



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE CIÊNCIA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPG-PSI
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

DARLI CHAHINE BAIÃO

**A COLABORAÇÃO NO TRABALHO DE CINCO EQUIPES DE SAÚDE DE
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CEARÁ.**

**THE COLLABORATION IN THE WORK OF FIVE HEALTH TEAMS AT
PRIMARY CARE UNITS IN FORTALEZA-CEARÁ.**

Fortaleza-CE
2020

DARLI CHAHINE BAIÃO

**A COLABORAÇÃO NO TRABALHO DE CINCO EQUIPES DE SAÚDE DE
UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CEARÁ.**

**THE COLLABORATION IN THE WORK OF FIVE HEALTH TEAMS AT
PRIMARY CARE UNITS IN FORTALEZA-CEARÁ.**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em
Psicologia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR
para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia, Sociedade e Cultura.
Linha de Pesquisa: Ambiente, Trabalho e Cultura nas
Organizações Sociais.
Orientadora: Profa. Dra. Regina Heloisa Maciel.

Fortaleza-CE

2020

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Baião, Darli Chahine.

A COLABORAÇÃO NO TRABALHO DE CINCO EQUIPES DE SAÚDE DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CEARÁ / Darli Chahine Baião. - 2020
250 f.

Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de Doutorado Em Psicologia, Fortaleza, 2020.
Orientação: Regina Heloisa Maciel.

1. colaboração. 2. condições de trabalho. 3. análise de redes sociais. 4. Atenção Básica. 5. equipes de saúde. I. Maciel, Regina Heloisa . II. Título.



Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Ambiental, Trabalho e Cultura nas Organizações Sociais

Tese intitulada “*A colaboração no trabalho de cinco equipes de saúde de Unidades de Atenção Primária em Fortaleza-Ceará*”, de autoria da doutoranda Darli Chahine Baião, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dra. Regina Heloisa Maciel – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Orientadora

Prof. Dra. Tereza Glaucia Rocha Matos – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) –
Membro Efetivo

Prof. Dra. Normanda Araújo de Moraes - Universidade de Fortaleza (UNIFOR) -
Membro Efetivo

Prof. Dr. Luiz Gonzaga Chiavegato Filho – Universidade Federal de São João Del Rei
(UFSJ) - Membro Efetivo

Prof. Dra. Renata Guimarães de Carvalho – Universidade Federal do Ceará (UFC -
campus Sobral) – Membro Efetivo

Fortaleza, 31 de agosto de 2020.

Visto: _____

Prof. Dra. Normanda Araújo de Moraes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

AGRADECIMENTOS

Nos momentos de solidão da escrita da minha tese percebi que nada se faz sozinho. Estudar Análise de Redes Sociais aumentou minha certeza da importância dos laços que construímos e cultivamos durante a nossa trajetória. Sem eles, hoje eu não estaria aqui. Curiosamente, deixei para escrever meus agradecimentos ao final de tudo, o que aconteceu no período de isolamento social por conta da COVID-19. A solidão (dessa vez forçada) me fez ser ainda mais grata a todos que estiveram comigo durante esses longos (e apaixonantes) quatro anos.

Agradeço a Deus por todo cuidado que tem comigo, por nunca me abandonar e por me fazer, cada vez mais, consciente dos meus privilégios. Todos os dias lembro do tanto que eles me ajudaram a chegar até aqui.

Aos meus pais, meus grandes amores, meus maiores incentivadores, meus pilares! Pelo olhar de admiração toda vez que me encontram, por acreditarem em mim e não medirem esforços para a minha felicidade! Sem dúvidas, essa tese é para vocês!

Ao meu amor, meu marido, que desde 2014 dividiu a vida de casado com minha vida acadêmica. Adiamos nosso sonho de ter um filho, mas com a certeza de que tudo é no tempo Dele. Obrigada, meu amor! Por me apoiar tanto, mesmo, muitas vezes, não concordando com o caminho que decidi seguir! Obrigada por ser meu grande parceiro de vida, de sonhos e de conquistas! Essa tese também é sua!

À minha filha de quatro patas, pela sua lealdade, por todos os dias sentada ao meu lado, bem quietinha, enquanto eu estudava, como se entendesse tudo que estava acontecendo. Lolla, você foi a minha melhor companheira de estudo!

À minha vizinha (☆), pela preocupação e por todas as ligações com sua pergunta “Minha filha, você estuda tanto, quando isso vai acabar?”, Acabou, vizinha! Imagino o quanto você está feliz!

À minha irmã Thais, por todo carinho, incentivo e admiração que tem por mim, o que me faz querer ser sempre mais. À minha irmã Aline, médica apaixonada pela profissão, que me inspirou em vários momentos da escrita.

À minha orientadora, minha grande inspiração! Professora Regina, à você (nunca senhora) todo o meu carinho e admiração! Obrigada por me ensinar tanto, por me tornar uma profissional muito mais humana e ética, por todos os cartões delicados, pelos empurrõezinhos e por assumir tantos papéis importantes nesse processo. Ora mãe, ora filha, ora orientadora, mas, sempre AMIGA! Com você aprendi que viver não cabe no *lattes* (e esse é, sem dúvidas, o aprendizado acadêmico mais importante)!

À professora Tereza Glaucia por compartilhar comigo seus alunos e por todo carinho durante esses anos. Aos professores que estiveram comigo nessa caminhada, principalmente aos membros da banca por toda atenção e ajuda.

Aos meus amigos, colegas e alunos! Em especial, às minhas Barbies Noália e Natália, por todos os conhecimentos compartilhados, pelas angústias divididas, pelas fofocas e pela amizade verdadeira! Aos meus colegas do LET, por todo o companheirismo! Às minhas amigas (e amigos) da vida, pela paciência, pelo apoio e por respeitarem minhas ausências e abdições.

À Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP), por investir na minha formação profissional desde o mestrado.

Aos participantes da pesquisa que tão bem me receberam e apoiaram meu estudo! Agradecimento especial à Carol Furtado, um anjo que apareceu na minha vida que, mesmo sem me conhecer, abriu vários caminhos com toda a atenção do mundo.

Poderia escrever mais inúmeras linhas de agradecimento, mas paro por aqui. Hoje, meu coração é só gratidão! Obrigada, obrigada, obrigada!

“O humano não tem força para abreviar nada e quando insiste colhe o fruto verde, antes de amadurar. Tudo tem seu tempo certo. Não vê a semente? A gente semeia e é preciso esquecer a vida guardada de debaixo da terra, até que um dia, no momento exato, independente do querer de quem espalhou a semente, ela arrebenta a terra desabrochando o viver. Nada melhor que o fruto maduro, colhido e comido no tempo exato, certo”.

(Conceição Evaristo).

RESUMO

Nas últimas décadas, devido às transformações e expansão do capitalismo, as demandas no campo da saúde estão cada vez mais dinâmicas e complexas. Nesse cenário, o desenvolvimento de ações ou práticas de trabalho que envolvam a colaboração aparece como uma tendência que busca adequar os serviços e atendimentos às exigências do mundo atual, garantindo ações mais sustentáveis e colaborativas. No Brasil, várias políticas e abordagens foram criadas no SUS com o intuito de acompanhar essas demandas por meio da adoção de novos modelos de atenção que levem à potencialização dos cuidados em saúde. Dentre eles, observa-se o debate sobre a Colaboração Interprofissional, em especial na Atenção Básica. Diante disso, o objetivo geral da tese foi analisar a colaboração no trabalho de cinco equipes de saúde de Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) de Fortaleza e sua relação com as condições de trabalho e as redes estabelecidas. Os objetivos específicos configuraram-se como gerais de cada estudo, sendo eles: 1) conhecer o ambiente e as condições de trabalho nas quais as equipes de saúde estão inseridas; 2) analisar a colaboração no trabalho das equipes de saúde baseado na tipologia de D'Amour e contextualizar as diferenças em termos do grau de colaboração existente; 3) mapear e comparar as características estruturais e relacionais das redes de colaboração no trabalho das equipes de saúde e; 4) apresentar três práticas colaborativas implementadas nas equipes referência estudadas. A pesquisa foi realizada com cinco equipes de UAPS de Fortaleza-CE, sendo três consideradas referência na díade ensino-serviço e duas não. Como método, utilizou-se entrevistas semiestruturadas, tipologia da colaboração de D'Amour e Análise de Redes Sociais (ARS). Os resultados mostraram que as equipes vivenciam condições de trabalho precárias de formas semelhantes, em especial, em relação à infraestrutura das unidades e baixa disponibilidade de materiais e equipamentos. Em relação à tipologia da colaboração, foram observados níveis diferentes, principalmente entre as equipes referência e não referência. O estudo evidenciou a importância do objetivo comum, do sentimento de pertença e das lideranças para o desenvolvimento da colaboração. Na ARS, foi possível confirmar a relevância e a influência das redes sociais para o funcionamento das equipes, bem como para o trabalho colaborativo. As equipes referência apresentaram redes mais coesas, com relações heterogêneas e reciprocidade, possibilitando o desenvolvimento da colaboração. Por fim, as experiências colaborativas evidenciaram a possibilidade de desenvolver práticas que envolvem a colaboração, mesmo com condições de trabalho prejudicadas. Pode-se concluir a colaboração funciona como uma proteção às equipes no desenvolvimento das atividades laborais, configurando-se como um apoio para os seus membros. Quando a equipe é permeada pela colaboração apresenta relações mais coesas e frutíferas que impactam diretamente na forma como lidam com as dificuldades encontradas.

Palavras-chave: colaboração; condições de trabalho; análise de redes sociais; equipes de saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

In the last decades, due to the transformations and expansion of capitalism, the demands in the field of health are increasingly dynamic and complex. In this scenario, the development of actions or work practices that involve the collaboration seems to be a tendency that searches to suit services and assistance to the demand of current world, ensuring more sustainable and collaborative actions. In Brazil, lots of policies and approaches were implemented in the SUS, to follow these demands by adopting new models of care which contribute to enhancement of health care. Among them, there is the debate on Interprofessional Collaboration, especially in Primary Care. Therefore, the general objective of this thesis was to analyze the collaboration in the work of five health teams in the Primary Health Care Units (UAPS) in the city of Fortaleza and its relationship with the work conditions and the established networks. The specific objectives were configured as general for each study, as they are: 1) get to know the Environment and its work conditions in which the Health teams are integrated; 2) analyze collaboration in the work of health teams based on the D'Amour typology and contextualize the differences in a level of the existing collaboration degree; 3) to map and compare the structural and relational characteristics of collaboration networks in the work of health teams and; 4) present three collaborative practices implemented in the reference teams studied. The research was made with five health teams of the UAPS in Fortaleza-CE, three of which were considered a reference in the teaching-service dyad and two not. As a method, we used semi-structured interviews, D'Amour collaboration typology and Social Network Analysis (ARS). The results showed that the teams experience precarious work conditions in a similar way, especially related to the unit's infrastructure and low availability of materials and equipment. Regarding to the typology of collaboration, different levels were observed, especially between the reference and non-reference teams. This study pointed the importance of the common goal, the sense of belonging and the leadership for the development of the collaboration. At ARS, was possible to confirm the relevance and the influence of the social networks for the performance of the teams, as well for the collaborative work. The reference teams presented more cohesive networks, with heterogeneous relationships and reciprocity, enabling the development of collaboration. Finally, the collaborative experiences showed the possibility of developing practices that involve collaboration, even with impaired work conditions. We may conclude that collaboration works as a protection to the teams concerning the work activities development which sets up as a support for all their members. When the team is permeated by the collaboration, it presents more cohesive and fruitful relations that impact directly in the way how they deal with the difficulty faced.

Keywords: collaboration; work conditions; analysis of social networks; health teams; primary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das unidades que compõem o lócus de realização da pesquisa	51
Tabela 2	Distribuição dos participantes por equipe	52
Tabela 3	Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 1	54
Tabela 4	Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 2	55
Tabela 5	Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 3	56
Tabela 6	Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 4	58
Tabela 7	Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 5	59
Tabela 8	Tabela com os indicadores de colaboração das equipes estudadas	151
Tabela 9	Características estruturais, relacionais e de coesão das cinco redes	181
Tabela 10	Características de centralidade das cinco redes	185

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	As quatro dimensões relacionais e seus indicadores baseado na tipologia de D'Amour et al. (2008)	35
Figura 2	Modelo do Gráfico Kiviat utilizado no estudo	107
Figura 3	Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 1	116
Figura 4	Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 2	123
Figura 5	Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 3	131
Figura 6	Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 4	140
Figura 7	Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 5	147
Figura 8	Gráfico com os indicadores de colaboração das equipes estudadas	150
Figura 9	Diagrama da rede geral da Equipe 1	165
Figura 10	Diagrama da rede geral da Equipe 2	168
Figura 11	Diagrama da rede geral da Equipe 3	171
Figura 12	Diagrama da rede geral da Equipe 4	174
Figura 13	Diagrama da rede geral da Equipe 5	177
Figura 14	Panfleto sobre a dinâmica realizada pelas alunas da UECE na U1 sobre tipos de parto	193
Figura 15	Fluxograma analisador da Odontologia elaborado na Roda de Campo pelos profissionais participantes	202

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ARS	Análise de Redes Sociais
ASB	Auxiliares de Saúde Bucal
CI	Colaboração Interprofissional
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DESP	Demanda Espontânea
DNI	Diretora de Nível Intermediário
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
HWCHU-CE	Hospital Universitário Walter Cantídio de Fortaleza
IES	Instituições de Ensino Superior
LET	Laboratório de Estudos sobre o Trabalho
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMF	Programa Médico Fortaleza
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PTS	Plano Terapêutico Singular
REDE-APS	Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária em Saúde (APS): conceitos iniciais.....	17
1.2 A Colaboração Interprofissional no SUS: caminhos e descaminhos	22
1.3 As novas formas de organização dos serviços de saúde.....	28
1.4 A Colaboração Interprofissional (CI)	31
1.5 Redes de colaboração e o capital social nos serviços de saúde	37
1.6 Pressupostos e Objetivos	44
1.7 Apresentação dos estudos que compõem a tese	46
2 PERCURSOS METODOLÓGICOS	49
2.1 Escolha das UAPS e equipes	50
2.2 Participantes e Lócus	52
a) Unidade e equipe I - referência	52
b) Unidade e equipe II - referência.....	54
c) Unidade e equipe III	56
d) Unidade e equipe IV - referência	57
e) Unidade e equipe V	58
2.3 Método dos Estudos.....	60
2.4 Aspectos Éticos dos estudos	60
3 ESTUDO I - A INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO NAS EQUIPES DE SAÚDE	62
3.1 Método.....	66
Participantes.....	66
Instrumentos e Procedimentos.....	66
3.2 Resultados.....	67
3.3 Discussão dos resultados	91
4 ESTUDO II - A COLABORAÇÃO NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE	100
4.1. Método.....	105
Tipo de estudo	105
Participantes.....	105
Instrumentos e Procedimentos.....	106

4.2. Resultados.....	107
4.2.1 Equipe I: “Considero demais, é a equipe mais colaborativa que tem aqui” (Nota Final 26).....	108
4.2.2 Equipe II: “A colaboração funciona bem, dentro da nossa limitação” (Nota Final 24).....	117
4.2.3 Equipe III: “Quando é necessário, a gente se ajuda” (Nota Final 14)	124
4.2.4 Equipe IV: “Aqui a gente se ajuda <i>muuuuuuito</i> , somos muito integrados” (Nota Final 27).....	132
4.2.5 Equipe V: “A gente se sente enxugando gelo” (Nota Final 15)	141
5 ESTUDO III – REDES DE COLABORAÇÃO NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE: ASPECTOS ESTRUTURAIS E RELACIONAIS.....	160
Tipo de estudo	162
Instrumentos e Procedimentos.....	163
5.2 Apresentação das Redes Gerais de cada equipe	166
5.3 Comparação e Discussão Geral dos resultados	181
6 ESTUDO IV – PRÁTICAS COLABORATIVAS NAS UAPS REFERÊNCIA: TORNANDO O PRESCRITO REAL.....	190
6.1. Método.....	190
Tipo de estudo	190
Participantes.....	190
Instrumentos e Procedimentos.....	191
6.2 Apresentação das políticas que fazem referência às práticas e da realidade nas unidades.....	192
6.2 Discussão Geral	204
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
8 REFERÊNCIAS	215
APÊNDICE 1	236
APÊNDICE 2	237
APÊNDICE 3	238
APÊNDICE 4	239
ANEXO 1	240
ANEXO 2	241
ANEXO 3	245
ANEXO 4	249

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelo tema da colaboração em equipes de saúde foi construído durante a minha trajetória no Laboratório de Estudos sobre o Trabalho (LET) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) que iniciou em 2014. No LET, como membro do subgrupo de estudos denominado “Saúde”, o meu olhar voltava-se para o trabalho e as condições de trabalho dos profissionais da saúde, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o início dos meus estudos sou uma apaixonada pelo SUS e pelos profissionais que, de alguma forma, dedicam o seu tempo para cuidar dos que mais precisam. Foi nesse campo que desenvolvi minha pesquisa de mestrado, com foco no trabalho dos médicos residentes no Brasil que atuavam no Programa Mais Médicos (PMM).

Posteriormente, ingressei em um novo subgrupo de estudos denominado “Redes”, no qual pude mergulhar no mundo do capital social e da análise de redes sociais. Apesar do entrelaçamento das temáticas ter despertado em mim uma proposta de investigação, sentia que ainda faltava algum elemento.

Em 2015, pude conhecer mais de perto o trabalho realizado pelo grupo de pesquisadores dinamarqueses, coordenado pelo Dr. Peter Hasle, sobre colaboração em organizações de saúde. Nesse momento, encontrei o elo que estava faltando para consolidar o meu tema. A partir do aprofundamento das leituras sobre colaboração nos serviços de saúde brasileiros, em especial a Colaboração Interprofissional (CI) e Práticas Colaborativas, desloquei o meu foco da atenção secundária e terciária para a atenção primária, consolidando na Atenção Básica o meu *locus* de pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

O tema principal desta tese é a colaboração no trabalho de equipes de saúde, partindo do princípio de que é por meio do desenvolvimento da colaboração (ou de práticas que a envolvem) que as equipes de saúde conseguem estabelecer relações mais sólidas e coesas que ajudam a superar os entraves das condições de trabalho e, conseqüentemente, possibilitam um cuidado mais integral ao paciente e um maior bem-estar da equipe em si. Defende-se a ideia de que a colaboração para se desenvolver depende de fatores tanto externos quanto internos à equipe e que os fatores internos se relacionam ao modo como a colaboração é difundida e compartilhada entre os seus membros.

Com base nos estudos sobre colaboração em hospitais de Hasle, Kristensen, Moller e Olesen (2007), Hasle, Nielsen, & Edwards (2016) e Prætorious, Hasle, Edwards, & Nielsen (2015), foi realizada uma revisão da literatura sobre colaboração em hospitais brasileiros (Baião, Maciel, & Santos, 2019), seguida de uma pesquisa empírica sobre redes de colaboração em um hospital universitário do Ceará (Ricardo, Maciel, Baião, & Santos, 2017). Enquanto a revisão mostrou que a colaboração ainda é um ideal a ser alcançado nos hospitais brasileiros, a pesquisa empírica, por meio da Análise de Redes Sociais (ARS), reforçou a dificuldade que os hospitais do estado têm de desenvolver e manter uma colaboração efetiva da equipe de profissionais, em especial, pelos turnos formados por plantões que dificultam o estabelecimento da colaboração.

