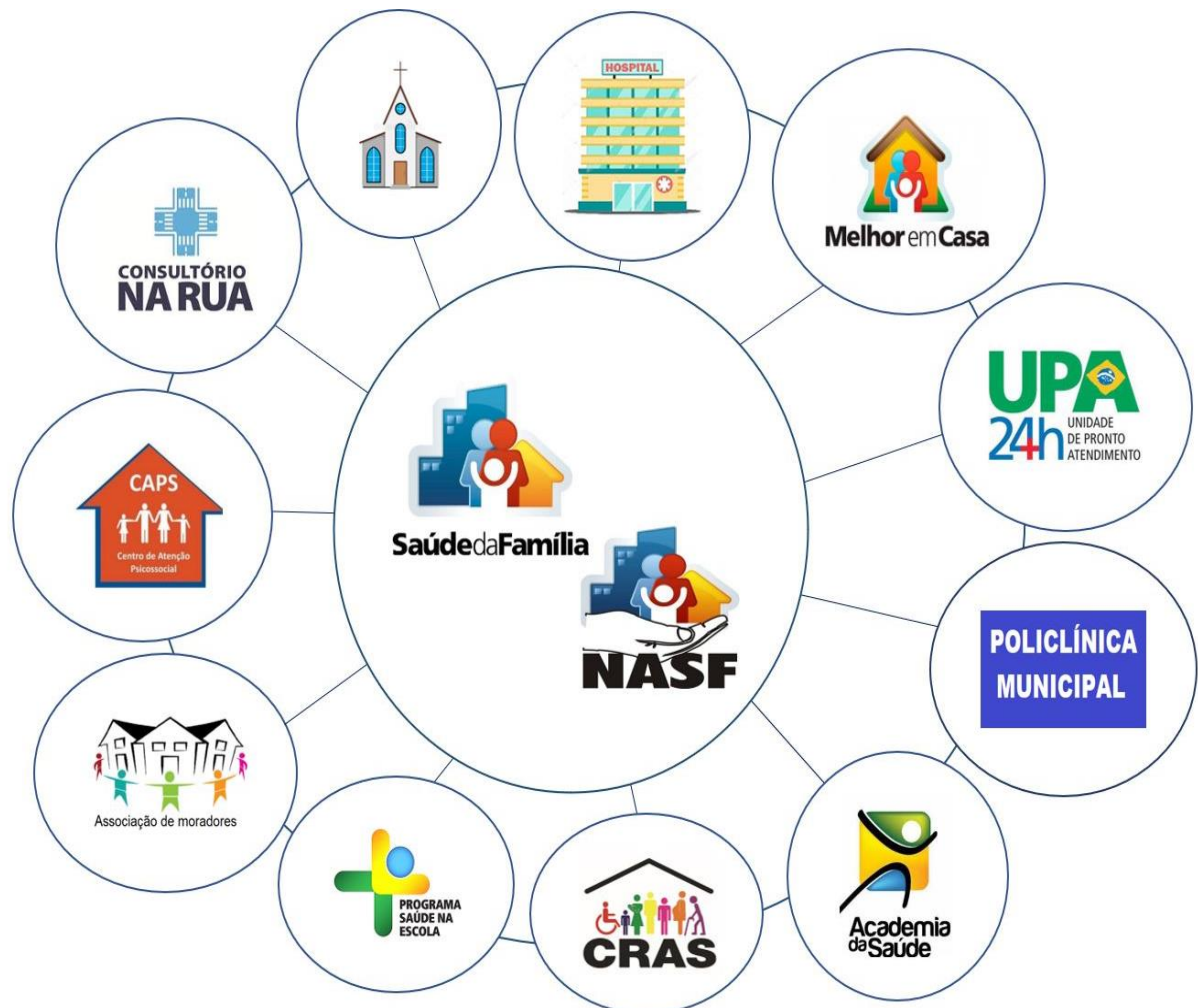


Figura 1. Articulações comuns das equipes NASF-AB e ESF no cuidado compartilhado dentro do território e na RAS. Adaptado de BRASIL (2014). p. 23.

