

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚ PEREIRA TAVARES DE OLIVEIRA

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE - MS**

CAMPO GRANDE-MS
2022

SAÚ PEREIRA TAVARES DE OLIVEIRA

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE - MS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família como requisito para obtenção do
título de mestre pela Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Adriane Pires
Batiston

CAMPO GRANDE-MS
2022

SAÚ PEREIRA TAVARES DE OLIVEIRA

**O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE - MS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família como requisito para obtenção do
título de mestre pela Universidade Federal
de Mato Grosso do Sul (UFMS).

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito
_____.

Campo Grande, MS, 04 de março de 2022.

BANCA EXAMINADORA

CONCEITO

Profa. Dra. Lais Alves de Souza Bonilha
INISA – UFMS

Prof. Dr. Fernando Pierette Ferrari
INISA – UFMS

Profa. Dra. Maria Elizabeth Araujo Ajalla
Departamento de Saúde Pública – UFMS

Prof. Dr. Arthur de Almeida Medeiros
INISA-UFMS

RESUMO

O trabalho interprofissional pode ser compreendido como uma modalidade de trabalho que se dá por meio da reflexão e tomada de decisão de forma dialógica, respeitando as singularidades das práticas dos profissionais envolvidos. O trabalho em equipe é a modalidade de colaboração interprofissional com maior capacidade para lidar com situações mais urgentes, imprevisíveis e complexas. A organização da Atenção Primária em Saúde no Brasil traz a Estratégia Saúde da Família como a forma preferencial de organização dos serviços de saúde, tendo o trabalho em equipe como referência. Compreender melhor quais são os fatores que influenciam no trabalho em equipe da Atenção Primária em Saúde pode contribuir para melhor avaliação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família. Esta pesquisa objetivou analisar o trabalho interprofissional de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família no município de Campo Grande – MS. Para isso, foi realizado um estudo transversal, com aplicação de questionário estruturado, contendo quatro dimensões. A primeira se refere à caracterização geral dos entrevistados; a segunda destina-se a caracterizar o processo de trabalho; a terceira é composta pela Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; e a quarta consiste na Escala de Clima de Equipe. Os resultados e discussão foram organizados em forma de artigo intitulado: “A influência de fatores sociodemográficos sobre o trabalho interprofissional na atenção primária em saúde de Campo Grande – MS: um estudo transversal”. A média de idade dos profissionais participantes da pesquisa foi de 38,21 anos e de tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde foi de 73,75 meses. O desempenho geral dos profissionais quanto às atitudes relacionadas à colaboração interprofissional foi satisfatório, com média de 112,9 e mediana de 115 pontos. Profissionais com idade inferior a 36 anos, menor tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde (<4 anos), menos tempo de vínculo com a equipe (<2 anos) e vínculo empregatício com outras instituições obtiveram maior escore nas atitudes relacionadas à colaboração interprofissional ($p < 0,001$). Profissionais com vínculo estatutário apresentaram menor escore nas atitudes relacionadas à colaboração interprofissional em comparação aos com outros tipos de vínculo, bem como os agentes comunitários de saúde em comparação aos demais profissionais ($p < 0,001$). O clima de equipe nas equipes de saúde da família pode ser considerado de moderado a bom, de acordo com a Escala de Clima de Equipe, com a média geral de 169,21 e mediana de 175 pontos (6,02 e 6,43 respectivamente em uma escala simplificada de zero a 10). Houve maior participação das equipes onde os profissionais apresentavam menos de 2 anos de vínculo com a equipe ($p = 0,023$), trabalhavam no local desejado ($p = 0,004$) e sentiam-se realizados ou completamente realizados com o trabalho, em comparação àqueles que se referiram parcialmente ou não realizados ($p < 0,001$). O apoio a ideias novas, clareza dos objetivos da equipe e o compromisso no desempenho das tarefas estão associados a trabalhar no local desejado ($p = 0,003/0,011/0,012$), sentir-se realizado com o trabalho ($p < 0,001$) e ter uma percepção positiva sobre o trabalho interprofissional ($p = 0,001$). Creditamos estes dados à educação interprofissional, visto que profissionais mais jovens, com graduação superior e com vínculo mais recente na Atenção Primária em Saúde e nas equipes tiveram maior acesso à educação interprofissional nas matrizes da formação profissional. O clima de equipe é melhor quando os profissionais tem maior satisfação com o trabalho. A educação interprofissional deve ser considerada nas atividades de educação permanente para profissionais das equipes de saúde da família, em especial aos agentes comunitários

de saúde, para buscar uma maior integração destes profissionais às equipes.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Perfil Profissional

ABSTRACT

Interprofessional work can be understood as a type of work that takes place through reflection and decision-making in a dialogic way, respecting the differences of the different professional practices involved. Teamwork is the modality of interprofessional collaboration with the greatest capacity to deal with more urgent, unpredictable and complex situations. The organization of Primary Health Care in Brazil brings the Family Health Strategy as the preferred form of organization of health services, with teamwork as standard operation. A better understanding of the factors that influence teamwork in Primary Health Care can contribute to a better assessment and functioning of Family Health Teams. This research aimed to analyze the interprofessional work of workers in the Family Health Strategy in the city of Campo Grande - MS, for this, a cross-sectional study was carried out in which a questionnaire structured in four dimensions was applied. The first refers to the general characterization of the interviewees; the second is intended to characterize the work process; the third is composed of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration; and the fourth is the Team Climate Scale. The results and discussion were organized in the form of an article entitled: "The influence of sociodemographic factors on interprofessional work in primary health care in Campo Grande-MS: a cross-sectional study". The average age of the professionals participating in the research was 38.21 years and the time of work in Primary Health Care was 73.75 months. The general performance of professionals regarding attitudes related to interprofessional collaboration was satisfactory, with a mean of 112.9 and a median of 115 points. Professionals under 36 years of age, less time working in Primary Health Care (<4 years), less time with the team (<2 years) and employment with other institutions obtained higher scores in attitudes related to interprofessional collaboration ($p<0.001$). Professionals with a statutory bond had a lower score in attitudes related to interprofessional collaboration compared to those with other types of bond, as well as community health agents compared to other professionals ($p<0.001$). The team climate in the family health teams where the participants are members can be considered from moderate to good, according to the Team Climate Scale, with an overall average of 169.21 and a median of 175 points (6.02 and 6.43 respectively on a simplified scale from zero to 10). There was a greater participation of teams where professionals had less than 2 years of bond with the team ($p=0.023$), worked in the desired location ($p=0.004$) and felt fulfilled or completely fulfilled with the work compared to those who referred partially or not performed ($p<0.001$). Support for new ideas, clarity of team goals and commitment to performing tasks are associated with working in the desired location ($p=0.003/0.011/0.012$), feeling fulfilled with the work ($p<0.001$) and having a positive perception of interprofessional work ($p=0.001$). We believe that these data reflect the directly proportional effect of interprofessional education, since younger professionals, with higher degrees and more recent links in Primary Health Care and in the teams, had greater access to interprofessional education in the curricula of professional training. The team climate is better when professionals are more satisfied with their work. Interprofessional education should be considered very relevant in continuing education activities for professionals from family health teams, especially community health agents, to seek greater integration of these professionals into the teams.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Interprofessional Relations; Patient Assistance Team; Professional Profile

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACP	Atenção Centrada no Paciente
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CF	Clínicas da Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
eAPP	Equipes de Atenção Primária para População Prisional
ECE	Escala de Clima de Equipe
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EJARCI	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF-AP	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFS	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Estratégia Saúde da Família	11
2.2 Trabalho Interprofissional	12
2.3 Educação interprofissional	16
2.4 Avaliação da interprofissionalidade	17
2.4.1 Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à colaboração Interprofissional – EJARCI	18
2.4.2 Escala de Clima de Equipe	19
2.5 Rede de atenção à saúde em Campo Grande - MS	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral:	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo do estudo	24
4.2 Participantes	24
4.3 Definição do tamanho amostral	24
4.4 Instrumento e coleta de dados	25
4.5 Análise e interpretação dos dados	26
4.6. Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS	28
5.1 Artigo	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	51
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR DA ESF	52
ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS – ACS	62
ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFMS	73
APÊNDICES	78
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79

1 INTRODUÇÃO

O trabalho interprofissional em equipe nos serviços de saúde é um instigante desafio para trabalhadores, gestores e pesquisadores. Isso se dá por sua relevância operacional, uma vez que é a conformação de trabalho com maior potencial de promover saúde de forma ampla, em nível familiar e comunitário (PREVIATO; BALDISSERA, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 13). Também traz vantagens como a ampliação do acesso à saúde e a qualidade dos serviços, além de maior custo-efetividade da atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2020).

Esta pesquisa teve como principal referencial teórico o trabalho interprofissional pelo prisma da abordagem contingencial. Nele, o trabalho em equipe se apresenta como a forma de trabalho interprofissional com os atributos mais adequados para enfrentar situações mais complexas, urgentes e imprevisíveis (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

O trabalho em equipe é a forma de trabalho esperado para que o cuidado em saúde seja efetivado na Atenção Primária em Saúde (APS) do Brasil. Por isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi desenvolvida como equipes multiprofissionais que devem atuar não apenas compartilhando uma identidade de equipe e responsabilidades, mas também trabalhando de forma interdependente, integrada, com funções e objetivos claros (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). É esperado que este potencial de trabalho efetue a mudança de paradigma do funcionamento dos serviços de saúde na APS no Brasil, trazendo ampliação do acesso à saúde, pluralização das visões sobre a saúde, incorporação do acolhimento e humanização das práticas no cuidado em saúde. Porém, ainda são observadas dificuldades neste processo, como a persistência do cuidado centrado na doença e no corpo biológico; a precária implementação da integralidade; e déficits na formação das equipes e nas condições e relações de trabalho. (FERTONANI et al., 2015).

O pesquisador deste estudo teve por experiência profissional o trabalho por dez anos na APS, em atendimento médico clínico aos usuários, e mais dois anos na gestão, pela Coordenação da Rede de Atenção Básica pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. Neste contexto, as potencialidades e dificuldades em atingir os objetivos da ESF demonstraram diferenças significativas entre as diferentes

Equipes de Saúde da Família (EqSF). Além das singularidades próprias dos territórios, o pesquisador foi motivado a questionar os fatores inerentes aos profissionais, seus vínculos ao trabalho e relações entre si, que poderiam estar associados ao funcionamento em equipe.

Durante o Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família foi oportunizada a participação em um projeto de pesquisa multicêntrico que avaliava a interprofissionalidade em duas capitais brasileiras – Campo Grande e João Pessoa. O pesquisador deste estudo pôde, então, desenvolver este trabalho no âmbito do município de Campo Grande – MS. Esta experiência propiciou aprofundamento teórico sobre a APS e a oportunidade de conhecer referenciais teóricos sobre o trabalho interprofissional e, em especial, em equipe. Esses conhecimentos foram de grande valor, não somente para a presente pesquisa, mas para o serviço onde o pesquisador se encontra agora inserido – no momento, atuando em um núcleo de evidências, serviço de apoio aos gestores, através de evidências científicas, para informar decisões em gestão e saúde. A colaboração interprofissional está presente em todo trabalho em saúde, da gestão à assistência direta ao usuário.

O trabalho interprofissional na ESF foi avaliado por meio de uma pesquisa transversal, com aplicação de questionários estruturados em profissionais de EqSF de Campo Grande – MS. Teve por foco avaliar os efeitos de variáveis sociodemográficas dos profissionais e de seus processos de trabalho sobre a orientação para o trabalho interprofissional e o clima de equipe.