No entanto, a importância do estudo das redes de colaboração nas equipes de saúde é corroborada pela literatura internacional, mostrando-se uma tendência mundial em organizações de saúde, sejam elas públicas ou privadas (Adler & Heckscher, 2013; Hasle et al., 2007; Hasle et al., 2016; Prætorious et al., 2015). Por outro lado, os estudos

nacionais que aliam a ARS ao campo da saúde pública ainda são tímidos, recentes e, em grande parte, restritos a um pequeno grupo de pesquisadores (Andrade & David, 2015; David et al., 2018; Fonseca et al., 2018; Melo, Melo, & Vilar, 2018). Quando aliado à temática da colaboração, os achados são ainda mais escassos, fazendo referência ao conceito, mas não utilizando-o como objeto de estudo (Junqueira, Campos, Silva, & Barbosa, 2015; Landim, Fernandes, Mesquita, Collares, & Frota, 2010; Silva, Avelar, & Farina, 2013), o que evidencia a sua importância.

A Colaboração Interprofissional (CI) nasce de um debate sob diversas perspectivas em diferentes disciplinas, com base na premissa de que nossas vidas laborais são estabelecidas em ambientes coletivos, por meio de um processo de interação com outras pessoas. Nos processos e organizações de trabalho, apresenta-se como um construto complexo, contemporâneo e emergente, que lança um olhar sobre o trabalho em equipe, especialmente nos serviços de saúde (Araújo & Galimberti, 2013; D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, & Beaulieu, 2005; D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008).

Pensando em ampliar a compreensão sobre o funcionamento de redes sociais nos serviços de saúde que, *a priori*, são conhecidos por suas relações hierárquicas, verticalizadas e pouco coletivas (Machado, 1995; Orchard, 2010), este estudo busca entrelaçar conceitos como redes sociais, colaboração e condições de trabalho.

Para sua construção foram formuladas algumas questões centrais iniciais que serviram de base também para as futuras discussões: Qual a relação entre as condições de trabalho e a colaboração? É possível uma equipe de saúde desenvolver um trabalho colaborativo mesmo em contextos laborais precários? Qual a importância da colaboração para o desenvolvimento do trabalho? Como se configuram as redes sociais de equipes de saúde que se utilizam da colaboração? De que forma a colaboração pode

influenciar a formação dessas redes? Que impactos as relações estabelecidas e o capital social permeado entre elas trazem para a saúde desses profissionais?

Com base nos questionamentos, será apresentado um breve referencial teórico com o intuito de conceituar e entrelaçar as principais temáticas discutidas nesta tese.

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária em Saúde (APS): conceitos iniciais

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou para a sociedade brasileira um marco no processo de democratização com propostas de profundas modificações na organização estatal. Com essas mudanças, foi iniciado um novo momento no qual a saúde ganhou evidência, conhecido como o período universalista da saúde (Fleury & Ouverney, 2012; Polignano, 2001; Silva, 2011).

Como passo inicial dessas transformações, a Constituição de 1988, no Artigo 3, incorpora novas dimensões ao conceito de saúde que passa a ser definido de forma mais abrangente, não se limitando apenas à ausência de doença. São considerados elementos decisivos e condicionantes: a alimentação, a habitação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços fundamentais, entre outros (Polignano, 2001).

Para comportar a visão da saúde integral, pela primeira vez na história brasileira, aparece na constituição uma seção específica com cinco artigos destinados à saúde. Dentre as diversas temáticas englobadas, ressalta-se a base da ideia central do SUS com a compreensão de que a saúde é parte constitutiva da condição de cidadão, deslocando para o poder público a obrigação e o dever de garanti-la (Constituição, 1988; Paim, 2009).

Nesse momento também foi definida e, posteriormente, especificada a forma de

organização e funcionamento do SUS. O SUS é composto por todas as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada com responsabilidade descentralizada nas três esferas autônomas de governo: Federal, mediante o Ministério da Saúde (MS); Estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES); e Municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Constituição, 1988; MS, 2000; Polignano, 2001). Trata-se de um sistema único que, apesar de possuir peculiaridades regionais, segue os mesmos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, participação popular e hierarquização/ regionalização) em todo território nacional (Linard, Chaves, Rolim, & Aguiar, 2011; MS, 2000).

O princípio da universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, abrange a cobertura e o atendimento nos serviços do SUS e reforça a ideia de que o Estado tem o dever de garantir saúde a toda população (MS, 2000). O princípio da integralidade diz respeito à atenção à saúde, que deve levar em consideração que cada pessoa é um ser indivisível e parte integrante de um todo, com características particulares. O atendimento integral do sujeito implica, por meio de ações e projetos direcionados a diferentes grupos, que cada qual deve ser tratado de acordo com suas necessidades, inclusive no que diz respeito ao acesso de forma integrada aos diferentes níveis de complexidade (Baião, 2016; MS, 2000).

O princípio da equidade surge da necessidade de se reduzir as disparidades regionais e sociais existentes na população (MS, 2000). Atua no intuito de garantir o atendimento aos menos favorecidos socialmente, através da instauração de redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento, levando mais

saúde a quem tem menos, tratando desigualmente os desiguais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, [CONASS], 2007).

De forma complementar aos princípios, são definidas as diretrizes. A descentralização é marcada pela não centralização das responsabilidades que passam a ser divididas pelos três níveis do governo (municipal, estadual e federal) e tem a finalidade de adequar o SUS à diversidade regional encontrada no país, capacitar e responsabilizar os municípios pela saúde (MS, 2000; Polignano, 2001).

A participação popular refere-se à democratização dos serviços e decisões relacionadas à saúde (Paim, 2009). É garantida pelos Conselhos Municipais de Saúde que atuam com participação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço e pelas Conferências de Saúde, que promovem a participação da população no SUS, de modo que possibilite a efetivação do controle social, evidenciando o caráter social no cotidiano da saúde pública (Melo, 2013; Polignano, 2001).

A hierarquização e regionalização, de um modo geral, dizem respeito a uma integração e organização nos serviços e ações oferecidas pelo SUS em nível crescente de complexidade, de forma a garantir o atendimento integral a população e evitar a fragmentação das ações em saúde ou o funcionamento de forma isolada (Paim, 2009). Baseiam-se em uma gestão na qual as responsabilidades são redistribuídas entre os diferentes níveis de governo, a fim de que os gestores se aproximem dos serviços respeitando a hierarquização do sistema (Polignano, 2001).

Em consonância com esses princípios e diretrizes, no SUS funcionam três estruturas hierárquicas de forma integrada que possuem ações próprias e bem definidas e que objetivam superar o modelo fragmentado de assistência e a gestão em saúde por meio da centralidade do cuidado realizado em rede (Erdmann, Andrade, Mello, &

Drago, 2013; MS, 2000): Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária, sendo a primeira o lócus do estudo.

A Atenção Básica (AB), também conhecida como Atenção Primária em Saúde (APS), é caracterizada como a porta de entrada preferencial do SUS e diz respeito à atenção prestada por profissionais generalistas, com ações voltadas para a promoção, manutenção e proteção da saúde, realizada nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Os atendimentos são realizados nas unidades de saúde ou nos domicílios, pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família.

Para o Ministério da Saúde (2011), cada equipe deve ser constituída por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que são formadas por dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) (Linard et al., 2011).

As ESB foram inseridas da ESF há quase 20 anos, anunciando uma mudança de paradigma na prática odontológica, por meio do desenvolvimento de competências que vão além do seu núcleo de saber, enxergando o paciente como um todo e não apenas os seus problemas bucais (Andrade & Ferreira, 2006; Reis, Scherer, & Carcereri, 2015).

Destaca-se também a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, com o objetivo de ampliar a resolutividade da ESF, agregando profissionais de diversas áreas da saúde. O NASF configura-se como elemento fundamental para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde, bem como para o aumento das taxas de resolutividade na APS (Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015; Ribeiro & Batista,

2019). Por meio das equipes multiprofissionais, os usuários possuem acesso a diversos profissionais da área da saúde, o que amplia diagnósticos eficientes e possibilita encaminhamentos mais bem direcionados. Sendo a AB a porta de entrada da população no SUS, a continuidade dos serviços nos demais níveis de atenção só se torna possível na medida em que exista um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes, o que é denominado de sistema de referência e contrarreferência (Aguilera, França, Moysés, & Moysés, 2013; Serra & Rodrigues, 2010).

De modo complementar, a Atenção Secundária contempla as ações especializadas (ambulatoriais e hospitalares) de apoio diagnóstico, terapêutico, atendimento de urgência e emergência, bem como os procedimentos de média complexidade na realização de exames e consultas com médicos especialistas e equipe multiprofissional nos centros de referência. Já a Atenção Terciária faz referência ao atendimento prestado por hospitais de grande porte e os procedimentos correspondentes com tecnologia de alta complexidade e capital humano mais especializado, relacionado à docência e caráter assistencial e vinculado às universidades ou centros formadores de recursos humanos (Erdmann et al., 2013; MS, 2000).

Os níveis de atenção à saúde seguem uma ordem crescente de complexidade e os atendimentos iniciais devem ocorrer nas UAPS, podendo ser de três diferentes modalidades: 1) a agenda fechada, que são as consultas marcadas com antecedência, 2) demandas espontâneas (DESP), que são as consultas encaixadas durante o turno de atendimento; e, em algumas unidades 3) acesso avançado, que são as consultas em que os pacientes são acolhidos e avaliados e agendados para até 48 horas (Cajazeiras, Silva, & Forte, 2019).

A DESP é uma proposta do Ministério da Saúde (MS, 2013) que objetiva acolher, escutar, problematizar e tratar a demanda de saúde do usuário, sendo criado

para articular as equipes de saúde e a população e possibilitar o estabelecimento de vínculos. Seus objetivos preconizam a continuidade do cuidado e legitimam a APS como porta de entrada para as redes de atenção à saúde do SUS, garantindo a continuidade da assistência aos usuários (Girão & Freitas, 2016; Melo, 2013; Rodrigues, Silveira, Vieira, & Pimentel, 2014). Na teoria, a implantação da demanda espontânea surgiu da necessidade de mudança nos modos como as equipes se organizam, nas relações entre os profissionais e na forma de prestar atendimento (MS, 2013).

Apesar de ter sido criada com o intuito de estreitar o vínculo entre os usuários e as UAPS, a DESP é alvo de muitas críticas, principalmente por parte dos profissionais da saúde envolvidos no processo, que consideram o trabalho fragmentado, pela intensa divisão dos processos, hierarquizado e, na maioria das vezes, centrado apenas no enfermeiro. O acolhimento aproxima-se de uma triagem, que busca direcionar o usuário ao atendimento, o que faz com que o processo se aproxime de um serviço de urgência. Por sua vez, os atendimentos acontecem de forma desorganizada e desintegrada, o que leva ao descontentamento do usuário e ao desgaste da equipe (Santana, 2011; Sena, Cavalcanti, Pereira, & Leite, 2012).

1.2 A Colaboração Interprofissional no SUS: caminhos e descaminhos

Apesar de ser uma tendência mundial que vem sendo construída há décadas, a discussão sobre práticas colaborativas no Brasil trilhou caminhos particulares que fazem referência ao modelo de saúde vigente no país. Assim, nasce atrelada ao SUS, fruto da necessidade de repensar a gestão dos serviços públicos de saúde, promover integralidade do cuidado e superar os desafios encontrados (Azevedo & Sá, 2013).

Como mencionado, na Constituição Brasileira de 1988, compete ao SUS, como uma de suas atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (artigo 200, Inciso III). Desde então, inicia-se uma discussão sobre novas formas de desenvolver a formação dos profissionais da saúde por meio da reconfiguração do modelo de atenção e do conceito de saúde (Amâncio, 2004; González & Almeida, 2010). Para tal, foi necessário repensar dois conceitos fundamentais: educação e saúde.

O campo da educação, desde os seus primórdios, tem o ensino superior em saúde influenciado pelo modelo biomédico, caracterizado pelo modelo uniprofissional, pelo corporativismo profissional e baseado na divisão de saberes e áreas durante o processo de formação (Agreli, Peduzzi, & Silva, 2016; Arruda & Moreira, 2018; Guedes, Nogueira, & Camargo Júnior, 2006; Silva, Peduzzi, Orchard, & Leonello, 2015). Além disso, na realidade operacional, a formação desses profissionais configura-se como um entrave para a integralidade do cuidado, bem como para a consolidação das premissas do SUS (Salvador, Medeiros, Cavalcanti, & Carvalho, 2011).

Naquele momento, a ideia era ultrapassar a lógica tradicional de ensino e repensar os conteúdos curriculares vigentes até então. Buscava-se abrir espaço para novas metodologias que tivessem como base a Educação Interprofissional (EIP), o trabalho interdisciplinar, o foco no cuidado e na promoção e, principalmente, possibilitasse uma visão crítica, dialógica, reflexiva e humana aos alunos do campo da saúde (Amâncio, 2004).

Assim, a EIP nasce da necessidade de romper a perspectiva tradicional da educação em saúde, aproximando-se do conceito de saúde biopsicossocial e deslocando o lugar do aluno de mero receptor para sujeito no processo de aprendizagem. O conhecimento passa a ser visto como um processo interacional, no qual alunos e professores interagem e buscam transformar a realidade social (Batista, 2012).

Na saúde, a EIP insere-se em um contexto de valorização do trabalho em equipe, especialmente, de diferentes profissões e áreas, e objetiva, por meio de práticas colaborativas, a melhoria da qualidade do atendimento. É vista como um processo de ensino e aprendizagem que insere a colaboração no trabalho como um elemento crucial para promover saúde e atender às demandas de saúde locais (Casanova, Batista, & Moreno, 2018).

Nesse contexto, a colaboração nasce de uma “demanda no trabalho em saúde que transcende os fazeres individualizados de cada profissão e projeta a valorização da equipe, na qual o profissional não abre mão da sua especificidade, mas valoriza o trabalho cooperativo em ações direcionadas à população” (Casanova et al., 2018, p. 1326). Por meio da EIP, os alunos desenvolvem habilidades e conhecimentos coletivos que são construídos pela interação com outros profissionais, tornando possível uma melhoria na assistência ao cuidado e na colaboração entre diferentes profissões (Reeves, 2016).

Apesar de ser uma preocupação desde o surgimento do SUS, foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, que representou o marco de destaque na política de educação dos profissionais da saúde. Com o objetivo de fortalecer o SUS por meio “do estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade” (MS, 2018, p. 9). Desse modo, a EIP configura-se como um relevante eixo condutor dos programas do Ministério da Saúde que envolve os mais diversos profissionais da saúde em torno da Colaboração Interprofissional, por meio do desenvolvimento de práticas colaborativas (Mângia, 2010).

Ainda em 2003, nasce o conceito do quadrilátero da formação, que entrelaça quatro pilares, sendo eles: ensino, gestão, atenção e controle social. A partir de então, a formação em saúde de qualidade passa a conter critérios que dizem respeito à mudança nos processos educativos dos profissionais da saúde, distanciando-se do pensamento hegemônico tradicional; à construção de novas práticas, baseadas na integralidade e na humanização; à reorganização das gestões com maior envolvimento das redes de atenção; e ao envolvimento da população na formulação, execução e avaliação das políticas de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Quando a EIP passa a ser uma tendência discutida em todo o mundo, no Brasil, consolida-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), política estabelecida em 2004, que, posteriormente, foi instituída como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a partir da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Com o objetivo de promover discussões com foco na integração entre ensino, serviço e comunidade e assumir a regionalização da gestão do SUS, a PNEPS busca iniciativas qualificadas que visem o enfrentamento das necessidades e dificuldades do SUS.

Como política, a EPS, entrelaça a educação em saúde e o ensino ao processo de construção do SUS. Além disso, visa o desenvolvimento de novas práticas e saberes, novas competências e aprendizados, configurando-se como uma política composta por propostas de mudanças na práxis dos profissionais da saúde (Ceccim & Ferla, 2008).

Com base nesses avanços, os Ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram programas com o intuito de fortalecer e impulsionar as políticas de reorientação da formação em saúde. Dentre eles, destaca-se a criação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), iniciada a partir da Lei nº 11.129 de 2005.

A RMS configura-se como um espaço para a formação e qualificação de profissionais na área da saúde, objetivando a construção de novos saberes e a integração

de diferentes campos profissionais. É baseada no desenvolvimento de competências que visam o comprometimento com o cuidado e de novas práticas em saúde, na busca de mudanças que superem o modelo técnico-assistencial (Salvador et al., 2011), objetivando incentivar e fortalecer práticas que respondam às necessidades do SUS, criando espaços para o desenvolvimento de ações e de educação permanente. Por consequência, busca redirecionar o cuidado e a assistência de acordo com as demandas de saúde, principalmente no que se refere à Atenção Básica.

Outro programa criado é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. O Pet-Saúde é destinado aos profissionais, docentes e estudantes da área da saúde e visa o aprimoramento da formação, o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade e a formação de grupos de aprendizagem tutorial. O programa objetiva, por meio de atividades na rede pública de saúde, promover, articular e desenvolver ações que envolvam ensino, pesquisa, extensão e participação social.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), reconhece a EIP como uma inovação capaz de ajudar a lidar com a atual crise da força de trabalho na saúde pública, caracterizada pela fragmentação do trabalho e pela dificuldade em responder às demandas de saúde da população e cria um grupo de trabalho para discutir os seus impactos em um contexto global. O trabalho evidencia, dentre outros aspectos, que a prática da EIP, quando efetiva, possibilita a prática da Colaboração Interprofissional (CI) (Mângia, 2010; Reeves, 2016; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010).

Com base na sua trajetória, é possível observar que o SUS aparece como um modelo de atenção à saúde que possui uma base teórica ideal, que foi construindo sua história pautado em elementos como integração, equidade e colaboração (Erdmann, et al., 2013; Teixeira, 2013). No entanto, devido ao seu processo de formação e às

dificuldades encontradas em sua realidade operacional, depara-se com divergências entre a teoria proposta e a prática vivenciada (Baião, 2016; Bracarense, Costa, Duarte, Ferreira & Simões, 2015; Costa, Maciel, Santos & Melo, 2014; Melo, 2013; Rodrigues, 2014).

Para Paim (2013), o Brasil tem uma dívida histórica com os envolvidos na criação e manutenção do SUS. Em relação aos trabalhadores da saúde, observa-se a precarização das relações laborais, evidenciada nas péssimas condições de trabalho, na fragilidade dos vínculos trabalhistas, nas relações verticais de poder, dentre outras questões (Baldani, Fadel, Possamai, & Queiroz 2005; Mendonça, Martins, Giovanella, & Escorel, 2010; Oliveira & Rozendo, 2009; Ribeiro & Batista, 2019; Rocha, 2005; Tomasi et al., 2008). Ainda se observa um agravante, com a descaracterização da atenção primária APS, privilegiando um processo de demandas espontâneas e consultas médicas, afastando-se da ideia de longitudinalidade do cuidado (Santana, 2011; Sena et al., 2012).

Nesse cenário de dificuldades, constata-se uma crise da saúde pública que encontra na privatização do sistema de saúde uma solução mascarada para superar as suas fragilidades. Todavia, essa proposta política neoliberal configura-se como uma ameaça à sustentabilidade do sistema em todos os seus níveis (Campos et al., 2016).

Após mais de 30 anos da sua criação, momento em que seria propício discutir a construção de novos paradigmas que visem redefinir o modelo de saúde de uma política pública e global e o reordenamento das práticas adotadas, vivencia-se um movimento de luta e de retrocesso, que se configura como um atentado ao direito universal à saúde. Hoje, pode-se dizer que a ideia é, antes de tudo, discutir a permanência do SUS, tendo em vista as ameaças crescentes de privatização, o congelamento dos limites orçamentários para as políticas públicas de saúde e educação e os ataques

indiscriminados ao sistema, como os propostos pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (Araújo & Rocha, 2009; Campos et al., 2016; Menicucci, 2014; Paim, 2013). Esses elementos trazem a bordo a precarização do SUS como um todo e fragilizam as relações de trabalho na esfera da saúde pública.