O arranjo organizacional da APS a partir da inserção de diferentes categorias profissionais como as equipes NASF-AB, possibilita o intercâmbio dos saberes e práticas entre as equipes e como efeito, amplia e qualifica a oferta de cuidado. O trabalho desenvolvido pelo NASF-AB tem como referencial o apoio matricial, que consiste em uma metodologia de retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, tanto às chamadas equipes de referência quanto no trabalho articulado com a RAS. Proposto por Campos (1999), o apoio matricial parte da concepção

ampliada do processo saúde-doença e de conceitos como trabalho compartilhado e interdisciplinaridade (VIANNA *et al.*, 2019).

Os múltiplos componentes do apoio matricial são interligados e, além do suporte educacional e assistencial, possui a associação de dimensões regulatórias e de cogestão. A dimensão educacional parte da interação entre os profissionais especialistas e os da equipe de referência, a fim de promover a ampliação da clínica. A retaguarda assistencial se dá pelo atendimento ao usuário, facilitando o acesso ao cuidado especializado. A regulação ocorre pela coordenação e referência do usuário na RAS, reduzindo e qualificando os encaminhamentos. Por fim, a dimensão de cogestão envolve a interação entre as equipes, fortalecendo a colaboração, definindo diretrizes de trabalho e papéis profissionais (SARAIVA, ZEPEDA e LIRIA, 2020).

O Quadro 1 apresenta as principais atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes NASF-AB e ESF em cada dimensão do apoio matricial.

Quadro 1: Dimensões do apoio matricial e atividades desenvolvidas entre NASF-AB e ESF.

Dimensão	Atividades
Suporte educacional	Discussão de casos e interconsulta (inclusive tele-apoio); Construção e seguimento de planos terapêuticos; Provisão de capacitação e recursos educacionais; atendimentos conjuntos (consultas, visitas, grupos); Apoio a tomada de decisão em situações urgentes.
Retaguarda assistencial	Atendimentos especializados (consultas, visitas e grupos); Discussão de casos com outros serviços; Encaminhamentos para outros serviços (inclusive em situações urgentes).
Regulação	Gestão de listas de espera, referência e devolução de casos; Construção de diretrizes e fluxos de atenção (inclusive para outros serviços); Critérios de prioridade para atendimento especializado.
Cogestão	Definição conjunta de diretrizes para o trabalho; Reuniões regulares para gestão do trabalho compartilhado; Definição de papéis profissionais no cuidado compartilhado; Definição de necessidades de capacitação.

Fonte: Adaptado de Saraiva, Zepeda e Liria (2020).

A integração das equipes pautada no apoio matricial, explora a diversidade dos campos e núcleos de saberes, proporciona a ampliação das práticas clínicas e estimula a produção progressiva da corresponsabilização. A fim de superar a lógica do sistema de referência e contrarreferência e os excessivos encaminhamentos para o serviço ambulatorial e de alta complexidade, as equipes dos NASF-AB incorporam novas ofertas de cuidado com ações clínicas diretas aos usuários e apoio pedagógico a equipe de referência que gradualmente amplia sua autonomia de dar resolutividade aos projetos terapêuticos (CAMPOS *et al.*, 2014; TREICHEL, CAMPOS e CAMPOS, 2019).

O apoio matricial permite contribuir para a criação de um vínculo de parceria e no desenvolvimento de relações interprofissionais mais interativas e recíprocas. Contudo, ao mesmo tempo que a multiplicidade de estratégias permitem flexibilizar o processo de trabalho entre as equipes, o trabalho desenvolvido pelo NASF-AB deve enfatizar a dimensão singular, estabelecida em cada caso e a intervenção coletiva, o que por vezes dificulta determinar os parâmetros e os processos de trabalho. As tensões também estão presentes nos momentos em que são priorizados pela ESF os encaminhamentos para os núcleos de saberes específicos, o especialismo e a fragmentação do cuidado (CASTRO, NIGRO e CAMPOS, 2018).

Mesmo após uma década de criação dos NASF-AB, a proposta do apoio matricial ainda apresenta desafios a serem superados, tais como a deficiência de referências organizacionais e instrumentos de avaliação, a submissão às metas de indicadores das equipes de referência, o elevado número de equipes e profissionais a serem matriciados, a falta de clareza dos papéis e das práticas profissionais, a carência de espaços físicos e de materiais, a fragmentação posta pela rede e a oferta de formação e capacitação insuficientes aos profissionais que trabalharão segundo essa lógica de cuidado (CORREIA, GOULART e FURTADO, 2017; VIANNA *et al.*, 2019; TREICHEL, CAMPOS e CAMPOS, 2019).