Esta dissertação está organizada em seis capítulos, sendo esta introdução o primeiro. O segundo capítulo traz a revisão de literatura, abordando conceitos pertinentes à ESF; ao trabalho interprofissional; à educação interprofissional; ao processo de avaliação da interprofissionalidade, incluindo a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) e à Escala de Clima de Equipe (ECE); além do detalhamento sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Campo Grande – MS.

O terceiro capítulo aborda os objetivos geral e específicos que nortearam o estudo. O quarto capítulo descreve a metodologia utilizada, detalhando o tipo de estudo, características dos participantes, definição do tamanho amostral, instrumento e coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos.

O quinto capítulo corresponde aos resultados e discussão e traz os dados organizados em forma de artigo científico intitulado “A Influência de fatores sociodemográficos sobre o trabalho interprofissional na Atenção Primária em Saúde de Campo Grande – MS: um estudo transversal”.

O sexto capítulo traz as considerações finais e contribuições da pesquisa para o trabalho e a formação de profissionais em saúde.

Esta pesquisa buscou responder às seguintes perguntas: Qual o grau de orientação para o trabalho interprofissional dos profissionais que trabalham na ESF em Campo Grande – MS e o clima de equipe nas EqSF onde estão inseridos? Quais fatores interferem na orientação para o trabalho interprofissional e no clima de trabalho em equipe?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia Saúde da Família

A capacidade de propiciar saúde a uma população depende fundamentalmente da estratégia pela qual as ações e os serviços de saúde são disponibilizados no território. Desde a conferência de Alma-Ata, em 1978, há uma compreensão de que os serviços de APS são essenciais, uma vez que possuem capacidade de responder a 80% das demandas de saúde de uma população (MENDES, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p. 2). Há evidências de que a APS tem impacto positivo na promoção de saúde em diferentes países, porém, esse potencial de resolutividade depende de muitos fatores, dentre eles, a organização e a distribuição dos serviços de saúde no território (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o termo Atenção Básica (AB) é usado como equivalente a APS e foi operacionalizado através da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para expandir, consolidar e qualificar a APS em todo território nacional. Nesse arranjo, equipes multiprofissionais atuam por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas a uma população definida, tendo as referidas equipes responsabilidade sanitária em suas respectivas áreas delimitadas. Os profissionais previstos para a composição de EqSF são: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS); podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE), cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Os profissionais de nível superior devem, preferencialmente, ter especialidade em saúde da família (BRASIL, 2017, p. 10).

Essa organização em equipe multiprofissional destina-se à mudança do paradigma biomédico no cuidado em saúde no Brasil, tradicionalmente hospitalocêntrico, com hierarquização do trabalho, focado no médico e no corpo biológico, através da medicalização, tendo o diagnóstico e tratamento de patologias como eixo do trabalho em detrimento do indivíduo como ser histórico e social (FERTONANI et al., 2015).

As diretrizes organizacionais para que a AB cumpra seu papel mostram-se tecnicamente complexas, sendo necessária a contribuição de conhecimentos e habilidades práticas de diferentes profissionais envolvidos no cuidado, reunidos através de uma equipe interdisciplinar. Acolher às demandas de saúde de um

território, realizar busca ativa com avaliação de vulnerabilidade, praticar a clínica ampliada e compartilhada, e exercer a cogestão dos serviços de saúde e processos de trabalho são ações impossíveis de serem realizadas por um único profissional, isolado em seu núcleo de saber (CAMPOS et al., 2008).

2.2 Trabalho Interprofissional

A proposta de trabalho interprofissional originou-se na década de 1960, durante o movimento da medicina preventiva. Trazia mudanças na prática médica, incluindo a interprofissionalidade nos currículos de graduação e o trabalho em equipes chefiadas por médicos (PEDUZZI, 2016). Durante a década de 1970 tiveram início mudanças na organização do trabalho em geral, com reflexos nos trabalhadores em saúde, apontando para uma menor divisão do trabalho e estruturas organizacionais mais horizontais, com maior foco no trabalho em equipe. Essa nova dinâmica de trabalho em saúde, de características pós-fordistas, vem sendo marcada pela disparidade entre a cada vez maior demanda por serviços de saúde e a capacidade insuficiente dos trabalhadores para respondê-las. Soma-se a este cenário, a fragmentação das práticas profissionais, cujo o enfrentamento resultou no desenvolvimento das propostas de trabalho em equipe e prática colaborativa (PEDUZZI, 2017).

Os referenciais teóricos relacionados ao trabalho e educação interprofissional desenvolveram-se de forma heterogênea, causando polissemia e imprecisão conceitual, que acabou por tornar-se um desafio ao seu avanço (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Ainda que a Organização Mundial de Saúde tenha instituído o Marco para Ação em Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, a diversidade de abordagens teóricas neste tema ainda dificulta a pesquisa, educação e prática da interprofissionalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 13).

Termos como multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional são comumente confundidos (PEDUZZI et al., 2020). Os prefixos “multi”, “inter” e “trans” antes do termo “disciplinar” fazem menção à educação interprofissional, especificamente quanto ao reconhecimento da pluralidade de saberes em saúde e suas possíveis relações. De forma análoga, o termo “profissional” se refere aos fazeres, podendo-se compreender que da multiplicidade das profissões (multiprofissional) é possível advir, através do

aprendizado e da comunicação, a criação que enriquece o fazer em saúde (interprofissional)(CECCIM, 2018).

Logo, pode-se entender que, numa realidade de fragmentação, tanto do conhecimento em saúde quanto das práticas, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade apresentam-se como propostas de mudança que buscam melhores resultados dos cuidados ao paciente, sendo impossível tratar de uma, sem abordar a outra como parte do mesmo processo (ELLERY, 2018).

A interprofissionalidade pode ser compreendida como uma estrutura conceitual com três dimensões: a primeira cognitiva, onde há a socialização e integração de saberes; a segunda pragmática, onde se observa a colaboração ou a prática compartilhada; e a terceira subjetiva, envolvendo os afetos. Todas estas dimensões são resultado do fazer juntos e podem culminar nos processos de trabalho mais ou menos produtivos, com maior ou menor dificuldade (ELLERY, 2018).

O trabalho interprofissional pode ser conceitualmente subdividido em: trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional (ou coordenação interprofissional) e trabalho em rede. Estes conceitos podem ser entendidos através da abordagem contingencial que considera seis elementos que afetam a colaboração: identidade de equipe compartilhada, funções e objetivos claros, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas de equipe (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). O quadro 1 sintetiza a diferença entre os diversos tipos de trabalho interprofissional através da abordagem contingencial.

Quadro 1- Diferença entre os tipos de trabalho interprofissional segundo a abordagem contingencial.

		Tipos de trabalho interprofissional			
		Trabalho em equipe	Colaboração interprofissional	Prática colaborativa interprofissional	Trabalho em rede
Elementos que afetam a colaboração	Identidade de equipe compartilhada				
	Integração		Relativa		
	Maior urgência, complexidade e imprevisibilidade de tarefas		Relativa		
	Interdependência			Relativa	
	Responsabilidade compartilhada				Relativa
	Funções e objetivos claros				Relativa

Fonte: Elaboração própria

No trabalho em equipe os integrantes compartilham uma identidade de equipe, clareza de papéis e objetivos, alto grau de interdependência e integração do trabalho, e responsabilidade compartilhada, geralmente implicados em tarefas mais urgentes, imprevisíveis ou complexas (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

A colaboração interprofissional é percebida como uma forma mais solta de trabalho interprofissional, onde os integrantes demonstram uma menor integração entre si, mantendo a interdependência entre os indivíduos, clareza de papéis e objetivos; com tarefas menos urgentes ou complexas, e mais previsíveis (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Na prática colaborativa interprofissional já se observa a integração e interdependência entre os trabalhadores ainda menores, mesmo que haja alguma responsabilidade compartilhada e clareza de papéis, tarefas e objetivos; com tarefas ainda menos urgentes e complexas, e menos previsíveis (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

As redes interprofissionais seriam a forma em que os trabalhadores se encontrariam menos integrados, com tarefas previsíveis, não complexas e não urgentes, permitindo a realização do trabalho por meio virtual (e-mails,

videoconferência, etc) (PEDUZZI; AGRELI, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Convém ressaltar que, dependendo da tarefa a ser executada, alguns tipos de trabalho interprofissional podem ser mais eficazes que outros. Assim, para tarefas menos previsíveis, mais complexas e mais urgentes, o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional apresentariam melhor desempenho (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Isso ajudaria na compreensão dos avanços nas propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa no contexto da APS no Brasil, onde os desafios de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde mostram-se complexos (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Outro ponto importante a ser considerado é que a complexidade da RAS traz também o desafio da integração dos diferentes serviços em rede. Equipes de saúde devem trabalhar integradas a outras equipes e serviços. Logo, outros tipos de trabalho interprofissional são necessários além do trabalho em equipe. Segundo a abordagem contingencial, profissionais que trabalham em equipe possuem os elementos necessários para desempenhar o trabalho de outras formas (AGRELI, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A Atenção Centrada no Paciente (ACP) é um elemento central das práticas interprofissionais em saúde. Além de corresponder a um dos elementos da abordagem contingencial que interferem na colaboração (funções e objetivos claros), a ACP é apontada como um componente importante de mudança do modelo de atenção. Quando os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde, há um deslocamento do foco para além de sua própria atuação profissional, levando-os a uma prática compartilhada (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Outro elemento de grande importância nas práticas interprofissionais é a comunicação interprofissional. Trata-se da dimensão dialógica onde os saberes são compartilhados e construídos entre profissionais. Está presente no cuidado centrado no paciente e família, na clarificação dos papéis, na dinâmica de funcionamento das equipes, na resolução de conflitos, e na liderança colaborativa. É recomendado que, no âmbito da ESF, sejam aproveitadas as oportunidades de exercer a comunicação interprofissional principalmente nas reuniões de equipe, discussões de casos, tomada

de decisão compartilhada e nas ocasiões de educação permanente (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

O clima do trabalho em equipe traz proximidade com o trabalho interprofissional, visto que ambos os conceitos abordam a interação e comunicação entre os membros da equipe, objetivos comuns, responsabilidade compartilhada e a promoção da inovação do trabalho. Este compartilhamento de percepções e significados sobre a prática, procedimentos e políticas, vivenciados conjuntamente, define o clima do trabalho em equipe, e por isso, sua avaliação pode revelar informações de como se dá o trabalho interprofissional (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

2.3 Educação interprofissional

Em busca de maximizar os cuidados de saúde a custos mais baixos os sistemas de saúde em diferentes países estão investindo na formação de profissionais para que eles saibam atuar em equipe, já há alguns anos (GORDON, 1992). A base para uma educação interprofissional vem sendo defendida para promover aceitação e uma articulação mais produtiva entre as equipes (BALDWIN, 2009).

A proposta de mudança de paradigma no cuidado em saúde no Brasil de um modelo médico centrado, hospitalocêntrico, com trabalho hierarquizado e disposição fragmentada dos serviços de saúde precedeu as mudanças nos currículos de graduação, em especial das profissões que constituem a EqSF. Logicamente, não seria possível mudanças na dinâmica de trabalho para o funcionamento em equipe se os profissionais não estivessem preparados para tal desafio (ABED, 2015; FILHO; SILVA, 2017). Lembrando que outros desafios, como a mudança do perfil de necessidades de saúde, relacionadas ao aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas, também pressionaram para que a formação acadêmica desses profissionais os preparassem melhor para abordar as múltiplas dimensões das necessidades dos usuários (PEDUZZI, 2016).