Apesar do momento vivenciado no país, o debate sobre os sistemas públicos de saúde e sua viabilidade vão além das fronteiras do Brasil, atingindo uma dimensão global na busca de responder: o que é preciso ultrapassar para fortalecer o cuidado integral em saúde? As mudanças não parecem simples, mas podem levar a novas possibilidades. Afinal, “romper com os paradigmas vigentes não significa recusa pura e simples, impõe movimento de crítica, elaboração e superação” (Paim & Almeida, 1998, p. 308).

1.3 As novas formas de organização dos serviços de saúde

Nas últimas décadas, observa-se uma crise no mundo organizacional, consequência da nova configuração global que emergiu com a expansão do capitalismo. Um exemplo são os serviços de saúde que cresceram rapidamente, estão constantemente passando por transformações e que buscam acompanhar as exigências do mundo atual e se adaptar ao ambiente mutável. Porém, em vista da realidade operacional e da complexidade do sistema, as mudanças e inovações parecem ser cada vez mais difíceis de serem alcançadas (Hasle et al., 2016; Spagnol & Fernandes, 2004).

As organizações de saúde exibem especificidades provenientes dos atributos de seu contexto de trabalho que se configuram como entraves. Alguns elementos contribuem para essa afirmação: alto grau de especialização e autonomia dos profissionais envolvidos; a verticalização do organograma; as dificuldades de responsabilização e resolução de problemas; autocentrismo; as desgastantes jornadas

de trabalho e sobrecarga de tarefas (Azevedo & Sá, 2013; Cecílio, 1997; Mintzberg, 2003; Orchard, 2010).

Os serviços de saúde, nos seus mais diversos setores, que vão desde as unidades básicas de saúde, emergências até as Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), representam espaços de confluência de pacientes. Pelas suas particularidades, as unidades básicas recebem um alto número de pacientes com as mais variadas ocorrências que poderiam ter sido atendidos em outros níveis de atenção, às vezes por falta de conhecimento e/ou encaminhamentos equivocados. (Coelho, Chaves, Anselmi, Hayashida, & Santos, 2010; Santos, Lima, Pestana, Garlet, & Erdmann, 2013).

Com base nisso, a discussão sobre os sistemas de saúde se dá em torno da adoção de novos modelos de atenção que levem à potencialização dos cuidados, de modo que se configurem de forma mais eficiente (Hasle et al., 2016; Santos et al., 2013). Na busca de uma reestruturação contínua que melhore a eficiência e qualidade da prestação de cuidados é necessário superar a estrutura rígida tradicional estabelecida, garantindo ações mais sustentáveis e colaborativas (Hasle et al., 2016; Prætorious et al., 2015; Vos et al., 2011).

Durante muitas décadas, a gestão dessas organizações foi pautada exclusivamente como estruturas formais, baseadas em conceitos mecanicistas como verticalidade, burocratização e autoridade (Mintzberg, 2003; Spagnol & Fernandes, 2004; Vos et al., 2011). Em um segundo momento, especialistas propuseram modelos que priorizavam apenas elementos orgânicos como horizontalidade, colaboração, participação, gestão sustentável, inovação, flexibilidade, exploração de novas oportunidades e exploração dos recursos existentes, negando a relevância das estruturas formais até então utilizadas.

Nas últimas décadas, no entanto, em virtude do acelerado crescimento do capitalismo e das implicações no âmbito da saúde, marcadas pelo dinamismo da concorrência e pela mudança no processo produtivo, muitas organizações descobriram que, embora fosse possível se concentrar em apenas uma dimensão do desempenho, era imprescindível encontrar maneiras de abranger as duas dimensões simultaneamente (formal e orgânica). Inicia-se assim a busca por um maior equilíbrio entre os elementos organizacionais formais e orgânicos, o que passa a ser denominado de organização “ambidestra” (Adler & Heckscher, 2013).

A ambidestralidade organizacional é um conceito do campo da administração que se baseia em dois pontos: na adaptação, isto é, na capacidade de reorganização diante das demandas e transformações revolucionárias do ambiente; e no alinhamento, compreendido pelo ajuste interno e gradual dos padrões de atividades da organização. Ela permite que a própria organização, por meio dos seus gestores, escolha qual modelo é mais indicado para cada momento, ou seja, quando a adaptabilidade e/ou o alinhamento devem prevalecer (Ramos, Matos, & Mota, 2015; Tushman & O’Reilly, 1996).

Para alguns estudiosos, o alcance da estrutura ambidestra é possível por meio da construção de um tipo específico de relação de confiança aberta e flexível entre os profissionais envolvidos, baseada no diálogo institucionalizado e no propósito compartilhado, denominada *colaboração*. O modelo colaborativo baseado na “ambidestralidade” contempla as organizações que conseguem combinar, de alguma forma, elementos orgânicos e mecanicistas e envolvem a equipe e toda a organização no alcance de seus resultados (Adler & Heckscher, 2013; Hasle et al., 2016).

No nível organizacional, o modelo colaborativo *ambidestro* baseia-se em estratégias compartilhadas de resolução de conflitos. Diversos estudos abordam

características dessa forma de estrutura: padronização de procedimentos para resolução de conflitos até então não padronizados; enriquecimento das rotinas de trabalho pela implantação de tarefas não rotineiras; descentralização do poder e da autoridade em busca de maior autonomia; sistemas de informações mais simples e acessíveis; implantação de novas tecnologias e/ou desenvolvimento de novos serviços; intercâmbio de atividades entre funções distintas; e divisão da organização em setores especializados (Adler & Heckscher, 2013; Ramos et al., 2015; Veloso & Malik, 2007).

A introdução de novos paradigmas no sistema de saúde deveria implicar em uma mudança nas práticas dos profissionais de saúde, que deveriam desenvolver um novo olhar para o paciente e para a equipe, indo além da realização de atos formais e mecânicos. Na prática, a falta de gerenciamento e o uso desordenado dos diferentes serviços levam a incontáveis entraves na operacionalização, que acometem tanto os pacientes, como a gestão e as equipes de saúde (Cecílio, 1997; Mintzberg, 2003). Os índices de desempenho são reduzidos e a saúde e o bem-estar de todos os atores envolvidos no processo são prejudicados (Coelho et al., 2010; Santos et al., 2013), o que faz com que o foco se volte para os estudos sobre colaboração.

1.4 A Colaboração Interprofissional (CI)

A colaboração nasce como um conceito interdisciplinar, complexo e atual, que busca dar respostas às questões relativas ao trabalho coletivo (D'Amour et al., 2005). É definida como uma estratégia do trabalho em equipe que integra variadas categorias profissionais em diversos contextos de prática.

Nas últimas décadas, em virtude da sua capacidade de agregar pessoas e solucionar conflitos por meio de estratégias compartilhadas, o tema colaboração é objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento. A exigência por mais colaboração

entre disciplinas e profissões é comumente destacada na literatura e indicada como uma “possível solução” para entraves e questões vivenciadas nos contextos organizacionais (Furtado, 2007).

A colaboração é fundamental para a realização de tarefas em equipe que compartilham um objetivo comum e buscam êxito na tomada de decisões. Ela possibilita o desenvolvimento individual e coletivo dos envolvidos, propicia um ambiente de aprendizagem mútua e permite uma maior interação entre seus membros, por meio da troca de diferentes experiências e competências (Hargreaves, 1998; Silva, Ferro, Costa, & Gouveia, 2015).

No campo da saúde, também conhecida como Colaboração Interprofissional (CI), está relacionada a uma ética da assistência, aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos mútuos e recíprocos entre os profissionais. É uma estratégia que incentiva a comunicação e a participação ativa de todas as profissões envolvidas nos cuidados de saúde e na tomada de decisões clínicas com foco nas necessidades dos pacientes (Barros & Ellery, 2016; D’amour et al., 2008; Herbert, 2005; Rose, 2011).

Outro aspecto relevante do conceito de colaboração é que o processo ultrapassa a noção básica de equipe. De maneira geral, o conceito de equipe tem sido definido como “grupo de pessoas reunidas para uma mesma tarefa ou ação” (Ferreira, 2004). Assim, um “grupo de trabalho” no contexto de saúde faz referência à união de profissionais de saúde para a realização de tarefas comuns que acontecem em um mesmo ambiente, o que não significa compartilhamento de suas atividades, responsabilidades e funções que visariam o aprimoramento do serviço (Aguilar-da-Silva, Scapin, & Batista, 2011).

Com o avanço dos estudos em saúde, especialmente nas últimas décadas, o trabalho em equipe passou a ser definido como prática interprofissional colaborativa. Nesse tipo de trabalho, a equipe, agora colaborativa, requer a construção de uma visão compartilhada mais humanizada que possibilite a interação global entre seus membros (Aguilar-da-Silva et al., 2011). No processo, a experiência de todos os profissionais é reconhecida, assegurando o respeito pelas contribuições dos membros envolvidos que trabalham em torno de um objetivo comum, resultando em maior segurança nos procedimentos e uma melhor qualidade de atendimento. É baseada na prática coesa entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades do usuário, da família e da comunidade (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010; Zwarenstein & Reeves, 2006).

A colaboração vem como uma resposta aos modelos de saúde fragmentados, na busca por uma mudança de paradigma em termos de valores, códigos de conduta e processos de trabalho. Relaciona-se com a tendência para novas formas de organização de serviços sociais e de saúde que demandam formação de redes de serviços e cuidados integradas para responder às necessidades dos cidadãos (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2008). É, portanto, uma questão central em qualquer organização coletiva que se utilize do trabalho em equipe para o desenvolvimento de suas atividades.

Entretanto, ao mesmo tempo em que as diferentes categorias profissionais almejam (e precisam) trabalhar em equipe, promover interações e partilhar seus conhecimentos para propiciar uma melhor assistência ao paciente, apresentam uma forte tendência em satisfazer aspirações profissionais individuais e manter a autonomia, em detrimento da colaboração profissional (D'Amour et al., 2008; Silva, Peduzzi, et al., 2015). Para Machado (1995) tal posicionamento antagônico é reflexo dos interesses provenientes do mercado de trabalho, o que a autora denomina de “profissionalismo”. O

profissionalismo é uma forma de retenção do conhecimento, tornando-o mais particular e específico, o que faz com que permaneça acessível apenas a uma parcela de pessoas e garanta o poder de uma determinada categoria.

Se o profissionalismo demarca os territórios particulares de cada grupo profissional, a proposta de trabalho em colaboração é baseada nas premissas humanistas, com foco na pessoa e não na especialização, na tentativa de responder aos complexos entraves clínicos, reagrupar os conhecimentos espalhados, suavizar a alienação do trabalhador e reduzir os cuidados duplicados (Furtado, 2007; Machado, 1995). Desse modo, discutir o tema colaboração pressupõe levar em consideração duas forças opostas:

Um polo representado pelas corporações profissionais, pela lógica profissional, que tenta continuamente garantir um mercado definido e inviolável e expandir territórios, aumentar sua autonomia e elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias. O outro polo é representado pela lógica da colaboração profissional, apontando para a necessidade de colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e até a intersubjetividade (Furtado, 2007, p. 246).

A partir da necessidade de analisar a colaboração em sistemas complexos e da dificuldade de mensurá-la, D'Amour et al. (2008) desenvolveram uma tipologia de análise dos níveis de colaboração, com base no conceito da ambidestralidade. O modelo é inspirado na teoria da ação coletiva da sociologia organizacional de Crozier e Friedberg (1977) e foi testado pelos pesquisadores em diferentes configurações colaborativas: em equipes, entre organizações e em redes de saúde integradas (Orchard, 2010).

Baseado nesse modelo, a ação coletiva pode ser analisada por meio de quatro dimensões principais que são operacionalizadas por 10 indicadores. Conforme Figura 1, as dimensões estão relacionadas entre si e influenciam-se mutuamente, na qual duas dimensões fazem referência a relações entre indivíduos e duas ao contexto organizacional.



Figura 1. As quatro dimensões relacionais e seus indicadores baseado na tipologia de D'Amour et al. (2008).

As duas dimensões interpessoais são: 1) *objetivos compartilhados e visão*, que se referem à existência de objetivos comuns e à capacidade de apropriação pela equipe, além do reconhecimento de motivos divergentes e lealdades múltiplas que influenciam as expectativas em relação à colaboração e; 2) *internalização*, que se refere ao sentimento de pertença, que tem sua base na conscientização dos profissionais de que são interdependentes, no conhecimento dos valores uns dos outros, na disciplina e na relação de confiança mútua.

Já as dimensões organizacionais são: a 3) *formalização*, que se refere aos procedimentos e regras que existem e regulam as expectativas e as responsabilidades, fortalecendo a estrutura e 4) *governança*, que se refere às funções de liderança (central e local) que balizam a colaboração. É a governança que possibilita a orientação e o apoio aos profissionais na implementação de ações inovadoras e colaborativas.

Para D'Amour et al. (2008), a colaboração acontece por meio das interações entre as quatro dimensões e os seus indicadores. A combinação desses diversos elementos simultaneamente permitiu a elaboração de uma tipologia dos níveis de colaboração, que possui uma classificação baseada em um contínuo variando de 1 a 3; no qual 1 representa o nível mínimo de realização de um indicador e 3 o máximo. Mediante a análise de todos os indicadores, chega-se a um nível global de colaboração: colaboração ativa (nível 3), desenvolvimento de colaboração (nível 2) e colaboração em inércia (nível 1).

A interação entre os níveis contempla o processo inerente à colaboração, embora sejam influenciados também por elementos externos e estruturais como questões locais, sociais, políticas, financeiras e econômicas. O que reforça a necessidade de considerá-los como fatores que interferem na consolidação e na manutenção da colaboração (Silva, Peduzzi, et al., 2015).

Seja por elementos externos ou internos, observa-se que a adoção de medidas e posturas colaborativas nos contextos de saúde encontram várias barreiras na prática, principalmente em relação ao contexto de trabalho, as dinâmicas sociais e político-institucionais (Araújo & Catanio, 2011; Azevedo & Sá, 2013; Orchard, 2010). As mudanças não acontecem de forma espontânea e exigem a superação de diversos paradigmas (Araújo & Galimberti, 2013; D'Amour et al., 2005; D'amour et al., 2008).

Apesar dos recentes avanços na pesquisa sobre o tema, ainda há a necessidade de uma melhor compreensão dos processos colaborativos e de suas ferramentas conceituais. Um desafio constante que depende de uma organização formal e pressupõe a interação, o envolvimento e a responsabilidade dos profissionais e gestores (D'Amour et al., 2008; Pimentel & Fucks, 2012) “na transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos” (Rocha, Barreto, & Moreira, 2016, p. 416).

Observa-se que as dimensões e indicadores propostos por D'Amour et al. (2008) possuem nas interações entre os profissionais o seu fio condutor. Assim, apesar da importância do reconhecimento dos fatores que podem influenciar a colaboração, é imprescindível lançar um olhar para as relações entre os envolvidos, suas características grupais, interativas e intersubjetivas, sendo necessário ir além das dimensões materiais, burocráticas e políticas (Azevedo & Sá, 2013).

Essa reflexão evidencia a amplitude do tema que, apesar de ter a interação como base, pode ser estudado sob o olhar de diversas áreas e métodos (Palanch & Manrique, 2016; Silva, Peduzzi et al., 2015). Uma das formas de se estudar a colaboração e seus derivativos é por meio do estudo das relações que se estabelecem entre os atores envolvidos, o que é denominado de redes sociais ou redes de sociabilidade.

1.5 Redes de colaboração e o capital social nos serviços de saúde

Em sua conceituação, rede significa “um grupo de atores ou nós que possuem relações com os outros” (Ribeiro & Bastos, 2011, p. 283). O estudo das redes está inserido em um amplo campo de pesquisas composto por elementos conceituais e metodológicos que possibilitam a análise da estrutura e a dinâmica das relações entre os atores, preocupando-se não apenas com o indivíduo isolado, mas enquanto estrutura

social coletiva. Assim, estabelece um novo paradigma sobre a estrutura social, na medida em que a forma como os indivíduos se comportam ou as suas opiniões dependem mais das relações que estabelecem do que dos seus atributos individuais (Marteleteo, 2001).

A ideia de que as relações sociais fazem parte de um tecido que produz efeitos sobre o comportamento individual e grupal surgiu no início do século passado. Sua origem relaciona diversas perspectivas teóricas, influenciadas pela sociologia, antropologia e sociometria (Marteleteo & Silva, 2004; Mizruchi, 2006). Todavia, foi apenas na década de 1940, com o desenvolvimento da computação de matrizes, que o método para estudo sistemático das redes se consolidou. Com o desenvolvimento da tecnologia e de *softwares* próprios para as formas matriciais, foi possível analisar grandes grupos de relações na forma de redes, expandindo o seu campo de análise (Marteleteo & Silva, 2004).

De forma mais tradicional, o estudo de redes parte de uma abordagem quantitativa dos dados, caracterizado por uma análise estrutural das relações, muito comum nas ciências tecnológicas. Posteriormente, desenvolveu-se uma abordagem composta por metodologias mais qualitativas que tem como foco a função das relações sociais e os benefícios produzidos pelos arranjos em rede (Landim et al., 2010; Melo et al., 2018).

A teoria das redes também é composta por terminologias e conceitos próprios que auxiliam a análise dos arranjos reticulares (Souza & Quandt, 2008). Desse modo, uma rede é formada basicamente por três elementos: nós/atores, vínculos/relações e fluxos. Os nós ou atores são pessoas ou grupos que se agrupam em um objetivo comum, sendo a soma de todos os nós o que caracteriza o tamanho da rede e, a localização de cada nó, o que caracteriza a posição de cada ator na rede.

Em uma rede, os atores podem ser classificados como *egos*, que são os atores centrais ou *alters* que são os demais atores. Os vínculos ou relações são os laços estabelecidos entre os atores, que são representados por linhas. Já os fluxos indicam a direção dos vínculos e são representados por uma seta, que pode ser unidirecional (relações não recíprocas), bidirecional (relações recíprocas) ou solto (quando um ator não estabelece qualquer tipo de fluxo) (Alejandro & Norman, 2005).

A análise dos elementos é realizada por meio de indicadores que devem ser escolhidos de acordo com os objetivos da pesquisa, dentre eles as medidas estruturais (tamanho da rede, posição dos atores, laços fracos e fortes), de coesão (densidade, reciprocidade, cliques), as medidas de centralidade (grau de entrada e saída, intermediação, proximidade) e capital social, dentre outros (Alejandro & Norman, 2005; Borgatti, Jones, & Everett, 1998; Lazega, 2014; Marteleto & Silva, 2004; Mizruchi, 2006; Souza & Quandt, 2008), sendo apresentados a seguir os indicadores utilizados no presente estudo.

A Densidade (*Density*) da rede é calculada pelo número de relações existentes (quantidade de nós) dividido pelo número de relações possíveis e multiplicado por 100. Uma rede com alta densidade é responsável pela coesão, por exemplo, valores e pontos de vista semelhantes entre os atores, já uma rede de baixa densidade está associada à heterogeneidade e ao baixo acesso a recursos (Alejandro & Norman, 2005; Souza & Quandt, 2008).

Para Granovetter (1983) as relações são consideradas os laços sociais existentes e podem ser classificados como fortes e fracos (*weak ties*; *strong ties*). Os laços fortes são aqueles marcados por relações mais densas e duradoras, que exigem mais trocas, intensidade emocional e despendem mais tempo, como os mantidos com familiares e amigos. Já os laços fracos exigem menor investimento afetivo e de tempo e são aqueles

mantidos com pessoas conhecidas. Uma rede funcional é aquela que apresenta diversificação, formada por laços fracos e fortes. Enquanto os laços fortes possibilitam um maior suporte e apoio social, são os laços fracos que ampliam os limites das redes, estabelecendo pontes entre grupos que não se conectam entre si (Cattell, 2001; Granovetter, 1983; Portugal, 2005).