Para Oliveira e Campos (2015), o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que estabelece a organização e o “como fazer” do trabalho interprofissional. Seu objetivo não está apenas em superar o modelo de atenção fragmentado, mas em criar espaços de comunicação e de deliberação conjunta, reconhecendo os conflitos e a mútua transformação inerentes ao processo dialético entre os indivíduos envolvidos. Assim, a coexistência de vários profissionais no mesmo espaço,

compartilhando o mesmo público, não basta para definir a efetividade do apoio matricial e se caracterizar como trabalho interprofissional.

A comunicação efetiva é um dos atributos do trabalho interprofissional que se faz fundamental na APS para a identificação das necessidades individuais dos usuários e para a articulação com os demais níveis de atenção. As necessidades de saúde devem ser reconhecidas como norteadoras do SUS, porém sua crescente demanda e complexidade implicam em altos custos devido à forte incorporação de procedimentos e equipamentos. O fortalecimento da APS e a otimização dos seus recursos humanos são reconhecidos como estratégias efetivas para a sustentabilidade financeira do SUS e na garantia do acesso e cobertura universal de saúde (FRENK *et al.*, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; MASSUDA, 2020).

Apesar dos desafios e percalços, o apoio matricial surge como um arranjo de interlocução entre as equipes de ESF e NASF-AB, capaz de consolidar o trabalho interprofissional e otimizar os gastos em recursos humanos do SUS, construindo relações mais equitativas e mais eficientes e conseqüentemente, promovendo um cuidado mais qualificado e integral com práticas de democratização e indissociabilidade entre intervenções clínicas e promoção de saúde (BRASIL, 2017; SANTOS, MISHIMA e MERHY, 2018).

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

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

3.2 - Objetivos específicos

3.2.1 - Caracterizar os trabalhadores do NASF-AB quanto as variáveis sociodemográficas e de formação profissional;

3.2.2 - Caracterizar aspectos do processo de trabalho nos NASF-AB que se relacionam a interprofissionalidade;

3.2.3 - Mensurar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB e de suas equipes;

3.2.4 - Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores dos NASF-AB.

4 - METODOLOGIA

4.1 - TIPOLOGIA E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, realizado com dados obtidos em duas capitais brasileiras: João Pessoa, estado da Paraíba e Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul. Para tanto, utilizou-se do método quantitativo por meio de questionários estruturados aplicados em trabalhadores dos NASF-AB nas duas capitais, no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020.

Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, localiza-se na Região Centro-Oeste do Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para no ano de 2020 era de 906.092 habitantes, e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,784. No momento da coleta dos dados, a estrutura organizacional e operacional da Secretaria Municipal de Saúde era dividida territorialmente em sete distritos sanitários e possuía 12 equipes NASF-AB cadastradas apoiando 84 equipes da ESF. Com esse quantitativo de equipes, estimava-se uma cobertura populacional pela ESF de 48,69% (IBGE, 2019).

João Pessoa, capital da Paraíba, localiza-se na Região Nordeste do Brasil. De acordo com o IBGE, sua população estimada no ano de 2020 era de 817.511 habitantes e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,763. No momento da coleta dos dados, no que se refere à organização dos serviços públicos de saúde era dividida territorialmente em cinco distritos sanitários, e contava com 34 equipes NASF-AB cadastradas apoiando 193 equipes da ESF, com esse quantitativo de equipes, estimava-se uma cobertura populacional pela ESF de 86,22% (IBGE, 2019).

4.2 - PARTICIPANTES

Participaram do estudo os trabalhadores dos NASF-AB de Campo Grande/MS e João Pessoa/PB. O número de trabalhadores dos NASF-AB em Campo Grande era de 85 e de João Pessoa 170, esse quantitativo de equipes implantadas garantia que cerca de 367.168 campo-grandenses e 673.626 pessoenses fossem assistidos por estas equipes.

O critério de inclusão definido foi de ser trabalhador vinculado a uma equipe NASF-AB nas duas capitais. Os profissionais de férias, de licença ou que não

aceitaram participar da pesquisa não foram incluídos. O critério de exclusão adotado foram os questionários nos quais a EJARCI estivesse com alguma questão não respondida.

A amostra deste estudo foi calculada tomando-se como base o universo desses trabalhadores de cada município separado, a probabilidade de ocorrência do evento de 50% (para cálculo do maior tamanho amostral) e um erro amostral de 5%. Para isso, utilizou-se a fórmula $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ (n : amostra calculada, N : população, Z : variável norma, p : real probabilidade do evento, e : erro amostral).