Ainda que, no Brasil, as iniciativas para a inclusão da educação interprofissional nos currículos de graduação de médicos, enfermeiros e odontólogos sejam relativamente antigas, desde a década dos anos de 1980, as principais estratégias são de origem relativamente recente, com gradual consolidação. As primeiras

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foram desenvolvidas nos anos 2000; com seu embasamento, surgiram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), entre 2006 e 2007; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); além do Programa Mais Médicos, em 2013 – que vale a pena ressaltar, trata-se de um programa também acadêmico (HADDAD et al., 2012; NETTO et al., 2018).

A educação interprofissional é um importante meio de efetivar o trabalho interprofissional e dessa forma fortalece os sistemas de saúde e melhora a assistência aos usuários. Pode ocorrer antes, durante e após a graduação profissional, e aumenta a capacidade crítica dos profissionais, promovendo o respeito entre os mesmos, evitando estereótipos hierarquizantes, além de promover a prática profissional ética focada no paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 20). É a principal estratégia para formar profissionais capazes de trabalhar em equipe, melhorando a integralidade no cuidado em saúde. Esta proposta é discutida há 30 anos, com o intuito de fomentar o trabalho de equipe em todo o mundo, principalmente Estados Unidos e Europa (BARR, 2002).

2.4 Avaliação da interprofissionalidade

Partindo do fato de que a colaboração interprofissional é compreendida como essencial para que equipes de saúde atinjam seus objetivos assistenciais, resta saber como avaliar a prática colaborativa interprofissional.

O conceito de práticas colaborativas de Thomas (1976), o trabalho mais influente na época, foi utilizado como base por diversos autores (TAYLOR, 1996). Thomas entendia que a prática colaborativa era a interação entre profissionais de diferentes áreas onde o conhecimento e as habilidades de ambos influenciam sinergicamente o cuidado com o paciente (THOMAS, 1976, 1992; WEISS; & DAVIS, 1985)

Para a OMS, a prática colaborativa é a atividade realizada com profissionais de diversas áreas da saúde com níveis de experiência diversos com o intuito de melhorar a qualidade da assistência em saúde. Pode ocorrer de maneira individual, familiar e a nível de comunidade, permitindo agregar qualquer indivíduo que auxilie nos objetivos de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p.13).

Taylor (1996) acrescenta que na prática colaborativa existe reconhecimento e respeito na prestação de cuidados de saúde. Assim, a interação dialógica é fortalecida pela confiança e comunicação mútua, acarretando numa maior satisfação no trabalho por parte dos profissionais e assistência de melhor qualidade ao paciente (TAYLOR, 1996).

Contudo, a contribuição interprofissional não deve ser avaliada empiricamente. Faz-se necessário a utilização de instrumentos psicometricamente sólidos para avaliar a interação dos profissionais da área de saúde, visando assegurar a qualidade da assistência e a resolutividade dos serviços (HOJAT et al., 2015; SILVA, 2014). Dentre esses instrumentos para medir a orientação para a educação e colaboração interprofissional encontra-se a EJARCI e ECE.

2.4.1 Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à colaboração Interprofissional – EJARCI

Inicialmente foram criados dois instrumentos psicometricamente válidos voltados a profissões específicas: A Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração médico-farmacêutico e Escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração médico-enfermagem (esta última sendo validada no México, Itália, Israel e Estados Unidos). Estas escalas somente podem ser utilizadas nos estudantes e profissionais de enfermagem, medicina e farmacêutica, gerando assim uma limitação quanto aos outros profissionais da área de saúde (HOJAT et al., 2003).

A escala Jefferson de atitudes relacionadas à colaboração médico-enfermeiro contém 20 itens e abordavam áreas de interação entre esses profissionais incluindo: autoridade, autonomia, responsabilidade pelo monitoramento do paciente, tomada de decisão colaborativa e expectativas de papel (HOJAT et al., 1999).

Já a escala de colaboração entre farmacêuticos e médicos produzida em 2011, traz 16 itens que são respondidos em uma escala do tipo Likert de 4 pontos (concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente). Foi criada sob justificativa de que a interação médico farmacêutico atualmente é ainda mais necessária devido aos custos com medicamento, interações medicamentosas complexas, entre outros (VAN WINKLE; FJORTOFT; HOJAT, 2011).

A Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional foi criada em 2015, e é utilizada em estudantes de profissões voltadas a saúde

independentemente de seus programas ou cursos. Possui 20 itens respondidos em escala Likert com sete níveis (variando de um a sete, onde a menor pontuação é "discordo completamente" e a maior, "concordo completamente") (HOJAT et al., 2015). ABED (2015) realizou a adaptação transcultural deste instrumento para o Brasil, através de 6 estágios, quais sejam: 1- Tradução; 2- Síntese; 3- Retrotradução; 4- Comitê de especialistas; 5- Pré-teste. Esta ferramenta pretende responder às necessidades de maneira mais genérica, não se reportando apenas a duas dimensões como as versões mais antigas. (HOJAT et al., 2015).

A validação da escala adaptada para o português foi realizada no município de Goiânia, nas unidades de saúde de atenção primária. A população para o estudo foram os profissionais de saúde vinculados à secretaria de saúde do município, possuindo uma amostragem de 128 profissionais onde o critério de inclusão era ser profissional da área de saúde de Goiânia, lotado em unidades com mais de uma equipe de saúde da família (ABED, 2015).

Com essa escala, pode-se avaliar como é percebido o trabalho interprofissional desenvolvido pelos profissionais da área de saúde em geral. Trata-se de um questionário com 20 questões em escala Likert de 1 a 7, cujo escore final varia de 20 a 140 pontos. Quanto maior a pontuação final, maior o grau de colaboração no trabalho interprofissional. Parte das questões (3, 5, 8, 9, 12, 15, 16 e 19) tem valor negativo a respeito da orientação para o trabalho interprofissional e tem a pontuação invertida na escala de Likert de 1 a 7 para o cálculo do escore (ABED, 2015).

2.4.2 Escala de Clima de Equipe

Um importante fator, intrinsecamente relacionado com o trabalho interprofissional, começou a ser identificado e discutido na década de 70: o clima organizacional. O termo, inicialmente com pouco consenso semântico, foi estudado por Anderson e West em 1998, que identificaram duas abordagens sobre o tema: a do esquema cognitivo (avaliação do indivíduo sobre seu ambiente de trabalho) e a percepção compartilhada (avaliação subentendida sobre a percepção do coletivo) (SILVA, 2014).

Ao constatar que o clima organizacional tinha pouco valor de predição e grande heterogeneidade ao avaliar grandes organizações, Anderson e West desenvolveram uma ferramenta para mensuração do clima em microcontextos, sub unidades e

equipes, utilizando a abordagem da concepção compartilhada. O *Team Climate Inventory* (traduzido como Escala de Clima de Equipe) foi criado para aplicação em grupos proximais de trabalho, ou seja, “(...) equipes que mantêm contato permanente ou semi-permanente, cujos membros identificam-se uns com os outros e interagem com certa regularidade no desempenho da atividade de trabalho.” (SILVA, 2014, p. 38).

A ECE é constituída por 38 perguntas e afirmações, respondidas em escala tipo Likert e divididas em 04 categorias: apoio às ideias inovadoras (08 itens), objetivos da equipe (11 itens), participação da equipe (12 itens) e orientação para as tarefas (07 itens) (AGRELI et al., 2019; SILVA et al., 2016).

A categoria “apoio a ideias inovadoras” diz respeito ao suporte do time para inserir ações ou melhorar o modo de fazer nos processos de trabalho em relação ao que o usuário necessita. A categoria “objetivo da equipe” demonstra como os objetivos do grupo são determinados e partilhados com os demais membros. A categoria “participação na equipe” refere-se a segurança dos profissionais em exporem suas opiniões ao grupo, envolvimento da equipe nas ações de tomada de decisão em conjunto. Por último, a “orientação para tarefa” diz respeito a responsabilidade de cada profissional e da equipe, é representada por avaliações, análises e outros métodos para avaliar o desempenho (AGRELI et al., 2019).

Cada categoria dessa escala tem uma variação de pontuação específica, sendo: participação da equipe com 12 a 60 pontos, objetivos da equipe com 8 a 40 pontos; apoio para novas ideias com 11 a 77 pontos e orientação para as tarefas 11 a 49 pontos. O escore final da escala irá variar entre 38 a 226 pontos (PERUZZO et al., 2017).

A escala de clima de equipe oportuniza discernir o grau de efetividade de cada equipe e assim avaliar e monitorar a efetividade do trabalho em equipe. Por sua abordagem de percepção compartilhada, seu escopo em grupos proximais de trabalho e a comprovada relação com a efetividade das equipes, a escala se torna particularmente apropriada para utilização nas equipes de APS – especialmente na ESF, dada sua forma de organização, objetivos e diretrizes (SILVA, 2014; SILVA et al., 2016).

A ECE já se encontra adaptada e validada em 12 países, incluindo o Brasil. Neste, foi validada em 2014, dentro do contexto de trabalho interprofissional da APS, no município de Campinas – SP. É amplamente reconhecida pelas suas

características psicométricas, capacidade de mensuração de constructos e aplicação em diversas realidades (SILVA, 2014).

2.5 Rede de atenção à saúde em Campo Grande - MS

Campo Grande é a capital do Estado de Mato Grosso do Sul e localiza-se na região Centro - Oeste do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada para o ano de 2021 era de 916.001 habitantes e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,784 e o PIB per capita de R\$ 33.744, 98 reais, esse número representa a 36ª posição em relação ao ranking do Estado para PIB per capital. Em relação ao seu território e ambiente tem 58.7% das moradias com ligação à rede de esgoto oficial e possui arborização em 96.3% das vias públicas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021, p. 1).

A média mensal de salário dos trabalhadores formais em 2019 era de 3,5 salários mínimos, em relação ao ranking estadual Campo Grande ocupa a 3ª posição de média salarial e em 2010 30,3% da população tinha rendimento mensal de até meio salário mínimo. Noventa e oito por cento de crianças e adolescentes entre 6 a 14 anos estão alfabetizados, esse número coloca a cidade em 23º no Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021, p. 1).

Entre os anos de 1970 e 2010 a população campo-grandense teve um aumento de aproximadamente 06 vezes e em 2010 representava mais de 30% da população estadual. Em relação ao sexo existe uma primazia feminina há anos, desse modo em 2010 a cada 100 mulheres havia 94,05 homens. Sobre a orientação religiosa de seus moradores em 2010 é estimado que 51,43% se denominavam católicos, 30,42% evangélicos e 3,51% espíritas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010, p. 1).

Localiza-se na região central de Mato Grosso do Sul e possui extensão territorial de 8.092,951 km², onde encontram-se 75 bairros organizados em 07 regiões sanitárias: Prosa, Segredo, Anhanduizinho, Imbirussu, Bandeira, Lagoa e Centro. Além disso, fazem parte da cidade dois distritos, o Rochedinho e Anhanduí (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2020, p. 7).

Para garantir cobertura à saúde para todos os seus cidadãos, a cidade dispõe de uma Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) situada na região central da Capital.

Sua missão é a de “garantir assistência humanizada em todos os níveis de atenção, com resolutividade nos serviços, redução do tempo de espera [...], o que permitirá maior qualidade de vida aos cidadãos campo-grandenses...”(PREFEITURA DE CAMPO GRANDE, 2021, p. 7).

Diante disso, a SESAU é constituída por diferentes serviços de saúde, nos mais variados níveis de atenção. Em relação à APS existem diferentes serviços:

“54 Unidades de Saúde da Família (USF), 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 Clínicas da Família (CF), 15 equipes multiprofissionais de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde (NASF-AP), 01 Equipe de Consultório na Rua (eCR) e 03 Equipes de Atenção Primária para População Prisional (eAPP)” (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2020, p. 8).