A Centralidade (*Centrality*) refere-se à posição que um ator ocupa na rede, em relação ao número de contatos diretos que ele possui, de modo que quanto maior a centralidade de um ator, mais conectado ele está à rede e maior é a sua capacidade de comunicação (Mizruchi, 2006). O grau de Centralidade pode ser medido por meio do grau de entrada (*indegree*), que é quando um ator é indicado por outros atores e pelo grau de saída (*outdegree*), que se refere à quantidade de indicações que um ator faz. Enquanto o grau de entrada indica a influência e o prestígio de um ator na rede, o grau de saída indica a capacidade de fazer trocas e compartilhar pontos de vistas (Hanneman, 2001; Tomaél & Marteleto, 2006). Além disso, atores que possuem alto grau de centralidade geral podem assumir a função de líderes informais da rede, assumindo um papel de prestígio (Krackhardt, 2010; Varanda, 2007).

De forma complementar, a Centralidade de Intermediação (*Betweenness Centrality*) relaciona-se a capacidade que um único ator tem de influenciar ou controlar a comunicação entre outros dois atores, servindo como intermediário (Marteleto, 2001). Os atores com maior potencial de intermediação são denominados “ator ponte” e apresentam melhores condições de lidar com o fluxo de informações na rede, por conseguirem fazer isso através do menor caminho possível (Freeman, 1979).

É por meio da análise sistemática das relações que se torna possível quantificar e qualificar os arranjos reticulares, visualizar a troca de recursos, as interdependências e as assimetrias existente na rede, levando sempre em consideração a intersubjetividade

(Gomide & Grossetti, 2010; Varanda, 2007). No campo do trabalho é possível observar o seu efeito sobre o comportamento dos indivíduos e do coletivo, bem como a sua potencialidade em possibilitar o acesso a recursos, permitir a resolução de conflitos e superação de entraves.

Nas trocas estabelecidas os indivíduos ou grupos são reconhecidos e podem obter ganhos, surgindo, assim, o conceito de capital social. Dentre as várias conceituações, capital social pode ser caracterizado como o conjunto de elementos numa estrutura social (Coleman, 1988), que possibilita os atores satisfazerem seus objetivos (Bourdieu, 1980), ou “a habilidade de atores garantirem benefícios em virtude de sua associação em redes sociais e outras estruturas sociais” (Portes, 2000, p.6). Observa-se que em todas as suas definições, o capital social está intimamente ligado ao papel das redes sociais, já que só é possível possuí-lo na medida em que o indivíduo se relaciona com o outro, o que faz com que a verdadeira fonte de seus benefícios dependa mais das suas relações do que de si mesmo. A posição social ocupada por cada indivíduo no desenho das redes possibilita a formação de capital social, que tem na confiança interpessoal a via pela qual produz seus efeitos (Reis, 2003).

Assim, os estudos sobre capital social aparecem atrelados a conceitos importantes, como confiança, cooperação, justiça e solidariedade, elementos que reforçam a importância do benefício mútuo (Ducci & Teixeira, 2011; Hasle et al., 2007) e encontram na reciprocidade uma das normas mais importantes para o seu desenvolvimento (Putnam, 2006).

No campo organizacional, o capital social é responsável por possibilitar o desenvolvimento de estratégias que levam a um melhor desempenho (Reis, 2003). Observa-se na literatura inúmeros benefícios trazidos por um alto capital social entre os atores de uma determinada organização: a participação em reuniões em prol de um

objetivo comum melhora a sociabilidade dos profissionais; profissionais tendem a ter menos problemas de saúde em relação aos que trabalham em organizações com baixo capital social; um ambiente seguro, com confiança e apoio no companheiro de trabalho, leva a profissionais mais saudáveis e com menos sofrimento psíquico; um alto nível de confiança nas organizações está associado à probabilidade de hábitos saudáveis de saúde, dentre outros (Hasle et al., 2007; Lindstrom, 2006; Suzuki et al., 2010; Veenstra, 2000).

Dessa forma, é importante olhar para as redes dentro do contexto profissional, uma vez que é por meio delas que se desenvolvem relações humanas sustentáveis, levando à aproximação de atitudes, valores e conhecimentos (Lanzoni & Meirelles, 2012). O capital social permite a construção de objetivos comuns e a diminuição do tempo gasto para se obter e processar informações, o que se relaciona ao bem-estar dos envolvidos (Marteleto & Silva, 2004).

O desenvolvimento do capital social é também uma forma direta de melhorar e difundir a colaboração que se baseia na confiança e na justiça. Esse tipo de colaboração é baseado em um reconhecimento aberto de que as partes envolvidas em uma organização têm objetivos diferentes e no respeito pelo direito de realizá-los (Hasle et al., 2007; Prætorious et al., 2015).

Pela sua capacidade de agregar grupos e de promover o envolvimento desses grupos em torno de iniciativas que possibilitam melhorar as condições de vida e saúde, o estudo das redes e do capital social vêm ganhando espaço e relevância também na área da promoção da saúde. O capital social, como produto das relações sociais dentro dos serviços de saúde, exerce influência na interação entre os diversos profissionais envolvidos, atua como um suporte para o alcance dos objetivos da organização e na

melhoria do ambiente psicossocial e das condições de trabalho (Hasle et al., 2007; Mendes, Bógus, Westphal, & Fernandez, 2013).

Conseqüentemente, pode promover a satisfação de seus funcionários, influenciando a autonomia, a diminuição do absenteísmo e a rotatividade de pessoal. Essas implicações são decorrentes da potencialização dos processos participativos e integrados, o que remete ao conceito de colaboração e do estreitamento de vínculos no apoio a grupos ou indivíduos na resolução de problemas e circunstâncias adversas (Hasle et al., 2007; Mendes et al., 2013).

No campo da Atenção Básica, parte-se do princípio de que a forma como a rede é articulada e a dinâmica das relações sociais estabelecidas (entre as equipes e os demais profissionais) repercutem no desenvolvimento do trabalho e na continuidade do cuidado. Além disso, os profissionais integram diversas redes que podem ter um papel fundamental na resolutividade das práticas de saúde, no acesso aos serviços e no atendimento às necessidades da população (David et al., 2018; Fonseca et al., 2018; Melo et al., 2018).

É válido salientar que o capital social também pode assumir uma forma negativa, podendo excluir grupos e estreitar relações, que nem sempre se baseiam no alcance do objetivo comum. Ao mesmo tempo, abre espaço para a expressão de conflitos de interesses e desequilíbrios de poder, que são inerentes às relações sociais, como os conflitos de hierarquia e de função, tão bem evidenciados em pesquisas na área da saúde (Hasle et al., 2007; Orchard, 2010; Rose, 2011). Esses elementos convergem para o enfraquecimento dos laços sociais e, conseqüentemente, restringem as possibilidades de construção de projetos coletivos (Azevedo & Sá, 2013).

No caso dos serviços de saúde muitas são as dificuldades encontradas para a adesão à colaboração no ambiente de trabalho. Dentre elas, podem ser destacadas: “o

sistema de saúde desintegrado e os serviços organizados por categoria profissional; o cuidado fragmentado dentro do sistema tradicional de saúde que é prioritariamente curativo; a cultura profissional especializada, excesso de demanda e da carência de recursos” (Barros & Ellery, 2016, p.11). Além disso, constatam-se contextos de trabalho inseguros e precários, o que faz com que seja importante analisá-los, em especial sob a perspectiva dos profissionais de saúde, principais atores sociais envolvidos, suas condições de trabalho e suas redes sociais. É importante identificar as ações que podem promover melhorias no ambiente de trabalho, bem-estar, conseqüentemente, no atendimento prestado.

Por fim, é possível observar o espaço que as temáticas apresentadas vêm ganhando no cenário mundial. Apesar disso, no Brasil, não foram encontrados estudos que as apresentem de forma entrelaçada. Espera-se com esta tese contribuir para a construção desse conhecimento relativamente novo e pouco explorado no Brasil, mas que é amplamente utilizado, trazendo resultados positivos em diversos países (Hasle et al., 2007; Lindstrom, 2006; Mendes et al., 2013; Prætorious et al., 2015; Rose, 2011; Suzuki et al., 2010; Veenstra, 2000).

1.6 Pressupostos e Objetivos

Com base na literatura, nas perguntas de partida e nas vivências da pesquisadora, foram traçados alguns pressupostos teóricos que se configuraram como questionamentos para a elaboração da tese principal e o delineamento das pesquisas, sendo eles:

- Apesar das condições de trabalho impactarem o desenvolvimento da colaboração, é possível uma equipe de saúde desenvolver um trabalho colaborativo mesmo em contextos de trabalho precários. Assim, a colaboração

funciona como uma forma de lidar e superar os entraves desses contextos precarizados.

- As relações estabelecidas entre os membros da equipe configuram-se como condição para o desenvolvimento e manutenção da colaboração. As relações externas (outros profissionais da unidade ou profissionais/instituições externos) também possuem um papel fundamental para que isso ocorra.
- De modo geral, os membros da equipe reconhecem a importância do trabalho colaborativo, mas existe uma maior colaboração nas equipes que fazem parte de unidades consideradas referência em educação e saúde.

A partir dos pressupostos elencados e da busca por respostas, a tese defendida é que a forma como as equipes de saúde se organizam e as relações estabelecidas impactam o desenvolvimento da colaboração entre os seus membros. Além disso, defende-se a ideia de que a colaboração, apesar de ser dependente de fatores externos para se desenvolver tais como as condições de trabalho, relações com a comunidade, demanda da unidade, dentre outros, configura-se como um elemento potencializador que contribui para a superação das dificuldades encontradas.

Para a realização da pesquisa, partiu-se do pressuposto principal de que as unidades consideradas referência apresentam um maior potencial para o desenvolvimento da colaboração entre seus profissionais. Desse modo, a ideia foi estudar polos distintos nas unidades de saúde, na busca de experiências diferentes em relação à temática estudada.

Com base no exposto, o objetivo geral da tese é analisar a colaboração no trabalho de cinco equipes de saúde de UAPS de Fortaleza e sua relação com as

condições de trabalho e as redes estabelecidas. Os objetivos específicos configuram-se como os objetivos gerais de cada estudo, sendo eles:

- Conhecer o ambiente e as condições de trabalho nas quais as equipes de saúde estão inseridas (Estudo I);
- Analisar e comparar a colaboração no trabalho das equipes de saúde baseado na tipologia de D'Amour et al. (2008) (Estudo II);
- Mapear e comparar as características estruturais e relacionais das redes de colaboração no trabalho das equipes de saúde (Estudo III);
- Analisar comparativamente a atuação de três das equipes estudadas e contextualizar as diferenças em termos do grau de colaboração existente (Estudo IV).

1.7 Apresentação dos estudos que compõem a tese

A tese é dividida em quatro estudos que apresentam objetivos gerais próprios, mas que se complementam e estão estruturados em torno da tese comum. No primeiro estudo, a ideia foi conhecer o ambiente e as condições de trabalhos das unidades, bem como o trabalho das equipes de saúde. Para tal, utiliza-se o conceito mais amplo e dinâmico de condições de trabalho que ultrapassa o foco apenas nos aspectos físicos do ambiente. Defende-se um construto sistêmico que abrange o trabalho como um todo e inclui os elementos que estão situados no próprio trabalho e no seu entorno (Muchinsky, 1994; Ramos, Peiró, & Ripoll, 2002), desde os aspectos físicos, materiais e organizacionais, até as questões psicossociais relacionadas às questões contratuais e de vínculo, dinâmica e relações laborais (Blanch, 2003).

O estudo apresenta elementos “macros” que estão ligados intrinsecamente ao funcionamento das unidades, mas que impactam o trabalho das equipes. Acredita-se que

para estudar a colaboração interprofissional nas equipes é necessário, inicialmente, conhecer o ambiente e as condições nas quais elas estão inseridas (Estudo I).

No Estudo II o foco está na colaboração no trabalho das equipes, partindo do conceito de colaboração como ações coletivas que são produtos das ações e comportamentos dos membros da equipe (Crozier & Friedberg, 1977). Com base na tipologia proposta por D'Amour et al. (2008), a ideia foi analisar a colaboração e identificar as dificuldades e possíveis áreas de melhoria. O olhar é transferido dos elementos “macros” para os “micros”, sendo estes considerados a partir das dimensões e indicadores propostos pela autora. Assim, os aspectos relacionados às condições de trabalho não são ignorados, mas são destacados na forma como as equipes se organizam apesar deles. No estudo são apresentados e discutidos os aspectos relacionados à colaboração no trabalho de cada equipe, analisando seus membros e a forma como a colaboração se desenvolve tanto a nível individual como coletivo.

No terceiro estudo, considerou-se a necessidade de ampliar o conhecimento sobre colaboração por meio da utilização de outro método de pesquisa, com uso ainda incipiente na área da saúde (Andrade & David, 2015). Por meio da ARS foi possível conhecer a forma como os membros se relacionam e a importância das relações estabelecidas para o bom funcionamento da equipe e, conseqüentemente, para o desenvolvimento e manutenção da colaboração. Portanto, são apresentados os aspectos reticulares, as estruturas das redes de trabalho, as posições ocupadas por cada membro, as trocas estabelecidas e a importância de cada membro na composição da rede.

No último estudo o foco é direcionado às experiências colaborativas já implementadas pelas equipes estudadas, sendo apresentadas três experiências que foram observadas e acompanhadas pela pesquisadora durante a pesquisa de campo. A ideia é apresentar experiências que na prática são desenvolvidas, apesar das limitações e

desafios apresentados nos estudos anteriores. Todas as experiências envolvem a colaboração e influenciam o seu desenvolvimento.

2 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Acredita-se que é através do delineamento do método que os elementos de um estudo ganham sentido e se torna possível organizar o emaranhado de possibilidades existentes. Partindo disso, a tese se baseia em pesquisas eminentemente qualitativas, descritivas e exploratórias uma vez que se entende que um fenômeno deve ser apreendido e estudado dentro do contexto em que ocorre e no qual está inserido, permitindo uma análise mais completa e próxima da realidade dos fatos observados. Para isso, foi necessária uma imersão no campo com a finalidade de captar a dinâmica do fenômeno em estudo, tomando como base os diferentes pontos de vistas das pessoas envolvidas (Godoy, 1995; Silva, Castro-Silva, & Moura, 2018).

No campo da psicologia social do trabalho e psicologia da saúde, essas reflexões estendem-se a outros elementos tais como as percepções, comportamentos, opiniões e relações, ao que é dito e não dito. As pesquisas nessas áreas ultrapassam a produção do conhecimento para a construção de novos olhares que vão além dos estudos sobre as doenças (Guedes et al., 2006). A pesquisa qualitativa também permite que as análises e interpretações sejam permeadas pelo posicionamento reflexivo do pesquisador, que se abstém do seu papel neutro no momento em que apresenta discussões baseadas em seu modo de ser e existir, sendo seu papel adentrar nos enunciados ocultos.

Como destaca Pérez-Abril (2009, p. 246) “de que lado se situam esses enunciados? Pois nunca serão neutros, o que as vozes falam através deles? Que vozes foram silenciadas, excluídas? O que ficou nas fendas, nas rupturas, nas discontinuidades, que nunca faltam, que dificilmente se deixam esconder?”. Desse modo, os métodos e técnicas escolhidos configuram-se como um espaço de fala dos participantes, sendo por meio das suas percepções, opiniões, valores e visão de mundo que esta tese foi construída.

O lócus de realização da pesquisa foi comum aos quatro estudos e, por essa razão, será exposto a seguir, de forma mais detalhada, previamente à apresentação de cada estudo.

2.1 Escolha das UAPS e equipes

Foram analisadas equipes de saúde que fazem parte das Unidades de Atenção Primária à Saúde das regionais de Fortaleza. Para delimitação das unidades, foi solicitado que cada regional indicasse duas UAPS referências na díade ensino-serviço (educação permanente) e duas que não se configurassem como tal, mas que não fossem consideradas unidades extremamente precárias. Desse modo, um primeiro contato foi realizado com o setor de Epidemiologia de cada regional e, posteriormente, com a Assessora Técnica em Educação Permanente da Coordenadoria Regional da Saúde, que indicou as unidades que estavam dentro dos critérios pré-estabelecidos (Anexo 1).

O critério de escolha de mais de uma UAPS (duas ou três) se deu pelas seguintes razões: por existir mais de uma que respondia de forma semelhante ao critério solicitado e pela possibilidade de dificuldade de acesso, seja por reformas, acessibilidade por meio dos gestores, falta de segurança, equipes incompletas, e/ou superlotação. Foram indicadas 25 UAPS, sendo 13 consideradas referências e 12 não-referência.

No primeiro contato verificou-se que várias unidades não estavam disponíveis para pesquisa e/ou não atendiam aos critérios de inclusão, outras, apesar do aceite das Coordenadoras/Diretora de Nível Intermediário (DNI), nunca se conseguiu agendar uma visita. Em duas unidades, chegaram a ser realizadas várias visitas, mas não foi possível o contato com os profissionais, precisando ser escolhida outra unidade. Depois de diversas tentativas, foram escolhidas cinco unidades, numeradas de acordo com a data de inserção na pesquisa. Destaca-se que as regionais e bairros correspondentes foram

nomeados de forma fictícia respeitando o sigilo e a identificação das unidades. Essas informações fictícias serão apresentadas em itálico.

Tabela 1

Descrição das unidades que compõem o lócus de realização da pesquisa

Unidades de Atenção Primária a Saúde			
Unidades	Regional	Bairro	Categoria
U1	Regional A	<i>Central</i>	Referência
U2	Regional B	<i>Oeste</i>	Referência
U3	Regional C	<i>Leste</i>	Não-referência
U4	Regional D	<i>Norte</i>	Referência
U5	Regional A	<i>Central</i>	Não-referência

Por dificuldade de comunicação e acesso não foi possível contemplar todas as regionais, sendo duas unidades de uma mesma regional, mas de localidades distintas. Em cada unidade foi indicada uma equipe de saúde da família que atendia aos seguintes critérios: estar o mais completa possível; possuir pelo menos um profissional médico, um enfermeiro e um ACS; e ter disponibilidade para participar da pesquisa. A inserção nas unidades aconteceu ou pelo contato com a regional correspondente ou diretamente com a coordenadora da unidade, conforme era solicitado pela responsável. Assim, observou-se diferenças no acesso às UAPS, em algumas, era necessário entregar previamente a anuência na Regional e esperar a autorização para início da pesquisa, em outras, a comunicação era direto com a gestora da unidade, sem precisar ser intermediada pela Regional correspondente. Após o acesso, algumas Coordenadoras/DNI solicitavam a anuência, outras não solicitaram nenhum documento.

O número de visitas variou de acordo com a unidade. Na maioria dos casos, após

a primeira visita, a pesquisadora tinha livre acesso e pode combinar as datas e horários diretamente com os profissionais, sem ser necessário comunicar à coordenação.

2.2 Participantes e Lócus

De modo geral, participaram diretamente das pesquisas 30 profissionais membros das equipes de saúde estudadas, sendo eles: 3 Assistentes de Saúde Bucal (ASB), 5 médicos, 5 dentistas, 5 enfermeiros e 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição dos participantes por equipe

	Equipe 1			Equipe 2			Equipe 3			Equipe 4			Equipe 5		
	Estudos			Estudos			Estudos			Estudos			Estudos		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
ACS	2	2	2	4	3	4	2	2	3	1	1	1	2	2	2
ASB	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1
TE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dentista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Médico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	5	5	5	7	6	7	5	5	7	5	5	5	6	6	6

De modo informal, participaram também as cinco coordenadoras das unidades, três DNI, profissionais de outras equipes, tercerizados das unidades (seguranças e serviços gerais) e alguns pacientes que estavam na sala de espera. A seguir, será apresentada uma breve caracterização de cada UAPS e das equipes estudadas.

a) Unidade e equipe I - referência

A unidade I, que fica localizada no bairro *Central*, faz parte da Regional A e é considerada uma das maiores unidades de saúde do município. Conta com 16 consultórios médicos e cinco consultórios odontológicos, todos equipados com ar

condicionado, mobiliário e computador e um auditório com capacidade para mais de 100 pessoas.