A partir desses critérios, foi definida a amostra mínima, ao nível de confiança de 95%, para cada município, em Campo Grande foram entrevistados 62 profissionais e em João Pessoa, 120 profissionais.

4.3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Elaborou-se um questionário estruturado (Apêndice I) composto de três dimensões. A primeira se refere à caracterização geral dos entrevistados (19 questões); a segunda destina-se a caracterizar, de maneira geral, o processo de trabalho (seis questões); e a terceira, a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) (20 questões).

As dimensões I e II do instrumento foram adaptadas do questionário elaborado por Brito *et al.* (2016). A dimensão III, a EJARCI foi adaptada e validada para o contexto brasileiro por Abed (2015).

A versão brasileira resultou do instrumento original, Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC). Elaborada por Hojat *et al.* (2015), ela foi testada e validada com 1.976 estudantes da área de saúde em três universidades, a Thomas Jefferson University e a Midwestern University, nos Estados Unidos e a Monash University, na Austrália. Há décadas Hojat e colaboradores contribuem na elaboração de instrumentos para mensurar os aspectos das relações colaborativas entre diferentes profissões, mas sempre em díades (HOJAT e HERMAN, 1985; HOJAT *et al.*, 1999; HOJAT *et al.*, 2003; HOJAT *et al.*, 2012). Com a necessidade de elaborar um instrumento psicometricamente sólido, que fosse comum a todas as áreas da saúde criaram a JeffSATIC.

A EJARCI tem por objetivo mensurar as diferenças de atitudes colaborativas entre profissionais ou estudantes da área da saúde. Possui 20 itens a serem

respondidos em uma escala de concordância/discordância do tipo *Likert*, utilizando variáveis mediante sete níveis, sendo o menor nível discordo completamente (1), e o maior nível concordo completamente (7). Ao final obtêm-se um escore que pode variar de 20 a 140 e quanto mais alta for a pontuação final, mais positivas são as atitudes em relação à colaboração interprofissional. Dos 20 itens, 12 são formulados positivamente (pontuação direta) e 8 negativamente (pontuação inversa). Os itens 3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19 possuem escala de concordância de forma inversa, portanto foi realizada a inversão dos pontos de forma equivalente para compor o somatório total (HOJAT *et al.*, 2015; ABED, 2015).

4.4 - COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram contactados os responsáveis técnicos de cada equipe e de posse dos calendários de reuniões o pesquisador comparecia as unidades de saúde para convidar os profissionais a, voluntariamente, participar do estudo.

Em um espaço reservado com cada equipe foram apresentados os principais conceitos relacionados a pesquisa, as especificidades da coleta de dados e a garantia de sigilo e anonimato das informações. Depois do aceite e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), foram entregues os questionários e realizada a coleta dos dados.

4.5 - ASPECTOS ÉTICOS

Autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa e de Campo Grande, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB e da UFMS, sendo aprovados pelos pareceres 3.584.953 na UFMS (Anexo I) e 3.281.041 na UFPB (Anexo II).

Os profissionais participantes assinaram o TCLE e foram respeitadas todas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

4.6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Procedeu-se a análise descritiva dos dados com apresentação dos resultados relativos as variáveis categóricas em frequência absoluta e relativa, e para as variáveis quantitativas em média, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos.

Para a verificação da normalidade da distribuição da variável dependente, que consiste no escore da EJARCI, aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov que indicou distribuição não normal da variável nos três contextos analisados ($p > 0,05$). Para a comparação do escore da EJARCI em relação as variáveis independentes dicotômicas realizou-se o teste de Mann-Whitney e para as variáveis independentes policotômicas foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Nos casos em que houve diferenças significativas identificadas no teste de Kruskal-Wallis procederam-se os testes par-a-par com correção de Bonferroni para identificar entre quais grupos estavam presentes tais diferenças.

Para todas as análises foi considerado nível de significância de 5%. Todos os dados foram analisados no contexto geral e segundo o município de atuação do participante. Para a análise inferencial as variáveis idade, tempo de experiência no NASF-AB, tempo de vínculo com a equipe e tempo de formado foram transformadas em variáveis categóricas dicotômicas distribuídas a partir do valor da mediana de cada variável.