Em relação à população campo-grandense coberta por equipes de saúde da família, é possível verificar que, entre os anos de 2017 a 2020, houve um aumento de 33,2% para 75,3% de abrangência de equipes de saúde da família (CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ, 2022, p. 1).

O quantitativo de serviços de atenção primária à saúde por cada região de saúde é o seguinte: a Região Prosa possui 05 USF; a Região Segredo possui 01 CF, 02 UBS e 11 USF; a Região do Anhanduizinho possui 01 CF, 04 UBS e 12 USF; a Região Imbirussu possui 02 UBS e 09 USF; a Região Bandeira possui 03 UBS e 07 USF; a Região do Lagoa possui 01 CF, 02 UBS e 08 USF; e a Região do Centro possui 01 UBS e 02 USF. Desse modo em Campo Grande temos 03 CF, 14 UBS e 54 USF (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2020, p. 10).

O horário de funcionamento das unidades de atenção primária varia de acordo com a Portaria GM/MS nº930/2019, do Programa Saúde na hora, sendo que as unidades de saúde de Campo Grande podem funcionar com carga horária semanal variando entre 40 e 75 horas. Todas elas iniciam suas atividades às 07 horas, porém, os horários de fechamento podem ser as 16, 17, 19 e 22 horas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2020).

Em relação à força de trabalho da APS, de acordo com comunicação interna da SESAU, atualmente estão lotados na APS: 1.552 agentes comunitários de saúde concursados, 211 enfermeiros concursados, 04 enfermeiros contratados, 11 Mais médicos em USF/UBS, 12 médicos concursados no NASF-AB, 95 médicos concursados em USF/UBS, 22 médicos convocados no NASF-AB e 213 médicos convocados em USF/UBS (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022, p. 1).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Analisar o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF em Campo Grande - MS.

3.2 Objetivos específicos

- a) Traçar o perfil sociodemográfico e de formação profissional de trabalhadores da ESF;
- b) Caracterizar o processo de trabalho na ESF;
- c) Identificar o grau de orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF;
- d) Caracterizar o clima de equipe nas EqSF onde os profissionais atuam;
- e) Verificar os fatores associados à orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e ao clima de equipe nas EqSF onde atuam;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado nos anos de 2020 e 2021, no qual foram obtidos dados coletados entre profissionais de saúde em Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. O método quantitativo de obtenção dos dados deu-se por meio de aplicação de questionários estruturados a trabalhadores da ESF.

4.2 Participantes

Os participantes do estudo foram os trabalhadores da ESF (ACS, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) do município de Campo Grande – MS. Considerando o número de EqSF implantadas em Campo Grande até 2020 (N=84), o universo de trabalhadores de nível superior era de 252, e de ACS, de 504. Esse quantitativo de equipes implantadas garante que cerca de 367.168 campo-grandenses sejam assistidos por essa estratégia.

Critério de Inclusão: ser trabalhador médico, enfermeiro, odontólogo ou ACS vinculado a uma equipe de Saúde da Família.

Crítérios de Exclusão: de acordo com a metodologia adotada no estudo não há critérios de exclusão.

4.3 Definição do tamanho amostral

A população-alvo específica para o estudo proposto foram os trabalhadores de nível superior da ESF e ACS. A amostra em que foi aplicado o instrumento de coleta de dados foi calculada tomando-se como base o universo desses trabalhadores no município, em 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: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1}$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral).

A partir desses critérios, foi definida a amostra mínima, ao nível confiança de 95%, para cada grupo de trabalhadores, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Amostra mínima de cada grupo de trabalhadores em Campo Grande - MS.

Participantes	Amostra mínima
Trabalhadores de nível superior da ESF	153
Agentes comunitários de saúde	219
Total	372

Fonte: Elaboração própria

A distribuição proporcional mínima para cada categoria profissional de nível superior da ESF é de 51 cirurgiões-dentistas, 51 enfermeiros e 51 médicos em Campo Grande.

4.4 Instrumento e coleta de dados

Para gerar os dados, foi aplicado um questionário estruturado a uma amostra por conveniência de profissionais de nível superior, integrantes de EqSF (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e de nível médio (ACS). O instrumento de coleta de dados para os trabalhadores de nível superior da ESF (anexo 1) é composto de quatro dimensões. A primeira se refere à caracterização geral dos entrevistados (19 questões); a segunda destina-se a caracterizar o processo de trabalho (seis questões); a terceira é composta pela EJARCI (20 questões); e a quarta consiste na ECE (38 questões).

O instrumento de coleta de dados dos ACS (anexo 2) também é composto de quatro dimensões: caracterização geral do entrevistado (dez questões); caracterização do processo de trabalho (seis questões); EJARCI (20 questões); e ECE (38 questões).

As dimensões I e II de ambos os instrumentos foram adaptadas do questionário para avaliação do perfil de trabalhadores da ESF elaborado por Brito et al. (2016). A dimensão III é a EJARCI, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Abed (2015).

A dimensão IV corresponde à ECE, composta por quatro partes. A primeira trata da participação que existe na equipe, com 12 questões em escala de Likert e escore variando de 12 a 60 pontos; a segunda aborda o apoio para mudanças e ideias novas, com oito questões com escore de 8 a 40 pontos; a terceira se refere à compreensão dos participantes sobre os objetivos da equipe, com 13 questões e escore entre 11 e 77; e a quarta parte avalia como o participante sente a maneira que

sua equipe monitora e avalia o trabalho realizado, correspondendo a sete questões, com escore de 7 a 49 pontos. Quanto maior a pontuação total, que pode variar de 38 a 226, melhor é o clima de equipe.

A coleta de dados ocorreu de março de 2020 a outubro de 2021. Inicialmente foram disponibilizados os questionários e TCLE nas unidades de saúde para preenchimento dos profissionais e posterior recolhimento. Para isso, os gerentes das unidades foram abordados e orientados sobre a coleta. Houve maior adesão dos ACS para o preenchimento neste primeiro momento. Com o avanço da pandemia de covid-19, os profissionais de nível superior sofreram grandes mudanças em sua rotina de trabalho e a coleta de dados foi prejudicada. Foi necessário contato com alguns profissionais em cada unidade de saúde para maior sensibilização dos colegas.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Procedeu-se 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. Após a verificação da normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov, foram realizados os testes de Mann-Whitney para as variáveis independentes dicotômicas e de Kruskal-Wallis para as variáveis independentes policotômicas. 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. Todas as análises foram realizadas no software SPSS 25.0 e foi considerado nível de significância de 5%.

4.6. Aspectos éticos

Autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sendo aprovado pelo parecer 3.584.953 da UFMS (Anexo III).

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.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados sob forma de artigo científico intitulado “A Influência de fatores sociodemográficos sobre o trabalho interprofissional na Atenção Primária em Saúde de Campo Grande – MS: um estudo transversal”.

5.1 Artigo

“A INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS SOBRE O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS: UM ESTUDO TRANSVERSAL”

“THE INFLUENCE OF SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ON INTERPROFESSIONAL WORK IN PRIMARY HEALTH CARE IN CAMPO GRANDE-MS: A CROSS-SECTIONAL STUDY”

Saú Pereira Tavares de Oliveira¹

1 - Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. sau_med@hotmail.com

RESUMO

Este estudo se propõe a analisar o trabalho interprofissional em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em Campo Grande - MS. Para alcançar este objetivo, foi realizado um estudo transversal, envolvendo 355 profissionais da ESF em Campo Grande – MS, sendo 50 médicos, 47 enfermeiros, 48 dentistas e 210 agentes comunitários de saúde. Foi aplicado um questionário que levantou dados sobre a caracterização geral dos entrevistados, o processo de trabalho, incluindo a Escala de Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e a Escala de Clima de Equipe. O desempenho geral dos profissionais foi satisfatório quanto às atitudes relacionadas à colaboração interprofissional e de moderado a bom quanto ao clima de equipe. Profissionais mais jovens, com menos tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde e com menor tempo de vínculo com suas equipes tem maior direcionamento para o trabalho interprofissional ($p<0,001$). Profissionais estatutários com vínculo empregatício unicamente com o município e os agentes comunitários de saúde tem menor orientação para o trabalho interprofissional ($p<0,001$). A percepção de que a equipe é participativa é maior entre os profissionais com menor tempo de vínculo de equipe ($p=0,023$), trabalham em local desejado ($p=0,004$), se sentem mais realizados com o trabalho ($p<0,001$) e têm outros tipos vínculos empregatícios além de estatutários e contrato temporário ($p=0,002$). O apoio a ideias novas, clareza dos objetivos da equipe e o compromisso no desempenho das tarefas estão associados a trabalhar no local desejado ($p=0,003/0,011/0,012$), sentir-se realizado com o trabalho e ter uma percepção positiva sobre o trabalho interprofissional. A educação interprofissional e a satisfação com o trabalho, ao nosso ver, têm papel importante na efetivação do trabalho interprofissional em equipes de saúde da família.

Descritores: Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Perfil Profissional

ABSTRACT

This study aims to analyze the interprofessional work of workers in the Family Health Strategy in Campo Grande - MS. To achieve this objective, a cross-sectional study was carried out, involving 355 FHS professionals in Campo Grande - MS, being 50 doctors, 47 nurses, 48 dentists and 210 community health agents. A questionnaire was applied that collected data on the general characterization of the interviewees, the work process, including the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration and the Team Climate Scale. The general performance of professionals was satisfactory regarding attitudes related to interprofessional collaboration and from moderate to good regarding team climate. Younger professionals, with less time working in Primary Health Care and with less time of bonding with their teams are more directed towards interprofessional work ($p<0.001$). Statutory professionals with an employment relationship only with the municipality and community health agents are less oriented towards interprofessional work ($p<0.001$). The perception that the team is participatory is greater among professionals with a shorter time of team bond ($p=0.023$), work in a desired location ($p=0.004$), feel more fulfilled with their work ($p<0.001$) and have other types of employment in addition to statutory and temporary contracts ($p=0.002$). Support for new ideas, clarity of team goals and commitment to performing tasks are associated with working in the desired location ($p=0.003/0.011/0.012$), feeling fulfilled with the work and having a positive perception of work interprofessional. Interprofessional education and job satisfaction, in our view, play an important role in the effectiveness of interprofessional work in family health teams.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Interprofessional Relations; Patient Assistance Team; Professional Profile

INTRODUÇÃO

A APS tem por finalidade ser o ponto preferencial de primeiro contato do usuário de serviços de saúde com a RAS. Pode ser definida como o conjunto de ações de saúde que tem por finalidade a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Deve ser desenvolvida por equipe multiprofissional e dirigida a um território definido (BRASIL, 2017, p. 15).

É sabido que a prática colaborativa entre profissionais na atenção à saúde traz benefícios aos usuários, uma vez que baseada na integralidade da saúde, é capaz de envolver pacientes e familiares, cuidadores e comunidades (COSTA et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 23). Também é potente na melhoria do acesso e qualidade, bem como do custo-efetividade da atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2020).

A ESF foi escolhida como forma prioritária de consolidar a APS no Brasil. Trata-

se de organizar os serviços em equipes multiprofissionais compostas, em sua conformação mínima, por ACS, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e técnicos em saúde bucal (BRASIL, 2017, p. 10).