A unidade é referência no atendimento especializado, configurando-se como suporte para os alunos dos cursos de saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Também recebe alunos e preceptores do Hospital Infantil Albert Sabin que possui um posto na unidade, com atendimentos duas vezes por semana.

Atualmente, conta com 6 equipes, sendo 4 completas. A unidade possui 1 NASF completo e 2 residentes de saúde da família. A coordenadora atual é dentista e enfermeira e está no cargo há poucos meses, mas conta com a ajuda da DNI que está há mais de 7 anos na unidade e possui mais de 20 anos de experiência em UAPS.

A equipe é denominada “Equipe marrom” e é responsável por uma população, em média, de 4.000 habitantes, dividida em microáreas, com uma população de nível socioeconômico baixo. Conta com um médico, uma enfermeira, um dentista, uma ASB, uma técnica em enfermagem e quatro agentes de saúde. A idade média é 43 anos, variando de 39 a 48 anos. O tempo médio de trabalho na unidade é de 10,6 anos e de trabalho na atenção primária, 14 anos. Além de ser uma média alta, todos os entrevistados possuem pelo menos 10 anos de experiência na atenção primária. Sobre o vínculo, todos são estatutários, ou seja, entraram na unidade por meio de concurso ou seleção pública. No entanto, nem todos que compunham a equipe à época da pesquisa participaram das entrevistas e demais técnicas da pesquisa. A Tabela 3 mostra as características sociodemográficas e laborais dos participantes.

Tabela 3

Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 1

	Sexo	Idade (anos)	Tempo APS (anos)	Tempo na U3 (anos)	Vínculo	Possui outro trabalho	Escolaridade	Estado civil/ Filhos
ACS1	F	39	11	11	Estatutário	Não	Téc.Enf.	Divorciada 2 filhos
ACS2	F	48	11	11	Estatuário	Não	Médio	Casada 2 filhos
Dentista	F	43	15	13	Estatutária	Não	Esp. em Saúde Coletiva	Casada 1 filho
Enferm.	M	43	18	13	Estatutária	Tecnólogo da informação	Esp. Homecare e terapia alternativa Doutorando em saúde coletiva / Resid.Medicina da Família e pediatria	Casado 2 filhos
Médico	M	42	15	5	Estatutário	Professor substituto UECE		Casado 3 filhos

b) Unidade e equipe II - referência

A unidade 2 fica localizada no bairro *Oeste* e pertence a Regional *B*. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada nessa Unidade de Saúde em agosto de 2006 com duas equipes. Em 2013 passou por uma ampla reforma que expandiu o número de consultórios e a capacidade de atendimento. Atualmente, conta com três equipes completas de ESF para uma população média de 11.300 habitantes e cerca de 3.000 famílias, estando 100% coberta por agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade, na gestão das coordenadoras anteriores, já havia obtido duas certificações do selo bronze (2013/2015). A coordenadora atual é enfermeira com atuação na área de saúde mental e está há poucos meses no cargo.

A unidade também recebe alunos da residência médica em Medicina da Família da Universidade Federal do Ceará. Além disso, realiza vários grupos para diabéticos (linhas de cuidado), tuberculose, gestantes, dentre outros.

A equipe estudada é denominada por números e, em alguns momentos, como “Equipe azul” e tem uma população, em média, de 4.200 habitantes, dividida em 6 microáreas, sendo uma de maior risco e as restantes de menor, o que caracteriza a população como de nível socioeconômico razoável. Conta com um médico, uma enfermeira, um dentista, uma ASB, uma técnica em enfermagem e seis ACS. A idade média é de 47,2 anos, variando de 35 a 60 anos. O tempo médio de trabalho na unidade é de 7,4 anos e de trabalho na atenção primária é de 12,8 anos. Além de ser uma média alta, todos os entrevistados possuem pelo menos 9 anos de experiência na atenção primária. Sobre o vínculo, todos são estatutários, ou seja, entraram na unidade por meio de concurso ou seleção pública. Como no caso anterior nem todos os componentes da equipe participaram da pesquisa, a Tabela 4 mostra as principais características daqueles que participaram.

Tabela 4

Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 2

	Sexo	Idade (anos)	Tempo APS (anos)	Tempo na U3 (anos)	Vínculo	Possui outro trabalho	Escolaridade	Estado civil/ Filhos
ACS1	F	56	9	9	Estatutário	Não	Médio	Solteira
ACS2	F	60	9	2	Estatuário	Não	Médio	Divorciada 2 filhos
ACS3	F	35	10	6	Estatutária	Não	Médio	Casada 1 filho
ACS4*	M	51	10*	5	Estatutário	Não	Médio	Casado 3 filhos
Dentista	M	47	19	14 e 2 (equipe)	Estatutária	Não	Esp.em Saúde da Família	Casado 1 filho
Enferm.	F	44	20	5 e 3 (equipe)	Estatutária	Plantão	Esp.em Saúde Pública	Casada 1 filho
Médico	M	38	13	11	Estatutário	Clínica particular	Resid. Saúde da Família	Casado 1 filho

(*) O ACS4 iniciou o trabalho como agente de saúde (prestador de serviço) em 1994, mas passou apenas dois anos. Depois disso, apenas em 2009, voltou a trabalhar como agente.

c) Unidade e equipe III

A unidade 3 fica localizada no bairro *Leste* e pertence à Regional C. Em 2014, passou por uma reforma que expandiu os serviços como, farmácia abastecida com medicamento da Atenção Primária, oferta diária de exames laboratoriais e atendimento médico à demanda espontânea e programada.

Com uma população geral de quase 18.000 pessoas, atualmente, conta com quatro equipes completas de ESF. A coordenadora atual está há quatro anos no cargo. A unidade também recebe alunos de graduação de universidades privadas, em especial do curso de nutrição. Além disso, realiza alguns grupos com foco na comunidade.

A equipe é denominada como Coité 1 e tem uma população adscrita, em média, de 4.550 habitantes. Conta com uma médica, uma enfermeira, um dentista, uma ASB, uma técnica em enfermagem e três ACS, sendo todas mulheres. A idade média é de 40 anos, variando de 30 a 60 anos. O tempo médio de trabalho na unidade é de 7,1 anos e de trabalho na atenção primária é de 12,8 anos. Além de ser uma média alta, todos os entrevistados possuem pelo menos 4 anos de experiência da atenção primária. Sobre o vínculo, a maioria é estatutário, com exceção da dentista que é celetista e a médica que faz parte do Programa Mais Médicos (PMM). A Tabela 5 mostra as características dos componentes da equipe que participaram da pesquisa.

Tabela 5

Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 3

	Sexo	Idade (anos)	Tempo APS (anos)	Tempo na U3 (anos)	Vínculo	Possui outro trabalho	Escolaridade	Estado civil/ Filhos
ACS1	F	40	9	9	Estatutário	Não	Biologia, Esp. Saúde Pública e Educação	Solteira
ACS2	F	42	9	9	Estatutária	Não	Médio	Solteira
ACS3	F	35	10	6	Estatutária	Não	Médio	Casada 1 filho

ASB	F	30	4	4	Estatutária	-	-	-
Dentista	F	60	35	7	Celetista	Não	Superior	Casada 3 filhos
Enferm.	F	42	18	13	Estatutária	Plantão	Esp. Saúde da Família	Casada 2 filhos
Médica	F	32	4,5	2	Programa Mais Médicos	Clínica particular	Resid. Dermatologia	Casada 1 filho

d) Unidade e equipe IV - referência

A unidade IV fica situada no bairro *Norte* e é considerada referência pela regional, principalmente no que diz respeito à integração dos profissionais com as residências multiprofissionais da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Além disso, recebe alunos (internos de medicina, alunos da nutrição e enfermagem) de diversas faculdades e universidades particulares de Fortaleza. Também conta com um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que contempla profissionais de nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social e terapia ocupacional. Em relação ao atendimento, possui foco nas seguintes demandas: controle de tabagismo, tratamento da tuberculose, saúde da família, clínico geral, ginecologista, tratamento da hanseníase, agentes comunitários de saúde, pré-natal/parto e nascimento.

A unidade passou por uma ampla reforma em 2013 e conta com nove consultórios e quatro equipes. Localiza-se em uma região litorânea, com casas construídas em morros e terrenos abandonados. A população é, em sua maioria, socioeconomicamente desfavorecida. A coordenadora trabalha na unidade há cinco anos e já atuou em outra unidade anteriormente, é dentista com experiência em atenção primária (APS) desde 2006.

A equipe conta com cinco membros, sendo um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de saúde bucal e uma agente de saúde, sendo a única equipe com apenas um agente. A média de idade é de 41,4 anos, variando de 29 a 49 anos. Já a média de tempo na APS é de 10,7 e na unidade 6,7 anos. O profissional com menos

tempo na unidade é o médico, mas que, mesmo assim, apresenta um bom tempo na unidade, quase 3 anos. Sobre o vínculo, a maior parte é estatutário, menos o médico que entrou via seleção do Programa Mais Médicos (PMM). A dentista, que ocupa um cargo informal de liderança, possui mestrado em saúde pública (2019) e atuou em cargo de gestão na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por cinco anos, retornando às atividades no posto em 2017. A Tabela 6 mostra as principais características dos componentes dessa equipe que participaram da pesquisa.

Tabela 6
Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 4

	Sexo	Idade	Tempo na APS (anos)	Tempo na U4 (anos)	Vínculo	Possui outro trabalho	Escolaridade	Estado civil/ Filhos
ACS	F	49	11	7	Estatutário	Não	Direito e esp. em vigilância no trabalho	Solteira
ASB	F	41	4	4	Estatutária	Não	Curso ASB	Solteira
Dentista	F	41	19	13	Estatutária	Não	Esp.em Neonatal	Casada 2 filhos
Enferm.	F	47	16	7	Estatutária	Plantão	Esp.em Saúde Pública	Divorciada 2 filhos
Médico	M	29	3,5	2,5	PMM	Não	Superior completo	Solteiro

e) Unidade e equipe V

A unidade 5, que foi reformada em 2014, fica locada na Regional A e conta atualmente com três equipes de saúde completas. A população geral é de 23.241 habitantes, mas a população adscrita é de 7.780. A população possui, na grande maioria, uma situação socioeconômica razoável, não se configurando como extremamente precária ou desfavorecida.

No momento da realização da pesquisa, a coordenadora, que possui formação em veterinária, estava no cargo há menos de seis meses e estava gestante, com previsão

de licença para dezembro de 2019. Juntamente com ela, trabalha uma DNI que auxilia nas questões administrativas e já está há mais de cinco anos na unidade. A unidade também recebe alunos de enfermagem da UECE e da Universidade Federal do Ceará (UFC). Além disso, realiza grupos para diferentes públicos, como para gestantes e diabéticos.

A equipe estudada é composta por seis membros, sendo um médico, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de saúde bucal e dois agentes de saúde, com população adscrita de 1.406 habitantes. A idade média é de 42,6 anos, variando de 24 a 67 anos. O tempo médio de trabalho na unidade é de seis anos, quase o mesmo tempo de experiência em atenção primária que é de 6,4 anos. Apesar de ser uma média alta, nota-se uma discrepância em relação ao tempo de trabalho na unidade da maioria, que é de nove anos, em relação ao médico, que é de poucos meses. Sobre o vínculo, a maior parte da equipe são empregados estatutários, ou seja, entraram na unidade por meio de concurso ou seleção pública. A Tabela 7 mostra as características dos componentes dessa equipe que participaram da pesquisa.

Tabela 7
Caracterização dos participantes da equipe da Unidade 5

	Sexo	Idade	Tempo na APS (anos)	Tempo na U5 (anos)	Vínculo	Possui outro trabalho	Escolaridade	Estado civil/ Filhos
ACS1	M	34	9	9	Estatutário	Pastor e comércio	Superior história e teologia	Casado 1 filho
ACS2	F	59	9	9	Estatutário	Não	Superior em filosofia	Solteira
ASB	F	34	4	4	Estatutária	Não	Curso ASB	Casada
Dentista	F	67	7	5	Estatutária	Não	Esp.em Neonatal	Viúva 2 filhos
Enferm.	F	38	9	9	Estatutária	Plantão	Esp.em Saúde	Casada 2 filhos
Médico	M	24	0,6	0,2	Programa Médico Fortaleza	Não	Cursando esp. PMF	Solteiro

O médico é recém-formado em uma universidade particular de Fortaleza e ingressou na unidade por meio de uma seleção do Programa Médico Fortaleza, uma versão local do Programa Mais Médicos, com edital lançado pela prefeitura em 2019. O programa configura-se como uma Pós-graduação *latu sensu* e tem como objetivo oferecer uma formação mais consistente para a atenção primária por meio de uma formação teórico prática.

2.3 Método dos Estudos

De modo geral, os estudos compreendem os mesmos participantes, apresentando algumas variações, principalmente entre o Estudo III e IV. A coleta de dados aconteceu de forma variada, em alguns momentos foram aplicados todos os instrumentos simultaneamente em um mesmo participante e, em outros, foram aplicados separadamente, o que dependeu do tempo disponibilizado pelos participantes e pelos gestores e da dinâmica da unidade. Todos os profissionais que participaram de pelo menos um estudo, responderam a um questionário sociodemográfico (Apêndice 1). Em todas as unidades, foram realizadas pelo menos seis visitas, tendo unidades que foram visitadas oito vezes. Em todos os casos a primeira visita visou conhecer o espaço físico das unidades e mapear os próximos passos da pesquisa. O método específico de cada um dos estudos, instrumentos e procedimentos, é apresentado juntamente com os estudos correspondentes.

2.4 Aspectos Éticos dos estudos

A preocupação com os princípios éticos esteve presente durante toda a construção da tese que foi desenvolvida respeitando as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e com o devido consentimento livre e esclarecido dos

participantes. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza- UNIFOR por meio de Parecer Consubstanciado nº 3.300.647 (Anexo 2). Para a submissão ao Comitê de Ética, bem como para a inserção nas unidades de saúde, foram necessárias as anuências da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) (Anexo 3).

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, o caráter sigiloso de seus dados e o risco mínimo que sua participação pode causar, tendo o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Nos casos de aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4) e solicitado aos participantes que o assinassem.

3 ESTUDO I - A INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO NAS EQUIPES DE SAÚDE

De modo geral, o trabalho na ESF é composto por especificidades que se relacionam ao contexto social, ambiental, político e organizacional (Bracarense et al., 2015; Simões & Freitas, 2016). Assim, além dos fatores estruturais e internos, as condições de trabalho são influenciadas por fatores externos, tais como disponibilidade de recursos, restrições financeiras e políticas, sendo esses elementos considerados determinantes para o desenvolvimento dos processos colaborativos (D'Amour et al., 2008).

Todavia, o que parece prevalecer são as barreiras vivenciadas pelo profissionais envolvidos, que trabalham “apagando incêndio”, sendo esta realidade também retratada por outros estudos realizados com equipes da atenção básica (Baldani et al., 2005; Oliveira & Rozendo, 2009; Ribeiro & Batista, 2019). O termo faz referência às inúmeras dificuldades encontradas para a realização do trabalho, como as questões contratuais, organizacionais e sociais.

Em relação ao contrato de trabalho, existe uma tentativa de reorganização do modelo de cuidado, com vínculos trabalhistas mais estáveis que aparecem como uma necessidade para a permanência dos profissionais na ESF, melhorando também o desempenho e as ações de saúde (Mendonça et al., 2010). Na pesquisa de Mendonça et al. (2010) observou-se uma “desprecarização dos vínculos de trabalho” na estratégia de saúde da família, na medida em que predominaram os vínculos estatutários entre alguns profissionais, atingindo a média de 80% em quase todos os municípios estudados.

De modo complementar, para Simões e Freitas (2016), a seriedade do processo seletivo por concurso e a forma de contratação estatutária propiciou sentimentos de satisfação e orgulho nos ACS, que reconhecem o trabalho como uma conquista exitosa. Nos últimos anos, essa realidade contou com a criação dos programas de provisão de médicos e, anteriormente, enfermeiros para a AB, como o PMM, PROVAB e PMF.

Por um lado, observa-se um maior engajamento do Governo Federal em detrimento das prefeituras, diminuindo os atrasos nos pagamentos e garantindo a provisão de médicos em várias regiões que antes eram descobertas (Baião, 2016). Por outro, percebe-se que existe uma instabilidade e precariedade nas relações de trabalho propostas pelos programas, já que levam à rotatividade dos médicos nas equipes da ESF, o que afeta a continuidade do trabalho coletivo e compromete o estabelecimento do vínculo e do cuidado com a população.

Além do distanciamento do vínculo profissional-equipe-comunidade, observa-se também a provisão de médicos inexperientes, muitas vezes, despreparados para atuar na AB, nas demandas e suas diversas atividades (Baião, 2016; Duncan & Targa, 2014; Guarda, Silva, & Tavares, 2012; Santos, Costa, & Girardi, 2015).

Por essas e outras razões, a sobrecarga de trabalho configura-se como um dos grandes entraves dos profissionais da AB, englobando questões como equipes incompletas, cobertura da população adscrita, condições de infraestrutura precárias, dentre outros. Na teoria, as equipes devem estar completas, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde sobre a composição das equipes (2011), como por exemplo, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que prevê que o número de agentes de uma equipe deve ser suficiente para cobrir totalmente sua população adscrita, com um número máximo de 750 pessoas por agente.

As condições físicas e materiais também aparecem como desfavoráveis, sendo apontadas como os principais problemas vivenciados pelas equipes de saúde abordados pela literatura, mesmo com as orientações da Portaria nº 2.488/2011 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sobre os critérios de infraestrutura necessários para o funcionamento das UAPS. No estudo de Simões e Freitas (2016), a dificuldade de esterilizar materiais por falta de uma autoclave impede a realização de curativos nos pacientes. Farah, Dutra, Sanhudo e Costa (2017) destacam que as adversidades encontradas no cotidiano dos serviços também atingem enfermeiros supervisores que as consideram difíceis de serem superadas, dentre elas infraestrutura inadequada, insuficiência de material, pessoal, equipamentos e insumos. Para Bracarense et al. (2015) a escassez de materiais para o desenvolvimento do trabalho acaba por dificultar ou impedir o cumprimento das diretrizes propostas, como a integralidade e a promoção da saúde.

Além disso, o estudo realizado por Lima, Silva, Soares, Souza e Souza (2010) identificou que os profissionais, em especial os agentes, ficam expostos à luz solar em horários críticos, várias horas por dia, o que representa um risco elevado para a saúde. O uso do filtro solar, bem como de roupas e acessórios apropriados (bonés ou chapéus), protege os trabalhadores da exposição ao sol, porém não existe uma legislação que obrigue o fornecimento desses materiais, contribuindo, assim, para o aumento do risco de câncer devido à contínua exposição ao sol (Lima et al., 2010; Pinheiro, Medeiros, Valença, Dantas, & Santos, 2019). Apesar disso, o Ministério da Saúde (MS, 2002) estabelece como equipamentos básicos para a realização do trabalho dos ACS: o uniforme, o crachá de identificação, as fichas de informação da atenção básica, a balança, o cronômetro, o termômetro, a fita métrica e o material educativo.