5 – RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados sob a forma de dois artigos científicos.

O primeiro artigo intitulado “Caracterização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: um estudo comparativo de duas capitais brasileiras” atende aos objetivos específicos 1 e 2 e diz respeito ao perfil dos profissionais e a caracterização do processo de trabalho das equipes NASF-AB.

O segundo artigo intitulado “O trabalho interprofissional nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica” atende ao objetivo geral e aos objetivos específicos 3 e 4 no qual são mensuradas as atitudes em relação à colaboração interprofissional de trabalhadores dos NASF-AB e de suas equipes.

Os referidos artigos estão em processo de avaliação em revistas científicas. Diante disto, somente serão publicizados após a aprovação e autorização das referidas revistas para anexação no repositório da universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como produto final a caracterização das equipes NASF-AB e análise da orientação dos profissionais ao trabalho interprofissional e sua relação com as características individuais e elementos do processo de trabalho dessas equipes.

Ao comparar os dados obtidos por meio de questionários aplicados aos profissionais do NASF-AB de duas capitais brasileiras, foi possível identificar características comuns e especificidades que fomentaram a produção do conhecimento sobre o arranjo organizacional da APS com a inserção dessas equipes.

A partir da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional a pesquisa indicou que os escores alcançados pelos profissionais do NASF-AB de ambas as capitais se aproximam dos valores máximos esperados pelo instrumento e que os fatores individuais e do processo de trabalho analisados, não implicaram em diferenças estatísticas relacionadas às atitudes colaborativas.

Os elevados escores dos profissionais do NASF-AB demonstram que estes se apropriam das atitudes colaborativas interprofissionais como norteadoras do processo de trabalho na APS. A experiência destes profissionais e o arranjo organizacional do apoio matricial possuem potencialidades de mobilizar transformações necessárias que direcionem a competências mais colaborativas no exercício do trabalho entre as equipes na APS.

Ao destacar o potencial das equipes NASF-AB em favorecer práticas mais colaborativas na APS, os resultados desta pesquisa contribuem para que os gestores locais e formuladores de políticas públicas possam incorporar a experiência destes profissionais ao planejamento e definição de estratégias de educação permanente em saúde e capacitação que direcionem a competências mais colaborativas no exercício do trabalho entre as equipes na APS.

A fim de difundir e ampliar o conhecimento a respeito da interprofissionalidade no SUS, estudos futuros utilizando outras metodologias ou outros instrumentos, podem melhor elucidar os fatores que influenciam as atitudes profissionais para práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

ABED, Marcelo M. **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**: um estudo em profissionais da atenção básica. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5479>

BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional no Serviço de Emergência: atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 213-220, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>.

BOTMA, Yvonne; SNYMAN, Stefanus. Africa Interprofessional Education Network (AfrIPEN). **Journal of Interprofessional Care**, 2019, 33(3), 274–276. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1605236>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. **Diário Oficial da União** nº 61, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 39, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.

BRASIL. 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 União**, v. 183, n. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-GESTOR AB Informação e Gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

BRITO, Geraldo E. G. *et al.* Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15770>.

CAMPOS, Gastão W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 1999, vol.4, n.2, pp.393-403. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

CAMPOS, Gastão W. S., *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE - CIHC. A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: **CIHC**; 2010. Disponível em: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.

CASTRO, C. P. de; NIGRO, D. S.; CAMPOS, G. W. de S. Family Health Support Center and interprofessional labor: the experience of the municipality of Campinas (São Paulo, Brazil). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1113-1134, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00143>.

CECCIM, Ricardo B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

CECCIM, Ricardo B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *In*: TOASSI, Ramona F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.

CORREIA, Patrícia C. I.; GOULART, Patrícia M.; FURTADO, Juarez P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Saúde em Debate**, v. 41, p. 345-359, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s25>.

COSTA, Marcelo V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, Ramona F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.

D'AMOUR, Danielle *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>

ELLERY, Ana E. L. Interprofissionalidade. *In*: CECCIM, Ricardo B. *et al.* (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde) ISBN: 978-85-66659-98-6 DOI: <https://doi.org/10.18310/9788566659986>.

FRENK Julio *et al.* Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. 2011 Jun;28(2):337-41. Spanish. doi: <https://doi.org/10.1590/s1726-46342011000200023>.