No entanto, uma composição multiprofissional não garante que, de fato, um grupo de trabalhadores atuem em equipe. A interprofissionalidade deve surgir de uma prática dialógica e de aprendizado entre profissionais (CECCIM, 2018). Dentre as diferentes formas de cooperação interprofissional, o trabalho em equipe é a que apresenta o maior grau de integração e interdependência entre os diferentes profissionais, inclusive compartilhando responsabilidades e identidade de equipe, com funções e objetivos claros (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Se por um lado, a potência da ESF está no trabalho em equipe, por outro, barreiras ao diálogo de saberes e práticas, entre os diferentes profissionais que a compõem, precisam ser transpostas, a começar pela compartimentalização da formação profissional, que se reflete nos serviços de saúde com uma tendência à formação de “tribos profissionais” e prática não colaborativa (COSTA, 2017). As contradições presentes na divisão social do trabalho, perceptíveis na composição das equipes, são reproduções das desigualdades sociais e precisam de comunicação e interação social entre os membros das equipes para que sejam enfrentadas (PEDUZZI et al., 2020). O antigo modelo hegemônico de assistência em saúde tende a reproduzir a centralização da atenção à saúde na figura do médico, bem como a fragmentação do sistema em oposição ao funcionamento coordenado da RAS (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho interprofissional em trabalhadores de ESF em Campo Grande – MS, investigando a orientação dos mesmos para o trabalho interprofissional, o clima de equipe onde atuam, e outros elementos que sejam possíveis potencializadores da efetivação da interprofissionalidade na ESF, bem como suas barreiras, para assim, subsidiar tomadas de decisão na gestão do trabalho na APS. A presente pesquisa também visa contribuir com a mudança do paradigma da formação profissional e do trabalho individualizado por categoria profissional, através de uma melhor compreensão das complexidades do trabalho em saúde, pelo prisma das práticas interprofissionais, visando o fortalecimento da integralidade da saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da UFMS, que tem por título “O trabalho interprofissional nas Equipes de Estratégia Saúde da Família nas unidades básicas de saúde da família de Campo Grande – MS”. Apresenta delineamento transversal, com análise quantitativa de dados coletados por meio de questionário entre março de 2020 e outubro de 2021.

Participaram do estudo os trabalhadores da ESF de nível superior (cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos) e ACS do município de Campo Grande – MS. Considerando o número de EqSF implantadas em Campo Grande até 2020 (N=84), o universo de trabalhadores de nível superior foi de 252, e de ACS, de 504. Esse quantitativo de equipes implantadas estava vinculado a cerca de 367.168 campo-grandenses.

A amostra em que foi aplicado o instrumento de coleta de dados foi calculada tomando-se como base o universo desses trabalhadores no município, 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: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1}$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral).

A partir desses critérios, foi definida a amostra mínima, ao nível confiança de 95%, para cada grupo de trabalhadores, sendo 51 cirurgiões-dentistas, 51 enfermeiros, 51 médicos e 219 ACS. Foram considerados os critérios de inclusão para o estudo: ser trabalhador médico, enfermeiro, odontólogo ou ACS vinculado a uma equipe de Saúde da Família.

A coleta de dados ocorreu de março de 2020 a outubro de 2021. Inicialmente foram disponibilizados os questionários e TCLE nas unidades de saúde para preenchimento dos profissionais e posterior recolhimento. Para isso, os gerentes das unidades foram abordados e orientados sobre a coleta. Houve maior adesão dos ACS para o preenchimento do questionário neste primeiro momento. Com o avanço da pandemia de covid-19, os profissionais de nível superior sofreram grandes mudanças

em sua rotina de trabalho e a coleta de dados foi prejudicada. Foi necessário contato com alguns profissionais em cada unidade de saúde para maior sensibilização dos colegas.

Os instrumentos de coleta de dados foram desenvolvidos com quatro dimensões, diferenciando-se em especificações voltadas a profissionais de nível superior e aos ACS. Estas diferenças encontram-se na primeira dimensão, sobre a caracterização geral dos entrevistados. As demais dimensões dos instrumentos são iguais, contendo as mesmas perguntas. As dimensões I e II de ambos os instrumentos foram adaptadas do questionário para avaliação do perfil de trabalhadores da ESF elaborado por Brito et al. (2016).

A dimensão II traz questões para caracterização do processo de trabalho; a dimensão III corresponde à EJARCI, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Abed (2015); e a dimensão IV corresponde à ECE, adaptada e validada por SILVA (2014) para a língua portuguesa e para a realidade brasileira.

O escore final da EJARCI é composto por 20 questões que pontuam de 1 a 7 em escala de Likert, sendo que oito delas têm valor negativo a respeito da orientação para o trabalho interprofissional e têm a pontuação invertida na escala para o cálculo. Os entrevistados foram categorizados, a partir dos resultados, para o intervalo entre 20 a 80 pontos, como profissional sem orientação interprofissional; e entre 81 a 140 pontos, profissional com orientação interprofissional (ABED, 2015).

A ECE é composta por 38 questões em escala de Likert, divididas em quatro partes. A primeira trata da participação existente entre os membros da equipe; a segunda aborda o apoio para mudanças e ideias novas; a terceira se refere à compreensão dos participantes sobre os objetivos da equipe; e a quarta parte avalia como o participante sente a maneira com que sua equipe monitora e avalia o trabalho realizado. Como não há parâmetros para classificação dos dados da ECE, sendo sua interpretação dada por meio de escala que se inicia com a pontuação mínima (38), indicando o pior desempenho em clima de equipe, até a pontuação máxima (226) indicando o melhor desempenho neste aspecto. Esta escala também foi transposta para uma escala resumida de zero a 10 pontos para facilitar a interpretação, sendo ambas utilizadas neste artigo (PERUZZO et al., 2019).

Procedeu-se à 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. Após

a verificação da normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov, foram realizados os testes de Mann-Whitney para as variáveis independentes dicotômicas e de Kruskal-Wallis, para as variáveis independentes policotômicas. 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. Todas as análises foram realizadas no software SPSS 25.0 e foi considerado nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sob o parecer 3.584.953.

Os profissionais participantes da pesquisa 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.

RESULTADOS

A descrição das variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa está detalhada na Tabela 2. Os resultados são apresentados em valores absolutos e porcentagem.

Tabela 2 – Descrição dos participantes da pesquisa, Campo Grande - 2021.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	76	21,4
Feminino	267	75,2
Não responderam	12	3,3
Idade		
Até 36 anos	173	48,7
Mais de 36 anos	180	50,7
Não responderam	2	0,5
Tempo de atuação na APS		
Até 4 anos	173	48,7
Mais de 4 anos	173	48,7
Não responderam	9	2,5
Tempo de vínculo com a equipe		
Até 2 anos	163	45,9
Mais de 2 anos	180	50,7
Não responderam	12	3,3
Este foi o local desejado para trabalhar		
Sim	208	58,5
Não	138	38,8
Não responderam	9	2,5

Se sente realizado com o trabalho		
Completamente realizado	32	9,0
Realizado	158	44,5
Parcialmente realizado	141	39,7
Não realizado	14	3,9
Não responderam	10	2,8
Tipo de vínculo		
Estatutário	306	86,2
Contrato temporário	10	2,8
Outro	39	10,9
Possui outro vínculo		
Sim	305	85,9
Não	41	11,5
Não responderam	9	2,5
Profissão		
Médico(a)	50	14,0
Enfermeiro(a)	47	13,2
Dentista	48	13,5
Agente Comunitário de Saúde	210	59,1
Percepção sobre o trabalho Interprofissional		
Excelente	73	20,56
Bom	210	59,1
Regular	6	17,4
Ruim	9	2,5
Não responderam	1	0,2

APS: Atenção Primária à Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família

Fonte: Elaboração própria

Participaram deste estudo um total de 355 profissionais de ESF. Foram 50 médicos, 47 enfermeiros, 48 dentistas e 210 ACS, sendo esta última categoria com maior participação na pesquisa pela adesão e pelo cálculo amostral (59,1%). A amostra coletada foi inferior ao mínimo planejado para profissionais de nível superior. A maioria expressiva dos participantes declararam-se do sexo feminino, constituindo 76,6% do total (Tabela 2).

A idade média dos participantes foi de 38,21 anos, variando entre 22 e 67 anos, com mediana de 37anos. A média de tempo de atuação na APS foi de 73,75 meses, com mediana de 49,5 meses. Quanto ao tempo de vínculo com a atual equipe, a média encontrada foi de 48,67 meses, e mediana de 27 meses, conforme consta na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis quantitativas do estudo, Campo Grande - 2021.

	n	Média	DP	P25	Mediana	P75	Mínimo	Máximo
Idade	353	38,21	9,72	31,00	37,00	44,00	22	67
Tempo de atuação na ESF (meses)	346	73,75	69,51	21,00	49,50	108,00	1	396

Tempo de vínculo com a equipe (meses)	343	48,67	56,17	10,00	27,00	72,00	1	396
Escore EJARCI	342	112,90	14,68	103,00	115,00	124,00	67	140
ECE – Escore Total	355	169,21	30,39	148,00	175,00	191,00	83	226
ECE – Dimensão I	355	45,84	7,93	41,00	46,00	51,00	18	60
ECE – Dimensão II	355	29,38	6,03	26,00	31,00	32,00	8	40
ECE – Dimensão III	355	58,59	12,17	51,00	61,00	67,00	23	77
ECE – Dimensão IV	355	35,38	9,60	29,00	37,00	43,00	7	49

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos profissionais participantes da pesquisa referiram não estar trabalhando no local desejado (59,6%), apesar de a maioria ter respondido que se sentem realizados com o trabalho (45,6%) ou completamente realizados (9,0%). Responderam que estavam apenas parcialmente realizados 38,3% dos participantes e não realizados, 4,3% (Tabela 2).

O tipo de vínculo predominante foi o estatutário (85,3%), sendo o contrato temporário referido apenas por 2,9% dos respondentes. Outros vínculos corresponderam a 11,7% do total. A maioria dos profissionais (85,9%) referiram apenas um vínculo empregatício (Tabela 2).

Sobre a percepção a respeito do trabalho interprofissional, 59,6% dos profissionais responderam como bom e 20,4% como excelente. Apenas 16,9% responderam como regular e 2,6% como ruim (Tabela 2).

A análise descritiva das variáveis quantitativas (idade, tempo de atuação na ESF, tempo de vínculo com a atual equipe e os escores da EJARCI e ECE (Tabela 3). Os dados foram dispostos em número absoluto, média com desvio padrão, mediana com os percentis 25 e 75, e valores mínimos e máximos de cada variável.

Quanto ao direcionamento para o trabalho interprofissional, avaliado pela aplicação da EJARCI, a média foi de 112,9 e mediana de 115 pontos, conforme consta na tabela 3. Considerando que de 20 a 80 pontos o profissional não apresenta orientação interprofissional; e que de 81 a 140 pontos pode-se afirmar que há orientação interprofissional, o desempenho geral dos participantes foi satisfatório.

Profissionais com idade inferior a 36 anos obtiveram maior escore na EJARCI ($p < 0,001$). Da mesma forma, profissionais que apresentaram menor tempo de atuação na APS (< 4 anos) também apresentaram maior direcionamento para o trabalho interprofissional, assim como aqueles com menos de 2 anos de vínculo com a equipe ($p < 0,001$). Os demais dados de comparação do escore da EJARCI com relação às variáveis sociodemográficas observadas nos profissionais está descrita em detalhes

na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação do escore total da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e da Escala de Clima na Equipe em relação as variáveis de estudo, Campo Grande - 2021.