Soma-se a isso, as questões sociais dos usuários que são evidenciadas pelas desigualdades sociais e diferentes oportunidades existentes em nossa sociedade, que dificultam o acesso ao sistema de saúde, a continuidade do tratamento e a condição de saúde da população adscrita (Cajazeiras et al., 2019; Frutuoso, Mendes, Rosa, & Castro-Silva, 2015; Pinheiro, Ribeiro, Fiuza, & Junior, 2019; Simões & Freitas, 2016). Em seu estudo realizado em uma UAPS de Fortaleza-Ceará, Cajazeiras et al. (2019) destacam que as principais razões que contribuem para dificultar o acesso da população à unidade são: a violência urbana, caracterizada pela disputa entre facções relacionadas ao tráfico de drogas, baixo nível de instrução dos usuários, altas taxas de desemprego e a violência domiciliar.

Para Mendonça et al. (2010), a atuação nesses territórios prejudica o trabalho das equipes causando estresse e exigindo dos profissionais o desenvolvimento de habilidades e competências para lidar com os diferentes problemas de saúde e as diversidades socioeconômicas da população.

Em meio a tantas questões, políticas como o NASF, a DESP e programas de provisão de médicos como o PMM e o PMF são criados como estratégias de melhorias para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde, bem como para o aumento da resolutividade das ações na AB (Ribeiro & Batista, 2019). Entretanto, conforme apresentado, as condições de trabalho aparecem como entrave para a implantação e consolidação dessas iniciativas, em virtude de elementos como a precarização dos vínculos laborais, condições precárias de infraestrutura e disponibilidade de materiais, sobrecarga de trabalho, falta de incentivo aos trabalhadores, dentre outros (Baldani et al., 2005; Mendonça et al., 2010; Oliveira & Rozendo, 2009; Rocha, 2005; Tomasi et al., 2008).

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer o ambiente e as condições de trabalho nas quais as equipes de trabalho estão inseridas.

3.1 Método

Tipo de estudo

O estudo inicial que compõe a tese é uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

Participantes

Participaram do estudo 28 profissionais membros das equipes de saúde estudadas, sendo eles: 2 ASB, 5 médicos, 5 dentistas, 5 enfermeiros e 11 ACS. Os participantes foram descritos detalhadamente no item 2.2.

Instrumentos e Procedimentos

Foram realizadas observações, conversas informais e entrevistas. Estas aconteceram durante as visitas, em horários e dias distintos, para abranger diferentes realidades. A observação como técnica de coleta de dados empíricos possibilita o contato direto do pesquisador com o objeto de estudo, bem como o acompanhamento das experiências diárias dos indivíduos e a apreensão dos significados atribuídos à realidade. O pesquisador atua como observador e relaciona-se com os envolvidos por meio da observação informal do seu cotidiano e das suas vivências (Lima, Almeida, & Lima, 1999).

Para tal, utilizou-se um diário de campo para registro das observações realizadas e das conversas informais com pacientes, profissionais terceirizados (serviços gerais, segurança, NAC, farmácia, imunologia), profissionais de outras equipes, coordenadores, DNIs, dentre outros. Em alguns momentos, foi possível participar de

consultas, reuniões e grupos, dependendo da disponibilidade dos profissionais e da dinâmica da unidade.

Para a entrevista com os membros das equipes, foi utilizado um roteiro semiaberto, com as seguintes perguntas disparadoras: “Fale sobre as suas condições de trabalho” e “Quais as principais dificuldades e facilidades no que se refere ao desenvolvimento das funções laborais?” (Apêndice 2). No momento das perguntas era explicado ao participante que as condições de trabalho englobam desde a infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos disponíveis na unidade até os aspectos organizacionais (contratações, rotatividade, demanda, jornada etc.).

Os dados foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo temática de Bardin (1977), que, como o próprio nome sinaliza tem no tema o seu ponto central, preocupando-se em descobrir os núcleos de sentido que fazem parte do texto. Assim, as entrevistas seguiram um plano de análise, previamente delineado e dividido nos seguintes processos: categorização (divisão do conteúdo em partes e, posteriormente, em categorias); descrição (descrição do resultado da categorização), inferência (inferências dos resultados) e interpretação (atribuição de significados e interpretação dos resultados finais).

3.2 Resultados

Nesta parte são apresentados os resultados das observações e análise das entrevistas realizadas com os membros das equipes das cinco unidades de saúde. Em seguida, é apresentada uma discussão com base nas categorias que emergiram nas análises. São apresentados os fatores que dizem respeito às condições gerais de trabalho das unidades, que, de alguma maneira, impactam na forma como as equipes desenvolvem suas atividades laborais.

Por apresentarem discursos convergentes e condições de trabalho semelhantes, os resultados são apresentados por categorias temáticas e não por unidade. As categorias foram criadas *a posteriori* a partir dos conteúdos comuns que emergiram durante as entrevistas, sendo elas: 1) Vínculo, contratação e experiência; 2) Demanda da área adscrita/violência, 3) Condições físicas e materiais; 4) Demanda espontânea (DESP) e 5) Relação com a comunidade.

3.2.1 Vínculo, contratação e experiência.

A grande maioria dos profissionais entrevistados são estatutários, ou seja, entraram na unidade via concurso público, os demais possuem vínculos celetistas ou ingressaram via seleção do Programa Mais Médicos ou pelo Programa Médicos Fortaleza. Todos os profissionais das unidades 1 e 2 eram estatutários.

É possível observar o orgulho dos participantes em serem estatutários, sendo esse vínculo reconhecido pelas coordenações. “Eu entrei na equipe que não tinha médico, aí a coordenadora anterior: ‘você é concursada, não tem rotatividade, como você é mesmo para ficar, fica na equipe do Dr. S, porque ele também é para ficar’” (Enfermeira - U2). Além disso, observa-se uma valorização dos profissionais em relação às equipes que são completas: “Aqui como somos seis enfermeiros, estamos até bem de vida, comparado a outros postos” (Enfermeiro – U1).

Em relação ao vínculo e forma de contratação, chamou a atenção o modo como os agentes de saúde respondem à questão sobre sua forma de contratação. Apesar de todos se considerarem concursados, sempre destacam que isso só se tornou possível após uma mudança no regime da gestão anterior à atual: “Foi seleção pública do município, posteriormente, os ACS viraram estatutários” (ACS2 – U2); “O concurso foi em 2006, na época era seleção e depois a gente mudou o regime” (ACS3 – U2); “Entre

como seleção pública e depois passou a ser estatutária. Desde 2012” (ACS1- U4), “Sou estatutário, fiz concurso e sou servidor do município” (ACS1 – U5).

Observa-se que as falas são permeadas por orgulho, principalmente em relação ao termo “estatutário”, o que faz com que, na maioria das vezes, o vínculo empregatício se configure como um motivo para a permanência na profissão. Apesar disso, não conseguem se restringir a ela, em virtude dos baixos salários recebidos. Esse fato pode ser observado principalmente entre os ACS que possuem outra formação ou ocupação. Foram encontrados profissionais com formação em direito, história e teologia, biologia, curso técnico em enfermagem, cursos de pós-graduação, mestrado, doutorado e especialização, bem como pequenos empreendedores.

Alguns participantes relataram conciliar as duas profissões, o que pode estar relacionado com o horário de trabalho flexível e a jornada de seis horas corridas, em especial os ACS. Em algumas unidades, os ACS trabalham com intervalo, o que dificulta realização de outras atividades. Mesmo assim, ainda sonham com melhores oportunidades: “Meu objetivo era concurso, né? Aí por uma série de barreiras que aconteceram, aí não tinha muito tempo e deixei um pouco para lá” (ACS1 – U4).

Em relação à permanência dos profissionais, destacam-se os discursos sobre a rotatividade do médico como um entrave para a realização do trabalho: “O que acho que facilita é a pouca mudança dos profissionais que compõem as equipes aqui no posto, então isso para mim é um ponto facilitador” (Dentista – U1). Ao se referir à médica, a ACS1 (U3) ressalta: “atualmente estamos com a Dra. J.”, indicando que o vínculo da médica não é efetivo, já que ela faz parte do PMM. Os participantes relatam pelo menos uma consequência para a população em vista da precarização do vínculo da médica: a dificuldade em estabelecer uma relação duradoura com ela. Afirmam: “que é diferente

daquele médico que é concursado há mais de 10 anos, então ele tem mais espaço para conhecer o paciente, já ela não tem” (ACS1 –U3).

Os profissionais reconhecem que a rotatividade é prejudicial aos pacientes e o termo “vínculo volátil” é usado pejorativamente para se referir a essa alta rotatividade. Destacam também que o maior impacto está na motivação para a realização do trabalho já que, muitas vezes, se sentem desestimulados, pelas dificuldades que encontram nas equipes incompletas.

Você está aqui hoje e amanhã não está, desestimula muito o profissional, então tudo isso tem que ser melhorado, tudo isso tem que ser revisto porque está tudo interligado, né? O profissional para trabalhar bem precisa estar se sentindo bem, precisa sentir estimulado, aí uma pessoa que está aqui e amanhã não está mais, qual o estímulo que ele tem para poder trabalhar bem e oferecer o melhor de si? né?! E para própria comunidade também que sofre com essa rotatividade grande de profissionais. Então tudo isso é problema, né? (Médica – U3)

A troca do profissional médico influencia o trabalho dos demais membros da equipe, que se cansam de estabelecer vínculos com vários profissionais diferentes “Médicos já mudou várias vezes, enfermeira também já mudou. E eu era muito acostumada com eles” (ACS1 –U4); “A minha equipe sempre foi a mais prejudicada, desde que entrei aqui. Tinha um médico que era servidor, aí pediu transferência e desde então sempre fica nesse pula-pula” (Enfermeira – U5); “Por exemplo, os únicos que permanecem, no caso, são os agentes de saúde e os enfermeiros, os médicos têm uma rotatividade maior” (ACS1 – U5), “Isso é péssimo, né? Pois só posso desenvolver meu trabalho até certo ponto, daqui para a frente eu preciso do colega, e quando não tem

a gente fica dependendo dos médicos das outras equipes, pedindo tipo favor, né?” (Enfermeira – U5).

A maior crítica está na dificuldade de permanência dos médicos que são oriundos de programas, já que só é previsto prorrogação de até 2 ou 3 anos (dependendo do programa).

Eu não sei direito, é como se fosse Mais Médicos, mas um pouco diferente, pois é uma pós-graduação. O nome é parecido, mas nem sei como é o nome que eles chamam, é Mais Médicos Fortaleza, uma coisa assim. A gente fez uma prova como pós-graduação *latu sensu*, que é trabalhando e estudando, aí é um ano e não sei se vai ter prorrogação. Talvez sim, talvez não. (Médico – U5)

Para os profissionais que se encontram há mais tempo na equipe, outro agravante é a pouca experiência dos médicos que nunca atuaram na atenção básica. Um ou dois anos não são suficientes para que o profissional esteja adaptado ao trabalho e conheça o território em sua totalidade. Assim, reclamam de um retrabalho todas as vezes que um novo profissional chega: “A profissão médica hoje, para a atenção da saúde da família, ela é bem difícil, bem difícil. Sempre os profissionais médicos vão buscar outras áreas né? A gente vive esse dano, né?” (ACS1 – U4). Além disso, destacam a insegurança que também se configura como um entrave “Um cara novo, se formou agora, natural ter uma insegurança?” (ACS1 – U5).

Por outro lado, acreditam que, apesar da rotatividade e da insegurança inicial, existe um lado facilitador de o médico ser oriundo de programas, pois sempre serão substituídos evitando a ausência prolongada do profissional, como destaca o ACS1 (U5) “Nós fomos uma equipe muito, assim, abençoada, pois sempre recebemos médicos novos, que veio do Mais Médicos, e a gente sabe que com o tempo fica mais cascudo,

mais tranquilo, mais relaxado, no bom sentido”. Outro ponto destacado é a dedicação exclusiva ao trabalho que os programas exigem, o que só foi observado em dois dos três médicos participantes do programa:

Não, facilita. Eu acho, eu acho pode ser que eu esteja errada. Eu acho, sabe por quê? Porque a maioria dos servidores do PMM é só PMM, ele está mais, eu acho, vou colocar aqui um pensamento, mais para o serviço e o servidor eu acho que a gente correria o risco dele ter outras coisas e não estar. Sei lá, enfim, não sei. Pode ser que eu esteja sendo preconceituosa. (Dentista – U4)

Em relação aos agentes de saúde, emergiram discursos sobre a falta de preparação para assumir o cargo. A maioria dos agentes não se sentiu preparado para assumir a função, não sabendo, em alguns casos, nem o que significava o trabalho do agente “Eu não sabia o que era ACS... No início sofri muito, para mim era tudo desconhecido... Eu trabalhava na caixa terceirizada dentro de uma sala, quando cheguei no posto e vi o povo eu me desesperei” (ACS1 – U2).

Aprendi na experiência mesmo, na vida mesmo, no porta a porta. Sabia nem o que era agente de saúde, nunca tinha passado um na minha porta (risos). Então eu não sabia. Aí a gente foi aprendendo mesmo “Valhaaa, como é isso?” foi vendo as meninas que já estavam, foram explicando. (ACS2 – U3)

Eu fiz a seleção e me jogaram lá, eu não tive nenhum tipo de preparação, foi com 6 ou 7 meses que a prefeitura trouxe aquele curso de técnico de agente de saúde, depois foi que a gente foi ter um norte, mas eles jogaram a gente, simplesmente, e vai! Eu aprendi a ser agente de saúde lá no outro posto, porque eu assumi lá. (ACS3 – U2)

3.2.2 Demanda da área adscrita/Violência.

A dificuldade em atender a demanda da área adscrita foi uma das queixas trazidas pelos entrevistados, o que pode ser observado no relato: “A quantidade, às vezes, está demais, entendeu? A minha área está crescendo muito e, às vezes, está todo mundo sobrecarregado. Eu mesma, já está com mais de 2 meses que não tenho visita com o médico” (ACS1 –U1). Essa dificuldade parece estar relacionada a diversos fatores, como: equipes incompletas e ou profissionais novos, capacidade limitada de atendimentos, localização e acesso à unidade; condições sociais e de saúde da comunidade, dentre outros: “Às vezes, em um trabalho assim, a gente se sente um pouco enxugando gelo. Às vezes, pega uma criança, ensina a escovar, diz que não é para comer bombom, tomar refrigerante, mas a condição socioeducativa da população é difícil” (ASB – U5); “A grande demanda, né? muitos pacientes, então, quando tem muito paciente acaba que sobra pouco tempo e tudo que você faz muito apressado, às vezes não tem qualidade, né? A pressa é a inimiga da perfeição” (Médica – U3).

A contratação de agentes para as equipes incompletas foi uma das principais questões abordadas nessa categoria, já que a falta do agente de saúde leva a não cobertura completa das áreas adscritas pela equipe. Apenas uma das equipes estava completa em relação à quantidade de agentes. A equipe 4, por exemplo, só possuía um agente para toda a população adscrita da equipe.

Aí, dentro da comunidade você não pode dizer “eu vou para minha microárea, que vocês são da área descoberta. Eu não posso dizer isso, né? Eu acabo indo lá, dando atenção, informando, perguntando o que quer. Aí, isso acaba interferindo no trabalho da minha microárea, porque eu acabo não atingindo as metas da minha microárea por conta dessas coisas. (ACS – U4)

Por outro lado, mesmo nas equipes com mais agentes, verifica-se a sobrecarga de trabalho: “A gente divide por área, pelas ruas, as demarcações. A demanda é muito grande, eu sou uma das que tem as áreas maiores, então é muita gente para acompanhar e eu não consigo. Eu estou com quase 900 pessoas” (ACS2 – U3). Apesar disso o trabalho das agentes é baseado em metas que estão relacionadas às visitas realizadas para cada perfil (hipertensos, diabéticos, crianças, idosos etc.) “Aí eu contei a situação e eles compreenderam, mas eu ainda estou batalhando até hoje para terminar” (ACS 4 – U4). Como estratégia é dada preferência aos grupos que são considerados prioridade como gestantes, idosos, crianças e diabéticos, ao final do mês, os dias livres são destinados aos outros grupos.

A localização da unidade também influencia a demanda, seja pela facilidade de acesso ou pela distância da comunidade: “Além da população ser muito grande, o posto fica em uma região muito acessível, próximo passam várias linhas de ônibus, o que faz com que pacientes de outras unidades de saúde procurem o posto por conta da acessibilidade” (Médica – U3).

Uma reclamação feita por alguns agentes de saúde é a distância do posto para a área adscrita, já que as visitas diárias são feitas a pé. Apenas as visitas com outros membros da equipe é que acontecem de carro: “Tem uns que tem a área mais longe. A minha é próxima da Bezerra, é mais longe um pouco. É a pé! E a gente vive situações, como assaltos, questão de celular. São as barreiras do trabalho, né?” (ACS4 – U2).

Os entrevistados também abordam a periodicidade das visitas domiciliares, que acontecem, na maior parte das vezes, quinzenalmente ou mensalmente. Para dar conta da demanda é necessário que as outras equipes estejam completas, para que não haja prejuízo na distribuição da área adscrita de cada equipe: “Passa longe de conseguir... Precitaria de mais gente, hoje está faltando dois médicos, então assim, daria para

quebrar mais ainda o território, ainda daria para abrir mais equipes, então a gente não consegue tomar de conta, né? Não consegue...” (Médico – U1).

Uma das coisas que eu acho mais difícil é, por exemplo, no dia de uma visita minha, eu tive visita em fevereiro, só vou ter em agosto. Quer dizer, eu tinha 12 acamados, morreram alguns. Então a pessoa recebeu a visita do Dr. em fevereiro e agora só em agosto. Nós somos seis agentes, aí começa do um, vai até o seis e depois volta. (ACS1 – U2)

A presença do NASF, ao contrário, foi vista como um elemento facilitador para o desempenho do trabalho, na medida em que ajuda a lidar com a demanda: “Um ponto facilitador da gente é ter o NASF, colabora demais. Ruim é quando eles retiram profissionais das unidades de saúde, a gente passou um bom tempo sem esses profissionais” (Dentista – U1). Por outro lado, a ausência de um NASF dentro da unidade é vista como um entrave: “Limitado dentro do que a gente tem acesso, pois não temos o NASF dentro da unidade, o acesso que a gente tem é com outro NASF, que na verdade são 3 ou 4 unidades que tem acesso lá” (Médico – U2); “Isso dificulta também, porque a gente fica sem ter como encaminhar para um nutricionista, porque no sistema não tem vaga, psicólogo é só quando a professora está aqui. E pelo sistema é muito complicado a atenção especializada” (Enfermeira – U3).

Além disso, reconhecem a dificuldade em conhecer os profissionais já que são encaminhados para outras unidades: “E como lá a gente nunca sabe quem está dentro do NASF, tinha um nutricionista, mas depois não está mais lá, acaba que com o tempo a gente acessa menos, pois a gente sabe que vai ser difícil” (Médico – U2).

Outro ponto abordado foi a dificuldade em acompanhar o paciente nos outros níveis de atenção, em especial, em relação aos encaminhamentos: “Quando você

encaminha um paciente para fazer alguns exames, tipo ultrassom, que não são feitos aqui. Isso vai para uma fila de espera que a sensação que dá é que não anda, que não tem vaga” (Enfermeiro – U1). Os profissionais reconhecem a dificuldade de acompanhamento dos pacientes que, por alguma razão, são encaminhados para os serviços de atenção secundária ou terciária, o que acaba esfacelando a prestação do serviço: “A gente consegue fazer até o nosso limite de AB e quando chega no limite, a gente encaminha e o paciente fica jogado num universo, num plano secundário, numa fila de espera terrível e ele volta para a gente” (Médico – U2); “Outro ponto dificultador, é essa interligação entre as redes, né? Entre as atenções, primária, secundária. Os pacientes meio que se perdem quando saem daqui, a gente fica sem saber o que aconteceu com eles” (Dentista – U1).