HOJAT, Mohammadreza; HERMAN, Mary W. Developing and instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. **Psychological Reports**, 56, 1985. 571-579. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.1985.56.2.571>.

HOJAT Mohammadreza *et al.* Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. **Evaluation and the Health Professions** 1999; 22: 208–220. DOI: <https://doi.org/10.1177/01632789922034275>.

HOJAT, Mohammadreza *et al.* Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. **International journal of nursing studies**, v. 40, n. 4, p. 427-435, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00108-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00108-6)

HOJAT, Mohammadreza *et al.* Psychometrics of the scale of attitudes toward physician-pharmacist collaboration: a study with medical students. **Med Teach**. 2012;34(12):e833-e837. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.714877>

HOJAT, Mohammadreza *et al.* The Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. **Journal of Interprofessional Care**, 2015, 29(3), 238-244. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>.

HONE, Thomas *et al.* Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Affairs**, 2017a; 36(1):149158. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966>.

HONE, Thomas *et al.* Association between expansion of primary health care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS medicine** 2017b; 14(5):e1002306. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2019. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2019.

https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2019/estimativa_dou_2019.pdf.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>.

MACINKO, James *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

MORGAN, Sonya; PULLON, Susan; MCKINLAY, Eileen. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **Int J Nurs Stud**, 2015; 52(7):1217- 30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>

OLIVEIRA, Mônica M. de; CAMPOS, Gastão W. de S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 229-238, Jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. (Bogota, Colombia, 7-9 December 2016). Washington, D.C.: **PAHO**; 2017.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 56, p. 199-201, Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.

PEDUZZI, Marina, AGRELI, Heloise F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **Clínica médica**. 2ª ed. Barueri: Manole, v. 1, p. 1-9, 2016.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

PINTO, Luiz F.; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PREVIATO, Giselle F.; BALDISSERA, Vanessa D. A. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 2):1535-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.

REEVES, Scott *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010. ISBN: 978-1-405-18191-4.

REEVES Scott *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 6. Art. No.: CD000072. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

REEVES, Scott; XYRICHIS, Andreas; ZWARENSTEIN, Merrick. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**. Volume 32, Issue 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

SANTOS, Debora de S.; MISHIMA, Silvana M.; MERHY, Emerson E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

SARAIVA, Sonia A. L.; ZEPEDA, Jorge; LIRIA, Alberto F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 553-565, Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.10092018>.

TESSER, Charles D. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(62):565-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.

TREICHEL, Carlos A. dos S.; CAMPOS, Rosana T. O.; CAMPOS, Gastão W. de S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180617, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180617>.

VIANNA, Eliane C. *et al.* Org. **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf-AB**. 3^a ed. rev. atual. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2019.

WALDMAN, Steven D.; BOWLIN, Stephanie. Patient-Centered Interprofessional Education: The Time Is Now. *In* WALDMAN, Steven D.; BOWLIN, Stephanie. **Building a Patient-Centered Interprofessional Education Program**. (pp. 1-34). IGI Global, 2020. ISBN13: 9781799830665. DOI: <http://doi.org/10.4018/978-1-7998-3066-5.ch001>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS TRABALHADORES DO NASF-AB

ENTREVISTADOR Nº QUESTIONÁRIO TIPO DE ESQUIPE
 DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____ Nº. EQUIPE MUNICÍPIO

DIMENSÃO I – CARACTERIZAÇÃO GERAL

- 1 - CATEGORIA PROFISSIONAL: _____
 2- SEXO: (1) Masculino (2) Feminino
 3- IDADE: _____ anos
 4- HÁ QUANTO TEMPO (meses) TRABALHA NO NASF-AB EM (JOÃO PESSOA) (CAMPO GRANDE): _____ meses
 5- CONSIDERANDO TODA A SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL, QUAL É O TEMPO ACUMULADO DE EXPERIÊNCIA TRABALHANDO NO NASF-AB? _____ meses.
 6- HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ VINCULADO A ESTA EQUIPE NASF-AB? _____ meses
 7- QUAL FOI O ANO EM QUE VOCÊ CONCLUIU SUA GRADUAÇÃO? _____
 8- VOCÊ POSSUI RESIDÊNCIA CONCLUÍDA? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 10)

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

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

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

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

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

- 14- VOCÊ POSSUI DOUTORADO CONCLUÍDO? (1) Sim (2) Não (vá para a questão 16)

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

- 16- QUAL O SEU VÍNCULO DE TRABALHO PARA ATUAR NO NASF-AB?