Variáveis	EJARCI	ECE				Total
		Dimensão I	Dimensão II	Dimensão III	Dimensão IV	
		Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
Sexo						
Masculino	118,0 (20,0)	46,0 (12,5)	30,5 (6,0)	59,0 (13,5)	35,5 (14,5)	168,0 (38,5)
Feminino	115,0 (19,0)	46,0 (10,0)	30,0 (6,0)	62,0 (18,0)	37,0 (14,0)	173,0 (44,0)
<i>p</i>	0,329	0,745	0,410	0,153	0,156	0,245
Idade						
Até 36 anos	120,0 (17,0)	46,0 (9,0)	30,0 (6,0)	60,0 (14,0)	37,0 (12,0)	172,0 (36,0)
Mais de 36 anos	112,0 (20,0)	46,0 (10,5)	31,0 (6,0)	62,0 (19,0)	37,5 (15,0)	173,0 (47,0)
<i>p</i>	<0,001	0,111	0,486	0,410	0,703	0,929
Tempo de atuação na ESF						
Até 4 anos	120,0 (20,0)	47,0 (9,0)	30,0 (6,0)	61,0 (15,0)	37,0 (13,0)	172,0 (40,0)
Mais de 4 anos	112,0 (21,0)	46,0 (11,0)	31,0 (5,0)	62,0 (18,0)	37,0 (14,0)	176,0 (45,0)
<i>p</i>	<0,001	0,074	0,209	0,405	0,661	0,814
Tempo de vínculo com a equipe						
Até 2 anos	120,0 (19,0)	48,0 (10,0)	31,0 (6,0)	61,0 (16,0)	36,0 (13,0)	172,0 (37,0)
Mais de 2 anos	112,0 (20,0)	45,0 (11,0)	30,0 (6,0)	61,0 (18,0)	37,5 (14,5)	172,0 (44,0)
<i>P</i>	<0,001	0,023	0,662	0,620	0,552	0,592
Este foi o local desejado para trabalhar						
Sim	114,0 (23,0)	47,0 (10,5)	31,0 (5,5)	63,0 (18,0)	38,0 (14,0)	178,0 (43,5)
Não	117,0 (15,0)	45,0 (10,0)	30,0 (7,0)	58,5 (16,0)	35,0 (14,0)	167,0 (37,0)
<i>P</i>	0,056	0,004	0,003	0,011	0,012	0,002
Se sente realizado com o trabalho						
Completamente realizado	118,0 (20,0)	49,5 (9,5) ^b	32,0 (7,5) ^b	68,5 (13,0) ^b	42,5 (11,5) ^b	193,0 (25,5) ^b
Realizado	115,0 (20,0)	47,5 (8,0) ^b	31,5 (4,0) ^b	64,0 (14,0) ^b	38,0 (12,0) ^b	180,5 (34,0) ^b
Parcialmente realizado	114,0 (19,0)	44,0 (10,0) ^a	29,0 (8,0) ^a	55,0 (18,0) ^a	35,0 (17,0) ^a	161,0 (43,0) ^a
Não realizado	114,0 (11,0)	40,5 (9,0) ^a	25,5 (6,0) ^a	45,0 (26,0) ^a	28,0 (13,0) ^a	140,5 (41,0) ^a
<i>p</i>	0,447	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Tipo de vínculo						
Estatutário	113,0 (21,0) ^a	46,0 (10,0) ^a	30,0 (6,0)	61,0 (19,0)	37,0 (14,0)	172,0 (44,0)
Contrato temporário	118,5 (14,0) ^{a,c}	48,0 (9,0) ^{a,b}	31,5 (4,0)	61,5 (9,0)	41,0 (6,0)	182,0 (14,0)
Outro	126,5 (12,0) ^{b,c}	49,0 (10,0) ^b	31,0 (5,0)	61,0 (12,0)	37,0 (9,0)	174,0 (39,0)
<i>p</i>	<0,001	0,002	0,654	0,561	0,392	0,101
Possui outro vínculo						
Sim	124,0 (16,0)	46,0 (9,0)	31,0 (6,0)	61,0 (17,0)	37,0 (13,0)	172,0 (42,0)
Não	114,0 (21,0)	49,0 (11,0)	30,0 (6,0)	60,0 (14,0)	36,0 (15,0)	174,0 (39,0)

<i>p</i>	<0,001	0,173	0,648	0,785	0,742	0,614
Profissão						
Médico(a)	126,0 (15,0) ^a	48,5 (10,0) ^b	31,0 (5,0)	61,0 (13,0)	37,0 (10,0)	177,5 (33,0)
Enfermeiro(a)	125,5 (12,0) ^a	47,0 (11,0) ^{a,b}	31,0 (7,0)	63,0 (14,0)	36,0 (12,0)	173,0 (46,0)
Dentista	120,0 (14,0) ^a	44,0 (9,5) ^a	29,5 (7,5)	60,0 (14,0)	34,5 (13,0)	167,5 (36,5)
Agente Comunitário de Saúde	109,0 (20,0) ^b	46,0 (10,0) ^a	31,0 (6,0)	61,0 (20,0)	38,0 (15,0)	173,0 (44,0)
<i>p</i>	<0,001	0,013	0,493	0,874	0,445	0,303
Percepção sobre o trabalho Interprofissional						
Excelente	114,5 (18,0)	50,0 (9,0) ^d	32,0 (5,0) ^c	67,0 (12,0) ^b	42,0 (9,0) ^c	191,0 (30,0)
Bom	115,0 (20,0)	46,0 (8,0) ^c	31,0 (5,0) ^b	61,0 (15,0) ^a	37,0 (12,0) ^b	172,5 (34,0)
Regular	114,0 (24,0)	43,0 (11,0) ^b	26,5 (8,0) ^a	50,0 (21,0) ^c	30,5 (17,0) ^a	147,5 (42,0)
Ruim	121,0 (25,0)	31,0 (10,0) ^a	16,0 (9,0) ^a	47,0 (17,0) ^{a,c}	16,0 (9,0) ^a	103,0 (36,0)
<i>p</i>	0,821	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ESF: Estratégia Saúde da Família; EJARCI: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional; ECE: Escala de Clima na Equipe ^{a,b}: letras diferentes indicam diferença significativa entre os grupos.

O vínculo empregatício dos profissionais mostrou relação significativa com o desempenho na EJARCI. Os profissionais com vínculo estatutário apresentaram menor direcionamento para o trabalho interprofissional que os profissionais de outros tipos de vínculo ($p < 0,001$). Porém, como há uma grande diferença numérica na composição da amostra, este dado deve ser considerado com risco de viés, assim como entre aqueles que apresentaram outro vínculo empregatício além da Prefeitura Municipal de Campo Grande e indicaram maior direcionamento para o trabalho interprofissional ($p < 0,001$). Entre as categorias profissionais, os ACS mostraram menor orientação para o trabalho interprofissional que médicos, enfermeiros e odontólogos ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Considerando que o instrumento ECE traduzido para o português não traz parâmetros que permitam classificar os dados, os resultados da ECE podem ser melhor interpretados quando transformados em uma escala simplificada de zero (pontuação mínima) a 10 (pontuação máxima) (PERUZZO et al., 2019).

O clima de equipe nas ESF onde os participantes são integrantes pode ser considerado de moderado a bom, com a média geral de pontuação atingida pelos participantes de 169,21 e mediana de 175 pontos (6,02 e 6,43 respectivamente na escala simplificada) (Tabela 3).

Foi observada maior participação das equipes onde os profissionais

apresentavam menos de 2 anos de vínculo com a equipe ($p=0,023$) e trabalhavam no local desejado ($p=0,004$). Da mesma forma, houve maior participação da equipe onde profissionais referiram sentirem-se realizados ou completamente realizados com o trabalho do que aqueles que responderam sentirem-se parcialmente ou não realizados ($p<0,001$) (Tabela 4).

Os profissionais de vínculo empregatício estatutário indicaram trabalhar em equipes menos participativas, em comparação aos que possuíam outros vínculos ($p=0,002$). A participação da equipe é gradativamente maior quanto mais positiva é a percepção sobre o trabalho interprofissional – de ruim a regular, bom e excelente ($p<0,001$) (Tabela 4).

O apoio a ideias novas, clareza dos objetivos da equipe e o compromisso no desempenho das tarefas (dimensões II, III e IV da ECE) estão associados a trabalhar no local desejado ($p=0,003/0,011/0,012$), sentir-se realizado com o trabalho ($p<0,001$) e ter uma percepção positiva sobre o trabalho interprofissional ($p=0,001$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Neste estudo, não se apresentaram evidências de que o sexo dos participantes tenha relação com o trabalho interprofissional. Por outro lado, os profissionais mais jovens, com menos tempo de atuação na APS e com menor tempo de vínculo com suas equipes mostraram maior direcionamento para o trabalho interprofissional. Isto pode estar relacionado com um maior acesso à educação interprofissional para aqueles que tiveram a formação acadêmica mais recente (COSTA, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 13). Também há relatos na literatura de que o maior tempo na equipe está relacionado a menores escores no total de clima de equipe, além de menor satisfação com o trabalho e as relações hierárquicas (PEDUZZI et al., 2021). No entanto, mais estudos devem ser realizados, para elucidar se, com o decorrer do tempo de convivência, há ação de outros fatores relacionados à dinâmica de grupo ou à gestão dos processos de trabalho que possam afetar os laços interpessoais, os processos dialógicos de trabalho e por consequência, o trabalho interprofissional.

A constatação, em nossa pesquisa, de que os ACS têm menor orientação para o trabalho interprofissional do que os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos, corrobora com a possibilidade de que o acesso à educação

interprofissional impacta na capacidade dos profissionais trabalharem em equipe. A função de ACS não exige formação acadêmica de nível superior, sendo que muitos destes profissionais não tiveram acesso à educação interprofissional, que busca a formação de profissionais mais capazes de trabalhar de forma interprofissional (COSTA, 2017; REEVES; HEAN, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 13). Também convém ressaltar que esta pesquisa não avaliou quais atividades de educação permanente são oferecidas aos ACS, nem se a educação interprofissional está inclusa no conteúdo destas atividades. A educação interprofissional depende de apoio institucional, do desenvolvimento de uma cultura de trabalho interprofissional colaborativa e da construção de ambientes que não reproduzam a hierarquia de cargos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p. 28).

A menor orientação ao trabalho interprofissional entre os ACS também pode estar relacionada aos problemas de inserção deste profissional nas EqSF. Há uma tendência de que estes profissionais sejam marginalizados nos processos de concepção do trabalho em saúde, restando-lhes as atividades de execução. Desta forma, ficam excluídos dos processos dialógicos necessários ao desempenho do trabalho em equipe (MERHY; FRANCO, 2002; SAKATA, 2009).

Profissionais estatutários com vínculo empregatício unicamente com o município têm menor orientação para o trabalho interprofissional, segundo verificado pela EJARCI em nosso estudo. No mesmo sentido, os profissionais que possuem outros tipos de vínculos empregatícios (além de estatutário e contrato temporário) apresentaram maior percepção de que as equipes onde trabalham são participativas, segundo aferição pela ECE em nosso estudo. Esta relação entre os estatutários e menor capacidade de trabalhar em equipe pode relacionar-se com o fato de que os funcionários mais antigos são estatutários, além de que muitos dos profissionais com outros tipos de vínculo são bolsistas de residência em Saúde da Família, indicando, novamente, outra possibilidade dos efeitos do acesso à educação interprofissional recente. Porém, deve ser considerado o risco de viés devido à grande diferença numérica observada entre estatutários e outros vínculos.

Nossa pesquisa também apontou que a percepção de participação da equipe é maior entre os profissionais com menor tempo de vínculo com a equipe. AGRELI (2017) indicou, em seu trabalho com ECE em EqSF, que as equipes cujos membros têm menor tempo de trabalho foram as que obtiveram os melhores escores totais e que tempo de trabalho juntos não garante estabilidade na equipe (AGRELI, 2017).

Mais estudos com foco específico na relação entre tempo de inserção na equipe e trabalho colaborativo devem ser realizados, para verificar se há algum fator de degradação da relação entre os profissionais que surge ou se desenvolve durante o tempo, e que possa colocar em risco a estabilidade das equipes.