Além disso, a demora para conseguir uma vaga de consulta dentro da unidade acaba atrasando o processo de encaminhamento: “Hoje o médico da minha equipe se eu for marcar, não tem, eu tenho que esperar abrir de novo a minha agenda, que as agendas são abertas por período, né?” (Enfermeiro – U1).

Os participantes ressaltaram a dificuldade em lidar com questões sociais, como a carência e a violência nas comunidades, já que as unidades estão inseridas em regiões com populações, em grande parte, vulneráveis economicamente: “É uma das comunidades abrangidas aqui pelo posto mais carentes, com mais problemas sociais, mais vulneráveis” (ACS – U4); “É muita gente, tem muita invasão, as pessoas pegam um terreno vazio e constrói a casa, aqui tem muito disso, e acaba vindo aqui para o posto. Como é só uma dentista por equipe, acaba, de certo modo, tendo deficiência” (ASB –U4).

Assim, fica clara a ocorrência da violência, já que algumas comunidades são marcadas pela presença de facções, drogas e altos índices de violência doméstica.

Observa-se que os participantes se sentem impotentes frente a essa violência: “Tem as complicações clínicas mesmo, mas aí tem complicações sociais que é pior de se trabalhar, é mais difícil. Tem uma gestante que é junta com um traficante, tem coisas aqui que você se sente desse *tamanhozinho* como profissional (Médico – U1); “A violência é muito presente e, às vezes, a gente discute casos que mexem com o psicológico da população. Violência, droga, a questão do lixo também é muito...” (Médico – U4).

A violência também faz com que os participantes tenham medo e, até mesmo, receio de andar em algumas áreas, mesmo sentindo-se respeitados pela comunidade: “O máximo que eu tenho medo é de alguém entrar aqui e levar minha bolsa, mas já vivi realidades muito piores, onde eu trabalhava morreram num sei quantos, eram muitos conflitos, muito angustiante” (ACS3 – U2).

Por outro lado, houve relatos sobre um adicional ao salário por causa do trabalho em área de risco, que chega ao valor de R\$ 1.000,00. O ganho adicional está condicionado ao trabalho em áreas que além de serem litorâneas, ficam em morros e envolvem possíveis desabamentos, sendo encontrado apenas em uma unidade (U4).

Trabalhar aqui é bem melhor [em relação ao outro posto que trabalhava], porque é menos equipe e a gente ganha por área de risco, eu ganho mais aqui. (...) É uma gratificação. Todos os profissionais, enfermeiro, dentista e médicos, agora os agentes de saúde eu acho que não. (Enfermeira – U4)

Chama atenção o fato dos agentes de saúde que são os mais afetados por essas condições de trabalho, não receberem o adicional.

3.2.3 Condições físicas e materiais.

A maioria das unidades possuem condições físicas semelhantes, sobressaindo os relatos sobre a precariedade nas instalações, mesmo após as reformas que foram realizadas em todas as unidades estudadas. Assim, a principal queixa de todos os entrevistados é a falta de infraestrutura física para a realização do trabalho, tanto para a equipe como para a população, conforme afirmado pelos entrevistados: “Por exemplo, a reunião de tabagismo, a gente faz aqui na sala, porque não tem sala, aqui é a maior sala. E mesmo assim, quando tem 10 pessoas aqui, já dificulta, abaixa as cadeiras (odontológicas) aqui, mas é ruim” (Dentista – U2); “Hoje em dia, a estrutura do posto é o que mais está prejudicando o nosso trabalho” (ACS2 – U3); Em relação à infraestrutura, destacam a precariedade das instalações: “É bem limitado, né? Se desse para tu filmar, aí dava para ver, é tudo rachado, teto caindo, um dia eu estava atendendo, aí caiu um pedaço do forro atrás da paciente, a menina tomou um susto, eu tomei um susto, aí estava passando uma baratinha outro dia ali” (Médica – U3); “A questão de infiltrações, já chegou a acontecer de filmarem, colocarem até no grupo uma goteira, uma goteira não, mais que goteira, quase um riacho” (Médico – U4).

O médico da U2 relata que recebeu uma paciente idosa cadeirante que precisou ser atendida na área externa da unidade “ela vinha andando, mas agora está piorando e veio na própria cadeira de rodas enorme, aí ela não passou na sala e eu tive que fazer a consulta dela aqui fora. Ainda bem que tinha teto, né?”.

São relatadas também a falta de salas, computadores e carros para visitas: “A gente faz uma visita quando chega aqui para registrar, não tem computador, está tudo ocupado. A gente pega outro dia, outro dia não dá e várias vezes, incansavelmente isso acontece” (Enfermeira – U4); “De estrutura mesmo é falta de espaço, você viu o tumulto essa sala, todo mundo quer essa sala. Ela é de estudo, mas acaba se tornando

consultório, então uma coisa muito importante que é planejamento, reunião, acaba sendo afetado” (Dentista – U4). As insatisfações também acometem os usuários que, de acordo com o médico da U4, reclamam sobre a falta de ventilação e calor. Mesmo assim, ressalta que a unidade oferece um bebedouro com água e uma televisão na área de espera (que estava quebrada na época da pesquisa): “Quando chegam no consultório eles até que relaxam e lá fora é um calor muito grande”.

Como exceção, a U1 é espaçosa e possui melhores instalações (mesmo com várias infiltrações e salas interditadas), sendo a única unidade pesquisada que possui uma sala exclusiva para os agentes de saúde, nas demais unidades os agentes não possuem sala e utilizam a copa, a sala de outros profissionais e até mesmo da coordenação quando disponíveis. Em relação aos participantes da U1, as condições físicas da unidade são vistas como positivas por todos, principalmente o espaço físico e os consultórios.

Eu vejo nossa unidade bem diferente das outras, pelo espaço físico que é muito amplo, cada profissional tem seu consultório, na maioria das vezes. É uma unidade que contém alguns outros serviços, tipo, tem um auditório, tem sala de fisioterapia, nós temos a vantagem de ser uma unidade escola da UECE.
(Enfermeiro – U1)

Assim, de acordo com o enfermeiro, as condições de infraestrutura também são influenciadas pela relação que a unidade possui com a universidade.

De modo geral, também foi relatada a falta de salas com computadores disponíveis nas unidades: “Como computador, você viu aquela “ruma” de gente? O pessoal “desimpacientes” foram embora. Pois não tem para a gente fazer, sala da gente não tem computador. A gente tem que vir aqui dentro procurar” (ACS1 – U1); “Esse

negócio do computador é um problema, às vezes acontece conflito. Porque um quer usar, você senta lá para fazer um cadastro que é uma coisa urgente, aí ele diz 'você sabe que hoje é dia da nossa equipe!'" (ACS4 – U2); "Sem computador a gente fica procurando salas vizinhas para poder resolver" (Dentista – U3), o que prejudica o cadastro das visitas diárias.

Como estratégia para que todos possam usar os computadores, alguns profissionais (U1, U2 e U3) fazem rodízios, mesmo assim ainda encontram dificuldades: "Nesse mês está tranquilo porque a gente está com duas médicas de férias, enfermeira de manhã e tarde, mas, quando está todo mundo a gente tem que revezar sala, usar a coordenação, então fica complicado" (Enfermeira – U3). A falta de manutenção dos computadores também foi relatada "Eu acho que às vezes, até tem, só que falta um pouco de manutenção, por exemplo, a questão dos computadores, o meu está com o *mouse* danificado e eu tive que comprar um" (Enfermeiro – U1).

Em relação às condições materiais, os participantes descrevem o cenário como "oscilante", já que além de depender da época, depende também do tipo e finalidade. De modo geral, existe disponibilidade de insumos e medicamentos para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais, mesmo que com eventuais faltas: "Isso daí é uma coisa meio que pontual, tem um período que a gente está menos abastecido, tem período que a gente está bem. Agora eu não tenho do que me queixar, a gente está bem" (Dentista – U1); "Claro que existe algum período mais crítico que falta, por exemplo, medicações para hipertensos e diabéticos, são períodos pontuais, não uma constância" (Enfermeiro – U1); "Tem aqueles problemas sistêmicos quando falta em todos os postos, aqui também falta. Mas, de um modo geral, está bom. Às vezes falta, por exemplo, luva, aí está faltando em todos os postos, aqui também falta [risos]" (Dentista – U2); "Tem 4 anos que eu estou aqui, né? Já foi bem crítico logo que a gente chegou. Mas, de maio do

ano passado para cá, a gente está atendendo normal, sem problemas. Já faltou muito, ultimamente está bem controlado” (ASB –U4); “No momento posso te dizer que muito boa, não está faltando nada. Já está com um ano, né? Mas, já passou mais de um mês sem anestésico, compressor já passou 3 meses quebrado” (Dentista – U5).

Em alguns momentos, foi relatado pelas enfermeiras a falta de materiais básicos para atendimento diário como insumos utilizados na prevenção, lençóis descartáveis e papel toalha. Quando isso acontece, os atendimentos são suspensos ou os materiais devem ser comprados pelo próprio paciente: “Se for material que for imprescindível, a gente suspende” (Enfermeira – U3); “O paciente vai lá e compra ou então fica sem fazer, não faz o procedimento que deveria ser feito. Realmente limita, gostaria de fazer mais pelo paciente e não posso porque falta o material básico para troca de curativo” (Médica – U3). Além dos materiais básicos, foram relatados problemas em equipamentos maiores, bem como a falta de manutenção: “Precisaria ter mais equipamentos para nosso trabalho. Fazemos a prevenção e agora o Autoclave está com defeito e nós não estamos fazendo, está suspenso desde a semana passa” (Enfermeira - U2). No caso da falta da Autoclave na U2, os materiais vão todos os dias para outra unidade para serem esterilizados lá em um carro da regional que vai buscar e deixar.

Para a médica da U3 a falta de insumos para a atenção básica é complicada, pois não se sabe até que ponto o SUS deveria ser responsável por todos os materiais e medicamentos: “mas, eu não julgo tanto, eu não sei até que ponto o SUS tem que oferecer todas as medicações possíveis, eu acho que a população é que deveria ter uma melhor situação econômica para que eles possam comprar, né?”. Complementando a ideia, o médico da U2 afirma que os materiais e medicamentos que são oriundos de campanhas específicas de saúde chegam a sobrar já que, na maioria das vezes, não existe um controle: “Faltam algumas estratégias de monitoramento para não desperdiçar

material, pois há um desperdício por não haver automonitoramento. O paciente recebe fita de glicemia e fica fazendo glicemia da vizinhança inteira, se você não orientar, ele vai ficar gastando à toa”. Por outro lado, em outra unidade a enfermeira relata dificuldades para realizar o exame de diabetes “É ter condições, ter glicozin, eu fui fazer visita e quando fui não tinha a fita e na outra eu peguei o glocozin da outra equipe” (Enfermeira – U4).

Os profissionais também relataram dificuldades para realizar atividades de educação e saúde com a comunidade, já que, na maioria das vezes, não são disponibilizados materiais, nem ajuda financeira pela regional: “Então, antigamente a gente ganhava caneta, lápis... Na gestão anterior a essa, nas anteriores, pelo menos tinha um programa do ministério, que era uma verba que a gente tinha, que a gente trabalhava mais a educação e saúde” (ACS1 –U3); “A gente tem que comprar caderno, comprar folha, comprar lápis, borracha. Precisa de caneta? você tem que comprar” (ACS1 – U1); “Material até que tem disponível aqui, caneta a gente compra, dificilmente a gente recebe” (ACS1 – U2). Sobre a compra de materiais pela regional, destacam-se os discursos sobre a burocratização dos processos, em especial, das licitações:

Comprar nada, né? Para comprar canetinha tem que fazer licitação que dura 50 anos. Tem espaço quando é coisa que a gente pode resolver com o que temos aqui. Ou então se quiser fazer uma doação, entendeu? Que tem muito, que a gente faz muito isso... Mas, se for para comprar pela secretaria municipal de saúde não, de jeito nenhum. (Enfermeira – U5)

Observou-se também uma forte crítica dos agentes em relação à disponibilidade de equipamentos individuais, como uniforme e protetor solar: “Farda também, a secretaria dá uma por ano e a gente ainda bate palmas quando recebe. Em termos de

equipamentos, eu daria uma nota 3 (0 a 10), em termos de local acho que 7 está bom” (ACS1 – U1); “Agora, a questão que deixa a desejar é fardamento. A gente está comprando essa aqui (blusa de defesa ao SUS). Porque a gente recebe o fardamento, passa dois, três anos e acaba e a gente tem que se virar” (ACS4 – U2); “Só vem uma vez no ano, né? Então uma coisa que você usa todo dia, só recebo uma farda. Então, todo dia eu lavo, porque é branca. E aí a gente não sabe quando é a previsão de receber uma farda” (ACS1 – U3); “É tranquilo, eles mandam, mas é assim, de dois em dois anos (risos). A gente desgasta muito, nós trabalhamos no sol, né? Era para vir todo ano” (ACS1 – U4).

Dentre os pontos pertencentes a esta categoria o que mais chamou atenção foi a relação das condições físicas e materiais com a saúde dos trabalhadores. Os participantes destacam que não é difícil alguém ter um processo alérgico, principalmente quando é novato ou esteve ausente por algum período. Além disso, estão expostos diariamente a doenças, mas acreditam que o corpo cria imunidade, já que dificilmente são contagiados.

Pois é, esse negócio do mofo é mais para quem tem rinite, eu tenho, mas não é um grau tão alto. Mas, a pediatra tem muito. Ela fez até um abaixo assinado para ver se melhorava essa questão do mofo, nas salas e tudo. E isso era um cheiro esquisito, era muito ruim, ela não conseguia ficar bem o dia todo por causa disso. Ela tinha várias crises também. (Médico – U4)

Quando eu cheguei aqui, senti muito, vivia doente. Nossa sala tem mofo na estrutura. Acho que o corpo criou resistência, os antibióticos, as coisas (...). Época de conjuntivite, mil pegam a sua direita, dez mil a sua esquerda, você não pega. É assim mesmo, vai criando imunidade. (ASB – U5)

Observa-se uma conformidade com a realidade vivenciada, o que faz com que os profissionais desenvolvam estratégias para lidar com as doenças e enfermidades. Uma delas é a ideia de que com o tempo se acostumam e que as doenças acometem apenas os que possuem menos tempo de trabalho.

Mesmo quando são acometidos por doenças, os profissionais não podem contar com a ajuda da secretaria. Assim os cuidados são, muitas vezes, individuais: “A qualidade do protetor é um pouco duvidosa. Já usei alguns que não me dei bem, aí eu prefiro comprar mesmo. Até porque eu já tive início de câncer de pele no rosto e preciso usar um que tenha garantia” (ACS – U4).

3.2.4 Demanda Espontânea (DESP).

A Demanda Espontânea (DESP¹) é o termo utilizado para se referir a qualquer atendimento não programado na unidade de saúde que representa uma necessidade momentânea do usuário. Também chamada de acolhimento pelos entrevistados, a demanda espontânea é uma das maiores razões de insatisfação das equipes estudadas, que acreditam no impacto negativo da política na prestação do cuidado integral ao paciente. Os atendimentos são para a comunidade geral, ou seja, não são destinados exclusivamente à população adscrita de cada equipe.

Para os participantes, a DESP configura-se como uma “mini UPA” (Unidade de Pronto Atendimento) que diminui os horários destinados às consultas programadas: “É como se fosse uma emergência, aí pode ser de qualquer equipe, até qualquer pessoa de Fortaleza, como se ela fosse uma UPA, ela vem num posto” (Médico – U1); “Os

¹ É uma política que se tornou obrigatória na gestão do atual prefeito. Assim, todas as unidades devem destinar atendimentos diários ao DESP.

pacientes já dizem: qual o dia do acolhimento? Eles estão acostumados como se aqui fosse uma UPA. E reclamam. Então eles chegam aqui para ser atendido e pegar medicação, e depois que eles conseguem isso eles vão embora” (ACS1 – U3).

Todavia, relatam que nem sempre o atendimento tem caráter emergencial já que, na maioria das vezes, o DESP é procurado para renovação de receita: “Eu sei que é responsabilidade nossa também atender às demandas agudas, mas poderia estar atendendo as agendas programadas e colocou para atender emergência, que nem sempre é uma emergência, se desvirtuou muito, 90% das vezes vem para renovar a receita” (Enfermeiro – U1).

Para os profissionais, a política foi instituída sem discussão, de “goela abaixo”, sendo imposta de cima para baixo, sem levar em conta a opinião dos profissionais envolvidos no trabalho: “Isso aí é uma das coisas que desgasta. É como eu falei, não houve discussão, né? Quem está na base, assim... Eles dizem que houve, mas todo mundo só reclama, então não sei com quem eles falaram” (Enfermeiro – U1).

Além disso, ressaltam que a DESP dificulta a continuidade do cuidado, já que os pacientes não retornam depois do atendimento “emergencial”, aproximando-se, na opinião dos participantes, do modelo curativista e distanciando-se da promoção e prevenção da saúde.

Mas assim, é aquele atendimento mais rápido, não é aquele atendimento mais aprofundado que é bem diferente da consulta marcada, tem um tempo maior para conversar e examinar, acolher mais o paciente, conhecer mais. Não tem, esse momento é muito difícil, é bem direto. É focado na queixa do paciente (Médico – U4).

E a gente acaba trabalhando muito pouco a questão da prevenção de doença e a promoção da saúde. É como se fosse emergência, então a gente hoje está centrado naquele modelo curativista, entendeu? Do passado. A gente deixou de promover e trabalhar com prevenção, por conta dessa situação atual, que mudou desde a gestão do prefeito (Enfermeira – U3).

Somado a isso, configura-se como um entrave para o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe e entre a comunidade, o que faz com que a política seja reconhecida por “descobrir um santo para cobrir outro” (Médico – U1), já que deixa de atender a demanda da população adscrita para atender os casos de emergência, dificultando o vínculo com a equipe.

Antes o médico tinha mais tempo para poder se vincular a equipe, participar dos planos relativos à equipe, as demandas da comunidade, conhecer mais a realidade dos pacientes. (...) Perdeu, mudou o sentido, porque a atenção básica se faz de vínculo com a comunidade, a questão da ESF mesmo, do médico da saúde da família mesmo, que tem aquele vínculo com a comunidade, se quebrou bastante. (ACS – U4)

Outro ponto negativo é a cobrança da carga horária de atendimentos nessa modalidade que além de dificultar o desenvolvimento do trabalho em equipe, prejudica também a qualidade: “Eu acho que essa questão que eles ficam assim nessa cobrança de carga horária que não vejo como sinônimo de qualidade de trabalho, de profissional, então eu acho que a mentalidade da prefeitura é muito amarrada ainda e isso dificulta” (Médica – U3).

Em alguns casos, os profissionais dedicam mais de 15 horas semanais ao DESP, o que corresponde a quase 50% da carga horária presencial na unidade “Eu tenho 15

horas por semana de DESP, metade do tempo é para atender DESP” (Médico – U5). A política prejudica também a flexibilidade na agenda dos profissionais envolvidos, que acabam dedicando menos tempo às demais atividades: “Essa parte que disse dessa mudança que houve, desses horários mais fechados, essa agenda engessada. A agenda fica, às vezes, engessada, e a gente tem menos tempo para trabalhar em equipe” (Dentista – U2).

O que tem de ruim é os encaixes do médico, esse negócio prejudica a visita, atrapalha muito o trabalho da gente, entendeu? Falta de organização. Se colocar o médico nos seus atendimentos só da equipe seus dias da visita, dá para organizar sim. Mas, tira o médico do atendimento, da reunião e da visita domiciliar. (ACS1 – U1)

Do mesmo modo, a relação com o usuário fica prejudicada, principalmente na triagem que tem como função fazer o atendimento inicial e decidir quem deve ir para a consulta ou não: “A gestão bota a gente para dizer com educação que não tem vaga, bota uma pessoa, assim, mais educada, para dizer que não tem como” (Enfermeira – U2).