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

17- O NASF-AB É O LOCAL ONDE VOCÊ SEMPRE DESEJOU TRABALHAR?

- (1) Sim (2) Não

18- O QUANTO VOCÊ SE SENTE REALIZADO TRABALHANDO NO NASF-AB? (Leia as alternativas)

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

19- QUAL SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM: (Marque um X para cada questão)

		Completamente satisfeito (4)	Satisfeito (3)	Pouco satisfeito (2)	Insatisfeito (1)
19.1	Seu próprio trabalho				
19.2	O trabalho da sua equipe				
19.3	O gestor da sua Unidade				
19.4	O gestor do município				
19.5	Seu salário				
19.6	Infraestrutura da sua Unidade				
19.7	Sua relação com os outros membros da equipe				
19.8	A comunicação entre os membros de sua equipe				
19.9	A clareza que sua equipe tem do papel de cada um dos membros				
19.10	A dinâmica do processo de trabalho de sua equipe				

19.11	A capacidade de compartilhar o gerenciamento da equipe entre os seus membros				
19.12	A capacidade de resolver conflitos da equipe entre os seus membros				
19.13	O quanto o seu trabalho é centrado nas necessidades dos usuários				

20- NA SUA PERCEÇÃO, O QUÃO O USUÁRIO ESTÁ SATISFEITO COM O SEU TRABALHO?

(1) Completamente satisfeito (2) Satisfeito (3) Pouco satisfeito (4) Insatisfeito

21 - ALÉM DO NASF-AB, VOCÊ POSSUI OUTRO LOCAL DE TRABALHO?

(1) Sim (2) Não (vá para a questão 22)

21.1 – Local	21.2 - Carga horária semanal
21.1.a	21.2.a
21.1.b	21.2.b
21.1.c	21.2.c
21.1.d	21.2.d

DIMENSÃO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

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

22- CONSIDERANDO O SEU TEMPO SEMANAL DE TRABALHO NO NASF-AB (100%), QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL É DEDICADO A:

22.1 Atendimentos individuais %

22.2 Atividades coletivas %

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

%

24- CONSIDERANDO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE SEMANALMENTE NO NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE ESF:

%

25- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE NASF-AB?

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

26- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE NASF-AB COM A ESF?

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

Agora, eu gostaria que você pensasse em sua prática profissional...em você. Antes de fazer algumas perguntas, irei ler algumas definições de conceitos.

ESCALA JEFFERSON DE ATITUDES RELACIONADAS À COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EJARCI)

Definições:

Colaboração interprofissional: Trabalho em conjunto de profissionais da área de saúde de diferentes formações, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento dos pacientes.

Profissionais de saúde: Pessoas qualificadas, com formação e conhecimento em profissões relacionadas à saúde.

Pacientes (clientes): Indivíduos que recebem serviços prestados por profissionais da área de saúde.

Instruções: Considerando os conceitos que eu acabei de ler para você, gostaria que, para cada uma das perguntas a seguir, você declarasse o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações. Utilize, por favor, essa escala de 7 pontos (escala Likert). Veja, quanto maior o número na escala, maior a concordância com a frase que eu irei descrever:

1. Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados. (1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro (5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente
2. Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes. (1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro (5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente
3. O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar. (1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro (5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente
4. As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa. (1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro (5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente
5. Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente. (1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro (5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente
6. Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.

(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
7. A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
8. O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
9. A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
10. A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
11. Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
12. A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
13. Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
14. Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
15. Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
16. Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
17. Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
18. Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	
19. Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.			
(1) Discordo totalmente	(2) Discordo em grande parte	(3) Discordo em parte	(4) Neutro
(5) Concordo em parte	(6) Concordo em grande parte	(7) Concordo totalmente	

Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo em grande parte (3) Discordo em parte (4) Neutro
(5) Concordo em parte (6) Concordo em grande parte (7) Concordo totalmente

ESCORE FINAL:

pontos.