Nossa pesquisa também indicou que, não só a percepção de que a equipe é participativa, como o apoio a ideias novas, clareza dos objetivos da equipe e o compromisso no desempenho das tarefas estão associados a trabalhar no local desejado, sentir-se realizado com o trabalho e ter uma percepção positiva sobre o trabalho interprofissional. Este resultado aponta para um efeito de satisfação dos profissionais com seu trabalho. A literatura indica que há relação entre o clima de equipe e a satisfação dos profissionais de saúde, sendo o ECE um bom instrumento para aferir satisfação com o trabalho (ESPINOZA et al., 2018; PEDUZZI et al., 2021).

CONCLUSÃO

Este estudo indicou que, em geral, os profissionais que trabalham na ESF apresentam orientação para o trabalho interprofissional e o clima de equipe nas EqSF onde trabalham é de moderado a bom.

Profissionais mais jovens, com menor tempo de atuação na APS e menor tempo nas atuais equipes apresentam maior direcionamento para o trabalho interprofissional. Profissionais estatutários com vínculo empregatício unicamente com o município têm menor orientação para o trabalho interprofissional. Os ACS foram a categoria profissional com menor desempenho na avaliação das atitudes relacionadas à colaboração Interprofissional. Acreditamos que estes dados refletem o efeito diretamente proporcional do acesso à educação interprofissional dos profissionais.

Menor tempo de vínculo com a equipe também está relacionada com uma maior percepção de participação da equipe. O clima de equipe é melhor quando os profissionais trabalham no local desejado, sentem-se realizados com o trabalho e têm uma percepção positiva sobre o trabalho interprofissional. Acreditamos que estes dados comprovam a estrita ligação entre o clima de equipe e a satisfação com o trabalho.

A educação interprofissional provavelmente está relacionada com o

direcionamento ao trabalho interprofissional e deve ser considerada como importante conteúdo em atividades de educação permanente dos profissionais das EqSF. Os ACS devem ser especialmente contemplados com essas atividades, uma vez que a educação interprofissional não é usual em currículos de cursos do ensino médio ou profissionalizantes. A educação interprofissional também prevê, de forma mais ampla, a inclusão de profissionais geralmente marginalizados nas tomadas de decisão, como no caso dos ACS.

Limitações do estudo: a dinâmica de funcionamento das unidades, em grande parte alteradas pelo aumento da demanda e modificações no fluxo de atendimento durante a pandemia de covid-19, podem ter contribuído para a relativa baixa adesão à participação dos profissionais na pesquisa. Ter lançado mão de apoiadores dentro das unidades de saúde para aumentar o número de participantes foi importante, mas não possibilitou atingir a amostra mínima calculada. Como não foi possível randomizar os profissionais e unidades participantes do estudo, a amostragem foi intencional, reduzindo a confiabilidade dos dados. Também há a possibilidade de que tendem a colaborar com a pesquisa aqueles que mais colaboram com o trabalho e em equipe, correspondendo a um possível viés de aferição. Mesmo com limitações, este trabalho é importante por avaliar com ineditismo a interprofissionalidade com dois instrumentos em uma capital brasileira. Também contribui com seus dados para futuros estudos secundários sobre a orientação do trabalho interprofissional e o clima de equipe.

Conflito de interesses: não há conflito de interesses.

Agradecimentos: 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.

BIBLIOGRAFIA

ABED, Marcelo Musa. **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**: um estudo em profissionais da atenção básica. 2015. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5479/5/Dissertação - Marcelo Musa Abed - 2015.pdf>.

AGRELI, Heloíse Lima Fernandes. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; NETO, Pedro Miguel dos Santos; FARIAS, Danyelle Nóbrega de. Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. **Revista APS**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 434–445, 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Connections and boundaries of interprofessionality: Form and formation. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1739–1749, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622018.0477.

COSTA, Marcelo Viana da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017. p. 14–27.

COSTA, Marcelo Viana da; PEDUZZI, Marina; FILHO, José Rodrigues Freire; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. **Educação Interprofissional em Saúde**. 1. ed. Natal: SEDIS UFRN, 2018. v. 1

ESPINOZA, Pilar; PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse F.; SUTHERLAND, Melissa A. Interprofessional team member's satisfaction: A mixed methods study of a Chilean hospital. **Human Resources for Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–12, 2018. DOI: 10.1186/s12960-018-0290-z.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 60, p. 118–122, 2002.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Teamwork and collaborative practice in primary health care. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 22, p. 1525–1534, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Lima Fernandes; ESPINOZA, Pilar; KOYAMA, Mitti; MEIRELES, Everson; BAPTISTA, Patrícia; WEST, Michael A. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], p. 1–10, 2021.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 1–20, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PERUZZO, Hellen Emília; SILVA, Eraldo Schunk; BATISTA, Vanessa Carla; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; PERES, Aida Maris; MARCON, Sonia Silva. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 3, p. 721–727, 2019.

REEVES, Scott; HEAN, Sarah. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 1–3, 2013. DOI: 10.3109/13561820.2013.751293.

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**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 1–3, 2018. DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, Mariana Charantola. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe**: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: Diana Hopkins, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foram identificadas as contribuições do enfoque teórico dado à dinâmica do funcionamento do trabalho em equipe, bem como dos elementos que se apresentaram positiva ou negativamente, associados ao direcionamento ao trabalho em equipe e ao clima em equipe na amostra pesquisada. Os resultados contribuem para uma melhor compreensão da complexidade inerente ao trabalho interprofissional, em especial nas EqSF. Espera-se que mais pesquisas neste campo possam auxiliar na consolidação da ESF como estratégia efetiva de promoção de acesso aos serviços de saúde em APS com qualidade e resolutividade, através do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

ABED, Marcelo Musa. **Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**: um estudo em profissionais da atenção básica. 2015. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5479/5/Dissertação - Marcelo Musa Abed - 2015.pdf>.

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 20, n. 59, p. 905–916, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511.

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola; MASCARELLE, Renata Cristina Ventura; ESPINOZA, Pilar. Effects of interprofessional education on teamwork and on knowledge chronic conditions management. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 27, 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.3095.3203.

AGRELI, Heloíse Lima Fernandes. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BARR, H. Interprofessional Education Today, Yesterday and Tomorrow. **Learning in Health and Social Care**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 172–176, 2002. DOI: 10.1046/j.1473-6861.2002.00023.x.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção: 1, Brasília, DF, edição: 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; NETO, Pedro Miguel dos Santos; FARIAS, Danyelle Nóbrega de. Perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do Brasil. **Revista APS**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 434–445, 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; GUERRERO, André Vinicius Pires; CUNHA, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. **Journal of Chemical Information and Modeling**, [S. l.], v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Connections and boundaries of interprofessionality: Form and formation. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1739–1749, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622018.0477.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. **Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde**. 2022. Disponível em: <https://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/#/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

COSTA, Marcelo Viana da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017. p. 14–27.

COSTA, Marcelo Viana da; PEDUZZI, Marina; FILHO, José Rodrigues Freire; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. **Educação Interprofissional em Saúde**. 1. ed. Natal: SEDIS UFRN, 2018. v. 1

ELLERY, Ana Ecilda Lima. Interprofissionalidade. *In*: *Ensiqlopédia das Residências em Saúde*. [s.l.: s.n.]. p. 146–150.

ESPINOZA, Pilar; PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise F.; SUTHERLAND, Melissa A. Interprofessional team member's satisfaction: A mixed methods study of a Chilean hospital. **Human Resources for Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–12, 2018. DOI: 10.1186/s12960-018-0290-z.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014.

FILHO, José Rodrigues Freira; SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na Política Nacional de Saúde. *In*: TOASI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos?** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017. p. 28–39.

GORDON, Philip *et al.* A multisite collaborative for the development os interdisciplinary education in continuous improvement for health professions students. *In* **Academic Medicine**, v 1, 1992.

HADDAD, Ana Estela; FERREIRA, Sigisfredo Luiz Brenelli; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto CAMPOS, Francisco Eduardo de. Pró-Saúde e PET-Saúde: a Construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 3–4, 2012.

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**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 427–435, 2003. DOI: 10.1016/S0020-7489(02)00108-6.

HOJAT, Mohammadreza; FIELDS, Sylvia K.; VELOSKI, J. Jon; GRIFFITHS,

Margaret; COHEN, Mitchell J. M.; PLUMB, James D. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. **Evaluation and the Health Professions**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 208–220, 1999. DOI: 10.1177/01632789922034275.

HOJAT, Mohammadreza; WARD, Julia; SPANDORFER, John; ARENSON, Christine; VAN WINKLE, Lon J.; WILLIAMS, Brett. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): Development and multi-institution psychometric data. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 238–244, 2015. DOI: 10.3109/13561820.2014.962129.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Orientação religiosa no município de Campo Grande-MS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 25 fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Campo Grande | Mato Grosso do Sul | Panorama. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>. Acesso em: 9 fev. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 26, n. 60, p. 118–122, 2002.

NETTO, José Jeová Mourão; RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira; ARAGÃO, Otávia Cassimiro; GOYANNA, Natália Frota; CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; VASCONCELOS, Maria Aparecida Sousa; D'ÁVILA RODRIGUES MENDES, Janice; MOURÃO, Antonio Edie Brito. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 42, p. 1–7, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.2.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: **Clínica Médica**. [s.l.: s.n.]. p. 27–30.

PEDUZZI, Marina. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 40–48.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Teamwork and collaborative practice in primary health care. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 22, p. 1525–1534, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; ESPINOZA, Pilar; KOYAMA, Mitti; MEIRELES, Everson; BAPTISTA, Patrícia; WEST, Michael A. Relações entre clima de equipe e satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista de**

Saúde Pública, [S. l.], p. 1–10, 2021.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 1–20, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PERUZZO, Hellen Emília; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Eraldo Schunk; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço. Influence of the Gender, Age and Time of Practice in Perception on Teamwork. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, p. 1–7, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170021.

PERUZZO, Hellen Emília; SILVA, Eraldo Schunk; BATISTA, Vanessa Carla; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; PERES, Aida Maris; MARCON, Sonia Silva. Clima organizacional e trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 3, p. 721–727, 2019.

PREFEITURA DE CAMPO GRANDE. Perfil socioeconômico de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1fcD6OXJaq8xJti-XMMbnj6PzNCohmmUB/view>. Acesso em: 9 fev. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Gerência de Assistência Jurídica. Comunicação Interna N. 3.034 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. Atenção Primária à Saúde Campo Grande - MS. 2020. Disponível em: https://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/docs/documentos/CARTEIRA_DE_SERVICOS.pdf.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, [S. l.], v. 22, p. 1535–1547, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0647.

REEVES, Scott; HEAN, Sarah. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 1–3, 2013. DOI: 10.3109/13561820.2013.751293.

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**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 1–3, 2018. DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,

Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, Mariana Charantola. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe**: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, Mariana Charantola; PEDUZZI, Marina; SANGALETI, Carine Teles; SILVA, Dirceu da; AGRELI, Heloise Fernandes; WEST, Michael A.; ANDERSON, Neil R. Cross-cultural adaptation and validation of the teamwork climate scale. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 50, p. 52, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006484.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAYLOR, Julie S. Collaborative practice within the intensive care unit: a deconstruction. **Intensive and Critical Care Nursing**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 64–70, 1996. DOI: 10.1016/S0964-3397(96)80962-1.

THOMAS, Kenneth W. Conflict and Conflict Management: Reflections and Update. **Journal of Organizational Behavior**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 265–274, 1992. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2488472>.

VAN WINKLE, Lon J.; FJORTOFT, Nancy; HOJAT, Mohammadreza. Validation of an instrument to measure pharmacy and medical students' attitudes toward physician-pharmacist collaboration. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [S. l.], v. 75, n. 9, p. 178, 2011. DOI: 10.5688/ajpe759178.