EJARCI:

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “O Trabalho Interprofissional na Atenção Básica”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse a tomar a decisão. Leia atentamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelas pesquisadoras Adriane Pires Batiston e Pâmela Karine Bravin, sob a coordenação geral do Prof. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Esta pesquisa tem como finalidade analisar a orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em Campo Grande/MS. Assim, os objetivos do estudo são:

- a) Traçar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de trabalhadores da ESF e do NASF-AB;
- b) Caracterizar o processo de trabalho na ESF e nos NASF-AB;
- c) Mensurar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de trabalhadores dos NASF-AB e de suas equipes;
- d) Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e dos NASF-AB;
- e) Apreender as percepções de trabalhadores e usuários da ESF e dos NASF-AB acerca do trabalho interprofissional e seus impactos na produção do cuidado.

Informamos que o estudo não apresenta maiores riscos a você e nem restrições para sua participação, pois não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar de alguma forma. Os possíveis prejuízos que podem lhe afetar decorrem de algum constrangimento que você possa sentir para responder alguma das perguntas e o tempo que você dedicará para responder ao questionário. Mesmo assim, ficam garantidos o ressarcimento de qualquer despesa decorrente da sua

participação na pesquisa, bem como está assegurado o pagamento de indenização diante de qualquer dano em decorrência de sua participação nesta pesquisa.

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

Rubrica do participante: _____

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

O armazenamento dos questionários ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa e serão inutilizadas de forma segura, após o registro das informações nele contidos. Sua identidade será mantida em total sigilo e suas respostas não serão identificadas. Caso tenha alguma dúvida, você poderá procurar a pesquisadora a qualquer momento durante e após o término deste estudo, e você poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa do qual estará fazendo parte.

Para solucionar qualquer dúvida referente a este estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora através dos telefones: 67-992543123 (Adriane Batiston). Para perguntas relacionadas aos seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul pelo telefone 67-3345-7187 e/ou email:cepconep.propp@ufms.br.

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

A participação neste estudo não oferece nenhum prejuízo a você, mesmo assim você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Se você desistir do estudo, não será proibido de participar de outros estudos futuros.

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

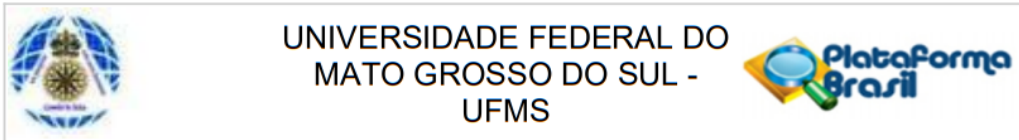
Assinatura do participante

Pesquisadora responsável

Campo Grande, _____ de _____ de 2019.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFMS

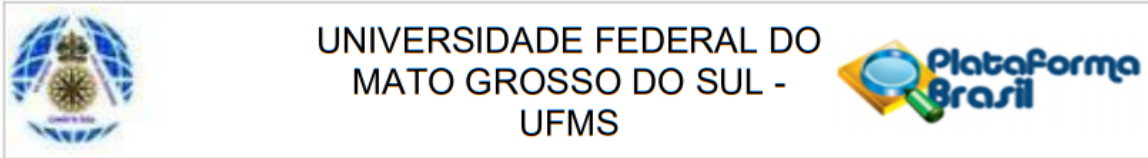


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA**Pesquisador:** Adriane Pires Batiston**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 10794919.2.2001.0021**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS**Patrocinador Principal:** CNPQ**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.584.953**Apresentação do Projeto:**

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

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



Continuação do Parecer: 3.584.953

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Específicos:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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



Continuação do Parecer: 3.584.953

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

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

Recomendações:

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

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

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



Continuação do Parecer: 3.584.953

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

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



Continuação do Parecer: 3.584.953

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 18 de Setembro de 2019

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

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

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFPB

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA.

Pesquisador: Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10794919.2.1001.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.281.041

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o trabalho Interprofissional na Atenção Básica.

Objetivos Secundários:

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

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-000
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3218-7791 Fax: (83)3218-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 3.201.041

NASF-AB e de suas equipes;

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

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

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA A PESQUISADORA RESPONSÁVEL

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

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



Continuação do Parecer: 3.201.041

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1322810.pdf	27/03/2019 11:02:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonaintegralfinal.docx	27/03/2019 11:02:08	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cnpq.pdf	27/03/2019 10:55:17	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	cg.pdf	27/03/2019 10:54:26	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	jp.pdf	27/03/2019 10:52:57	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ufpb.docx	27/03/2019 10:51:19	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	27/03/2019 10:48:47	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMS.pdf	27/03/2019 09:36:30	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito

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

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



Continuação do Parecer: 3.201.041

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 24 de Abril de 2019

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))