WEISS, Sandra J; DAVIS, H. Paul. Collaborative Practice Scale. **Nursing Research**, [S. l.], v. 34, p. 29–305, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978, Genebra. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.isames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005%0Ahttp://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757%0Ahttp://dx>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: Diana Hopkins, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR DA ESF

ENTREVISTADOR NO. QUESTIONÁRIO TIPO DE EQUIPE

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 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF AB EM (JOÃO PESSOA) (CAMPO GRANDE): __meses

5- CONSIDERANDO TODA A SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL, QUAL É O TEMPO ACUMULADO DE EXPERIÊNCIA TRABALHANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB?

meses.

6- HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ VINCULADO A ESTA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/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 12)

13.1 Área da MESTRADO concluído	13.2 ano de conclusão do MESTRADO

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

15.1 Área da DOUTORADO concluído	15.2 ano de conclusão do DOUTORADO

16- QUAL O SEU VÍNCULO DE TRABALHO PARA ATUAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB?

- (1) Estatário (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- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB É O LOCAL ONDE VOCÊ SEMPRE DESEJOU TRABALHAR? (1) Sim (2) Não

18- O QUANTO VOCÊ SE SENTE REALIZADO TRABALHANDO NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB?

(leia as alternativas)

- (1) Completamente realizado (2) realizado (3) parcialmente realizado (4) não me

sinto realizado 19- ALÉM DA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, VOCÊ POSSUI

OUTRO LOCAL DE TRABALHO?

- (1) Sim (2) Não (vá para a questão 21)

20.1 Local	20.2 Carga horária semanal
20.1.a	20.2.a
20.1.b	20.2.b
20.1.c	20.2.c
20.1.d	20.2.d

DIMENSÃO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

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

21- GOSTARIA QUE VOCÊ CONSTRUÍSSE COMIGO SUA AGENDA SEMANAL DE TRABALHO.

VAMOS LÁ?

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Hora	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

22- CONSIDERANDO O SEU TEMPO SEMANAL DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA/ NASF-AB, 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 SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SUA EQUIPE:

%

24- CONSIDERANDO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE SEMANALMENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB:

%

25- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA//NASF-AB? (leia as alternativas)

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

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

(leia as alternativas)

(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 (apresente a escala likert). Veja, quanto maior o número na escala, maior a concordância com a frase que eu irei ler:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Discordo totalmente Concordo totalmente

1. (___) Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
2. (___) Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
3. (___) O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.
4. (___) As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
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.

6. (☐) Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
7. (☐) A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
8. (☐) O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
9. (☐) A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.
10. (☐) A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
11. (☐) Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
12. (☐) A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
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.
14. (☐) Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
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.
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.
17. (☐) Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
18. (☐) Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.

19. (___) Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
20. (___) 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.

ESCORE FINAL

pontos. EJARCI

Agora, eu gostaria que você pensasse em sua equipe...

Por favor, leia as afirmações abaixo e circule a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe. Em caso de dúvida, você pode me consultar!

Entregar instrumento para o entrevistado.

ESCALA DE CLIMA DA EQUIPE (TCI)

PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concor do	Concord o totalment e
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciamos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5
10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe..

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	De nenhum modo		Um tanto			Completamente	
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar os princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!!!!

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS – ACS

ENTREVISTADOR NO. QUESTIONÁRIO TIPO DE EQUIPE

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____ NO. EQUIPE MUNICÍPIO

DIMENSÃO I – CARACTERIZAÇÃO GERAL

1 - CATEGORIA PROFISSIONAL: (4) ACS

2- SEXO: (1) Masculino (2) Feminino

3- IDADE: _____ anos

4- HÁ QUANTO TEMPO (meses) TRABALHA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF AB EM (JOÃO PESSOA) (CAMPO GRANDE) COMO ACS: ____ meses

5- CONSIDERANDO TODA A SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL, QUAL É O TEMPO ACUMULADO DE EXPERIÊNCIA TRABALHANDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? _____ meses.

6- HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ ESTÁ VINCULADO A ESTA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: _____ meses

7- QUAL O SEU VÍNCULO DE TRABALHO PARA ATUAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA?

- (5) Estatário (vínculo com a administração, entrada por meio de concurso de público)
- (6) Celetista (subordinado a CLT, contrato por tempo indeterminado)
- (7) Contrato temporário/regime especial
- (8) Outro: _____

8- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB É O LOCAL ONDE VOCÊ SEMPRE DESEJOU TRABALHAR? (1) Sim (2) Não

9- O QUANTO VOCÊ SE SENTE REALIZADO TRABALHANDO NA SAÚDE DA FAMÍLIA? (leia as alternativas)

(2) Completamente realizado (2) realizado (3) parcialmente realizado (4) não me

sinto realizado 10- ALÉM DA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, VOCÊ POSSUI

OUTRO LOCAL DE TRABALHO?

(1) Sim (2) Não (vá para a questão 21)

10.1 Local	10.2 Carga horária semanal
10.1.a	10.2.a
10.1.b	10.2.b
10.1.c	10.2.c

DIMENSÃO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

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

11- GOSTARIA QUE VOCÊ CONSTRUÍSSE COMIGO SUA AGENDA SEMANAL DE TRABALHO..
.VAMOS LÁ?

	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Hora	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

12- CONSIDERANDO O SEU TEMPO SEMANAL DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA/ NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL É DEDICADO A:

12.1 atendimentos individuais %

12.2 Atividades coletivas %

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

%

14- CONSIDERANDO AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE SEMANALMENTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB, QUAL PERCENTUAL DO TEMPO TOTAL DESSAS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE COM OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA/NASF-AB:

%

15- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA//NASF-AB? (leia as alternativas)

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

16- COMO VOCÊ AVALIA O TRABALHO EM EQUIPE/INTERPROFISSIONAL DE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O NASF-AB/ DA SUA EQUIPE NASF-AB COM A SAÚDE DA FAMÍLIA ?

(leia as alternativas)

(2) 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 (apresente a escala likert). Veja, quanto maior o número na escala, maior a concordância com a frase que eu irei ler:

1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	7
Discordo totalmente				Concordo totalmente		

16. (___) Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
17. (___) Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
18. (___) O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.

19. (___) As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
20. (___) 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.
21. (___) Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
22. (___) A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
23. (___) O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
24. (___) A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.
25. (___) A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
26. (___) Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
27. (___) A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
28. (___) Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.
29. (___) Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
30. () 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.
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.

17. (___) Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
21. (___) Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.
22. (___) Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
23. (___) 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.

ESCORE FINAL

pontos. EJARCI

Agora, eu gostaria que você pensasse em sua equipe...

Por favor, leia as afirmações abaixo e circule a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe. Em caso de dúvida, você pode me consultar!

Entregar instrumento para o entrevistado.

ESCALA DE CLIMA DA EQUIPE (TCI)

PARTE 1: PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE

Esta parte se refere à participação que existe na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concor do	Concord o totalment e
1. Nós geralmente compartilhamos informações na equipe ao invés de guardá-las para nós mesmos	1	2	3	4	5
2. Nós temos a atitude "estamos nesta juntos"	1	2	3	4	5
3. Nós nos influenciamos mutuamente	1	2	3	4	5
4. As pessoas mantêm as demais informadas sobre as questões relacionadas com o trabalho na equipe	1	2	3	4	5
5. As pessoas se sentem compreendidas e aceitas umas pelas outras	1	2	3	4	5
6. Os pontos de vistas de cada um são ouvidos mesmo se estiverem em minoria	1	2	3	4	5
7. Há tentativas reais de compartilhar informações por toda a equipe	1	2	3	4	5
8. Estamos constantemente em contato	1	2	3	4	5
9. Interagimos frequentemente	1	2	3	4	5

10. Há muita colaboração entre os membros da equipe, cedendo quando necessário	1	2	3	4	5
11. Temos contato como equipe	1	2	3	4	5
12. Os membros da equipe se reúnem frequentemente para conversas formais e informais	1	2	3	4	5

PARTE 2: APOIO PARA IDEIAS NOVAS

Esta parte trata das atitudes em relação com as mudanças na equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe..

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Esta equipe está sempre buscando o desenvolvimento de novas respostas	1	2	3	4	5
2. Há ajuda para o desenvolvimento de ideias novas quando necessário	1	2	3	4	5
3. Esta equipe é aberta e responde a mudanças	1	2	3	4	5
4. As pessoas nesta equipe estão sempre procurando novas maneiras de analisar os problemas	1	2	3	4	5
5. Nesta equipe dedicamos o tempo necessário para desenvolver ideias novas	1	2	3	4	5
6. As pessoas nesta equipe cooperam para ajudar a desenvolver e aplicar ideias novas	1	2	3	4	5
7. Os membros da equipe fornecem e compartilham recursos que ajudam na adoção de ideias novas	1	2	3	4	5
8. Os membros da equipe apoiam novas ideias e sua aplicação	1	2	3	4	5

PARTE 3: OBJETIVOS DA EQUIPE

Esta parte do questionário se refere aos objetivos de sua equipe. As seguintes afirmações se referem à sua compreensão dos objetivos de sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	De nenhum Modo		Um tanto			Completamente	
1. Quanto está claro para você quais são os objetivos da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
2. Até que ponto você acha que tais objetivos são úteis e apropriados?	1	2	3	4	5	6	7
3. Quanto você está de acordo com esses objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Até que ponto você acha que os outros membros da equipe concordam com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
5. Até que ponto você acha que esses objetivos são compreendidos claramente pelos outros membros da equipe?	1	2	3	4	5	6	7
6. Até que ponto você acha que os objetivos da equipe possam ser realmente alcançados?	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para você?	1	2	3	4	5	6	7
8. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a equipe?	1	2	3	4	5	6	7
9. Quanto você acha que esses objetivos são válidos para a sociedade em geral?	1	2	3	4	5	6	7
10. Até que ponto você pensa que esses objetivos são realistas e podem ser atingidos?	1	2	3	4	5	6	7
11. Até que ponto você acha que os membros da sua equipe estão comprometidos com estes objetivos?	1	2	3	4	5	6	7

PARTE 4: ORIENTAÇÃO PARA AS TAREFAS

Esta parte é sobre como você sente que a equipe monitora e avalia o trabalho que faz. Considere até que ponto cada uma das seguintes questões descrevem a sua equipe. Favor circular a resposta que você acha que melhor descreve sua equipe.

	Pouco		Até certo ponto			Muito	
1. Os seus colegas de equipe contribuem com ideias úteis e apoio prático para possibilitar que você realize o trabalho da melhor maneira possível?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você e seus colegas monitoram uns aos outros para manter um alto padrão de trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
3. Os membros da equipe estão preparados para questionar princípios do que a equipe está fazendo?	1	2	3	4	5	6	7
4. A equipe avalia, de maneira crítica, possíveis fragilidades no que está fazendo para atingir o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
5. Os membros da equipe complementam as ideias, uns dos outros, de modo a alcançar o melhor resultado possível?	1	2	3	4	5	6	7
6. Há uma preocupação real entre os membros da equipe de que a mesma deve atingir os mais altos padrões de desempenho?	1	2	3	4	5	6	7
7. A equipe tem critérios claros que os membros tentam cumprir para alcançar excelência como equipe?	1	2	3	4	5	6	7

MUITO OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!!!!

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UFMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



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

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

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	projetonaintegrafinal_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	projetonaintegrafinal.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

APÊNDICES

APÊNDICE I – 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 pelos pesquisadores Adriane Pires Batiston e Saú Pereira Tavares de Oliveira, 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) Identificar o grau de orientação para o trabalho interprofissional de trabalhadores da ESF e 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.