Você tem que escolher quem vai para consulta. Você está no acolhimento e aí tem 5 vagas e tem 10, 15 pessoas, aí você tem que dizer: “Não, seu caso hoje, você precisa agendar para marcar, porque aqui só está entrando as urgências”. Aí as pessoas não entendem, acham que é ruindade, malvadeza. Cada um que está sentindo uma coisa, acha que seu problema é mais sério, mais grave. (Enfermeira – U2)

Os participantes também relatam a acomodação dos usuários em visitar o posto apenas nos dias da DESP, o que leva a conflitos com os profissionais que são

responsáveis pelo atendimento: “Porque a DESP é para ser uma emergência e eles acabavam fazendo qualquer coisa, aí a gente batendo de frente com isso cria um atrito com os pacientes, eu já tive alguns, os outros médicos também” (Médico – U4)

Em algumas visitas em distintas unidades, foi possível observar usuários reclamando que já estavam esperando há muito tempo, mas que sabiam que iriam voltar para casa sem serem atendidos. Além disso, demonstravam indignação já que “não custava nada” a enfermeira falar com o médico para renovar uma receita. Foram observadas diversas demandas e público na DESP, desde usuários com gripe, enxaqueca, até acidentes mais graves, como queimaduras.

Apesar das críticas, existe um reconhecimento da sua importância, mesmo com a necessidade de reorganização da política. Para o médico da U4 existe um lado positivo “porque é uma coisa querendo ou não mais simples, muitas vezes, é coisa mais como gripe, resfriado, coisa mais comum, e também é um momento bom de chegar e você conhecer o paciente e chamar para uma consulta, né?”, mas ressalta que na unidade já estão atuando de forma mais rigorosa, já que é fundamental a existência de regras que possam delinear melhor a política:

Porque tanto prejudica a gente como prejudica o paciente e dificulta um pouco a relação. Se a gente for resolver aquilo ali sempre que eles vieram para consulta em cima da hora, não vai ter um seguimento. Por exemplo, paciente chega com uma necessidade e eu posso resolver a necessidade dele, só que se ele for atendido uma semana por mim, outra semana por outra pessoa, acaba que quebra um pouco o atendimento deles e eles não entendem muito bem isso.
(Médico – U4)

Como solução possível, os entrevistados acreditam que “a contratação de profissionais fora da equipe para desempenhar apenas os atendimentos destinados ao DESP seria uma boa alternativa “ou então que tivesse no DESP o médico e o enfermeiro de plantão, que não fosse a gente, a gente continuasse atendendo o programa e tivesse um plantonista. Aí era massa, porque a gente ajudaria a desafogar a UPA” (Médico – U1). Destaca-se também que na U4, o trabalho na DESP acontece de forma conjunta com a enfermeira da equipe, que auxilia, na grande parte das vezes, o médico nos turnos destinados ao atendimento. Nas demais unidades, a DESP acontece com profissionais das diversas equipes em formato de escala.

3.2.5 Relação com a comunidade.

De modo geral, o vínculo e a proximidade com a comunidade foram relatados pelos participantes como elementos que trazem benefícios tanto para a população como para a equipe: “essa era uma das características da ESF, que é que, teoricamente, o agente deveria morar na localidade, até por ter uma relação melhor, conhecer o local e dar conta do território” (ACS1 – U5). Os profissionais destacaram que morar próximo à comunidade traz uma série de benefícios pessoais que vão além do estreitamento do vínculo, como não acordar cedo, não precisar de transporte, poder almoçar em casa, dentre outros. Além disso, destacam a importância em morar/ter alguém da família que seja da área para o desenvolvimento do trabalho: “Eu sou esposa do J. e nora da V., e eu ia conseguindo as coisas assim. O pessoal pergunta onde eu moro e eu digo que morava ali, que eu sou nora da V.” (ACS3 – U2).

Foi possível perceber relatos de carinho e cuidado que contribuem para que os profissionais desempenhem o trabalho com mais dedicação: “No programa é assim, eu fui criando vínculo, gostando da comunidade, dos profissionais daqui da unidade”

(Médico – U4); “Então, o que eu quero sempre é que o paciente saia bem feliz daqui!” (Enfermeira – U4). Além disso, a relação com a comunidade suscita na equipe um sentimento de gratidão pelo trabalho que realizam e pelo retorno positivo que gera.

Porque a gente tem um vínculo com eles, que só tu vendo, mulher! É tão engraçado, tem paciente que vem aqui e diz “não doutora, é que o final de semana foi assim e eu queria só conversar”. Aí a gente tem aquela amizade, tem deles que trazem presente, eu vivo recebendo presente... (Enfermeira – U5)

Os entrevistados relatam gostar de trabalhar com a comunidade e destacam o envolvimento da população nas ações propostas pela unidade. “Eu percebo [que a comunidade é bem inserida]. Aqui foi um dia que choveu, a gente fez uma mostra para trazer a questão da cultura” (Dentista – U4). Como aspecto negativo da relação usuário-unidade, relatam a dificuldade em lidar com as “figurinhas repetidas” que fazem parte do trabalho em posto de saúde, que além de ser cansativo receber a mesma pessoa várias vezes sem necessidade, ainda é prejudicial ao sistema, na medida em que acabam ocupando a vaga de quem precisa: “Às vezes, quem vem mais é quem menos precisa. Às vezes essas pessoas vão tirando a vaga e a oportunidade de quem precisa” (Enfermeira – U2).

Um fato interessante é que alguns médicos demonstraram uma afinidade pela área, principalmente depois de iniciar o trabalho e estabelecer uma relação positiva com a população: “E aí depois que eu entrei para a medicina da família eu descobri que não era clínica médica que eu queria. Porque cuidar do paciente dentro do hospital é uma coisinha desse tamanho e cuidar dentro da comunidade é outra coisa” (Médico – U2); “Futuramente seria uma segunda opção (caso não passasse na residência), eu nunca

esperava que eu fosse gostar tanto... Então eu fui gostando e fui me especializando cada vez mais” (Médico – U4).

Também foram observados relatos de descontentamento referente à falta de engajamento da população, em especial, sobre articulação política e reivindicações de melhorias para a unidade. As constantes exigências dos pacientes também foram mencionadas, já que acontecem na forma de reclamações, mas não são articuladas, não representando possibilidade de melhoria frente à gestão: “Não tem uma comunidade articulada que possa fazer uma exigência de mudança do posto para outro canto etc. Então a gente só vê o povo reclamando aqui dentro, se for para reclamar lá fora, ninguém se organiza” (Médico – U2).

3.3 Discussão dos resultados

Os resultados mostram que, de modo geral, as condições de trabalho das equipes nas diferentes unidades são semelhantes, independentemente de serem consideradas referência ou não. Assim, “apagar incêndio” (Baldani et al., 2005; Oliveira & Rozendo, 2009; Ribeiro & Batista, 2019) também configura-se como um retrato da realidade dos participantes da pesquisa, que vivenciam inúmeros conflitos no trabalho, como as reclamações dos usuários, comunidades descobertas, condições precárias de infraestrutura das unidades (Oliveira & Rozendo, 2009).

Em relação à forma de contratação e vínculo, observou-se que mais de 80% dos participantes são estatutários, sendo este número crescente quando comparado a estudos anteriores (Mendonça et al., 2010; Rocha, 2005; Tomasi et al., 2008). O vínculo estatutário também se configura como um reforçador para a permanência do profissional na ESF, o que possibilita aos profissionais uma sensação de segurança e estabilidade (Mendonça et al., 2010).

Apesar da prevalência de vínculos estatutários, 60% dos médicos entrevistados na nossa pesquisa fazem parte de programas de provisão de médicos, com contratos de trabalho temporários com duração máxima de 3 anos para o PMM e dois anos para o PMF. A breve duração faz com que esses profissionais busquem a AB apenas por um período, sem ter a intenção de continuar. Muitas vezes, configura-se como um “pé de meia” para os futuros planos, como a residência médica (Baião, 2016). Assim, percebe-se nos relatos o impacto da alta rotatividade desses profissionais, principalmente no que diz respeito ao distanciamento entre profissional-equipe-comunidade e a contratação de médicos inexperientes, corroborando a literatura (Baião, 2016; Duncan & Targa, 2014; Guarda et al., 2012; Santos et al., 2015). Por outro lado, observa-se que, apesar do vínculo ser menos duradouro, parece existir uma dedicação por parte desses profissionais, que parece ser decorrente da exclusividade do trabalho do médico na unidade e da relação de aluno que o profissional tem no programa, já que é constantemente acompanhado por um tutor.

O despreparo para atuação na AB também foi relatado pelos ACS que não receberam treinamento adequado quando ingressaram nas unidades. A grande maioria relata que apesar de terem participado do curso introdutório, os módulos subsequentes nunca aconteceram. Estudos mostram que a descontinuidade da formação inicial, compromete a atuação no território e o fundamento teórico e prático dos conteúdos utilizados no cotidiano desses profissionais (Rodrigues et al., 2019; Simas & Pinto, 2017).

Por outro lado, todos os ACS participantes da pesquisa são estatutários, o que proporciona maior estabilidade e garantia dos direitos trabalhistas (Simas & Pinto, 2017; Simões & Freitas, 2016), além da satisfação e do orgulho dos entrevistados, o que

fez com que vários agentes abandonassem o trabalho em empresas particulares para assumir o cargo, mesmo com os baixos salários recebidos.

O vínculo e a forma de contratação se relacionam com os resultados encontrados na categoria “Demanda da população adscrita”, na medida em que a rotatividade e a falta de experiência dos profissionais configuram-se como barreiras para a realização do trabalho. No caso do profissional médico, isso é agravado nas equipes com médicos temporários, em especial na U5, na qual o médico tinha poucos meses de experiência e a equipe estava há meses sem um profissional da área.

A dificuldade em atender a demanda da população adscrita é destacada por quase todos os entrevistados, corroborando a literatura (Baldani et al., 2005). As queixas são gerais, independente da função, e despertam nos profissionais a sensação de “enxugar gelo”, conforme destacado por uma das entrevistadas. Observou-se também uma sobrecarga de trabalho, principalmente nos trabalhadores com funções mais operacionais, como as ASB e os ACS. No caso dos ACS, as reclamações são provenientes, principalmente, das equipes incompletas e das condições de trabalho (Silva, Pasqual, & Chiari, 2016). Assim, observa-se que, na maioria dos casos, a realidade encontrada foi diferente da prevista pelo MS (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), refutando os achados de outros autores como, por exemplo, o estudo de Simas e Pinto (2017).

Outro ponto destacado é a sobrecarga e o retrabalho nas atividades realizadas, já que os usuários apresentam situações econômicas desfavoráveis e não conseguem iniciar e dar continuidade aos tratamentos, dificultando o trabalho da equipe (Frutuoso et al., 2015; Mendonça et al., 2010).

Como fruto das condições socioeconômicas, ressalta-se também a violência e sensação de insegurança relatada pelos participantes, principalmente os que fazem parte

de unidades situadas em regiões de alta vulnerabilidade social, próximos a morros ou comunidades marginalizadas compostas por “facções” criminosas (Cajazeiras et al., 2019; Pinheiro, Ribeiro et al., 2019; Simões & Freitas, 2016). Os nossos resultados corroboram os estudos dos autores, que é o resultado do alto índice de violência no país e, mais especificadamente, no estado.

Alinhado ao estudo de Ribeiro e Batista (2019), os profissionais entrevistados nesta pesquisa reconhecem o NASF como um núcleo de apoio e auxílio ao desenvolvimento do trabalho, configurando-se como um aliado na diminuição dos “focos de fogo” (Aguilera et al., 2013; Sena et al., 2012; Serra & Rodrigues, 2010). A ausência do NASF nas unidades é vista como um ponto dificultador dos atendimentos para a maioria dos entrevistados, o que reforça a importância da sua permanência.

Neste momento, faz-se necessário um parêntese sobre a situação dos NASF, bem como das ESF em nosso país, já que o atual governo, desde o seu início, vem implementando reformas e propostas que colocam em risco (ou morte), os serviços de saúde, trabalho e educação, por meio da redução de direitos e de gastos públicos com políticas sociais (Campos et al., 2016). Assim, são discutidas propostas que visam o desmonte do SUS como a abolição do NASF e a extinção da ESF, desconstruindo o modelo assistencial vigente que, há mais de 30 anos, vem sendo construído e reconstruído (Rede APS, 2019).

Os entrevistados apontam as dificuldades existentes que dificultam o acompanhamento integral do paciente, até mesmo o *software* de informação utilizado que, apesar de apresentar o histórico dos pacientes na AB de todo o estado, não possuem interface com os demais níveis de atenção. Assim, os profissionais não conseguem acompanhar o usuário depois que saem da unidade, ou nas palavras deles, são “jogados em um plano secundário”. Essa realidade prejudica a continuidade dos

serviços, impactando de forma negativa o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (Aguilera et al., 2013; Serra & Rodrigues, 2010).

A DESP foi outro entrave destacado que, apesar de estar relacionado à demanda da população adscrita, configurou-se como uma categoria pela sua expressividade nas falas dos entrevistados. Nas unidades estudadas, os atendimentos aconteciam de três maneiras: a) consulta programada, que são os pacientes marcados com antecedência, b) demanda espontânea, que são as consultas de emergência e c) encontros/atividades para grupos específicos (Cazajeiros et al., 2019).

Para os entrevistados, a DESP, também denominado de acolhimento, representa uma forma de lidar com a demanda que é, e sempre foi, maior que a oferta, configurando-se como uma alternativa possível, mas mal implantada, na medida em que, ao invés de fortalecer o vínculo, o compromete. A política cria uma atmosfera conflituosa entre os profissionais, que não conseguem atender a todos, e os pacientes, que querem (e possuem o direito) um atendimento a qualquer custo, o que faz com que os casos de emergência acabem se sobrepondo às consultas programadas.

Para o Ministério da Saúde (MS, 2013, p.19), o acolhimento é “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”. Na realidade não foi possível observar a DESP como um momento de acolhimento, nem para os usuários, nem para os profissionais. Foram observadas filas de pacientes insatisfeitos esperando a possibilidade de atendimento, com crianças, idosos, grávidas, doentes crônicos e contagiosos e, do outro lado, profissionais desmotivados entregando senhas (ou chamando pelo nome na lista), escolhendo quais aparentavam precisar mais de uma consulta naquele momento.

A literatura confirma os achados (Cajazeiras et al., 2019; Girão & Freitas, 2016; Rodrigues et al., 2014) e apontam o distanciamento entre a DESP e o objetivo central da atenção básica de cuidado longitudinal por meio da prevenção e promoção da saúde, o que o aproxima do modelo de atenção curativista (Silva et al., 2012). De acordo com os participantes, isso acontece por dois motivos: o primeiro é a alta demanda de pacientes para a DESP, o que dificulta um atendimento mais especializado e acolhedor, o segundo é o distanciamento entre usuário e equipe, já que na DESP o atendimento pode ser feito por qualquer profissional (médico e enfermeiro), não sendo necessário que seja o da equipe responsável por aquele usuário. Além disso, em algumas unidades, os atendimentos não são coordenados, misturando médicos e enfermeiros de equipes diferentes.

A categoria “Condições físicas e materiais” também apresentou relatos semelhantes que sugerem a necessidade de melhorias nas unidades, principalmente, de infraestrutura (Cajazeiras et al., 2019; Reis et al., 2015; Oliveira & Rozendo, 2009; Simões & Freitas, 2016). De modo geral, todas as unidades são precárias e apresentam vazamentos, infiltrações, mofos, falta de espaço e/ou de salas com ventilação e iluminação prejudicadas, condições distantes das preconizadas pela Portaria nº 2.488/2011 da PNAB. É válido ressaltar que todas passaram por amplas reformas nos anos de 2013 e 2014 e mesmo com as melhorias, as condições ainda são precárias e as unidades ainda não estão preparadas para promover condições de autonomia e segurança para a comunidade (Marques et al., 2018), como é o caso da U3 em que uma paciente idosa e cadeirante teve que ser atendida na área externa por não conseguir acessar a unidade com a sua cadeira. Ressalta-se que as que apresentaram espaço físico mais amplo foram as unidades referência U1 e U4, porém, a U4 foi a que apresentou

situações mais precárias de mofo e infiltrações, o que sugere que as condições de instalação não se apresentam de forma diferente nas unidades referência.

Por outro lado, em relação às questões materiais (medicamento, insumos, equipamentos individuais) observou-se uma realidade difusa, já que, apesar de ser uma questão relatada por quase todos os participantes, nem sempre a avaliação foi negativa, aparentemente a disponibilidade varia bastante. O que chama a atenção é que a falta de materiais parece ser sazonal, indisponíveis por determinados períodos, relacionando-se também a campanhas eleitorais. De modo geral, as críticas dizem respeito à insuficiência dos materiais básicos para a realização do atendimento, fato relatado também em grande parte da literatura sobre UAPS (Bracarense et al., 2015; Farah et al., 2017; Simões & Freitas, 2016).

Foi possível observar que as precárias condições de trabalho impactam, em especial, o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que são prejudicados, sobretudo, com a falta de equipamentos individuais, não recebendo, na maioria das vezes, os equipamentos básicos para a realização do trabalho preconizados pelo MS (Lima et al., 2010; MS, 2002; Pinheiro, Medeiros et al., 2019). Estudos mostram que os equipamentos relacionados ao uso da população são os que menos faltam, por outro lado, materiais essenciais como a máscara de proteção e o protetor solar não são disponibilizados (Simas & Pinto, 2017), o que aumenta a exposição dos agentes ao risco (Lima et al., 2010; Pinheiro, Medeiros et al., 2019).

Nas entrevistas, foi possível observar falhas na distribuição dos materiais para que os ACS desempenhem o trabalho com segurança. Além da falta de protetor solar, uniformes e outros acessórios, destacam-se as visitas domiciliares diárias que acontecem a pé. Em alguns casos, a distância é longa e a exposição aos riscos é ainda maior. No dia da entrevista e das demais visitas, observou-se que alguns agentes não

utilizavam uniforme, apenas uma blusa de malha com a frase “Em defesa do SUS” (o que parece ser bem simbólico) que haviam sido compradas por eles. Apenas na U1 existe uma sala para os agentes, nas demais eles ficam em salas desocupadas, quando isso é possível, na copa, ou na coordenação, quando a coordenadora não está. Várias entrevistas aconteceram na área externa das unidades, em locais quentes e sem estrutura, como, por exemplo, embaixo de árvores.

Por outro lado, observou-se nos discursos dos entrevistados uma “banalização e naturalização das situações de vulnerabilidades” (Frutuoso et al., 2015), na medida em que, apesar de reconhecerem os riscos do contexto de trabalho, os entrevistados destacam a melhoria em relação ao cenário anterior como uma estratégia para lidar com as limitações. Por exemplo, na U4, chama atenção que o valor recebido de gratificação por atuarem em uma área de desabamentos é visto como positivo, mesmo com todos os riscos aos quais os membros estão expostos. No caso dos agentes, não existe uma gratificação, o que também causa certo incômodo.

De modo geral, a relação com a comunidade é marcada por sentimentos positivos, em especial, de cuidado e gratidão. Foi possível observar que o vínculo estabelecido entre a equipe e a comunidade se configura como fundamental para suportar os riscos intrínsecos ao trabalho. Os entrevistados reconhecem a vulnerabilidade da população adscrita e, na maioria das vezes, não medem esforços para prestar o cuidado à saúde da população. Estudos mostram que o "gostar do que faz" é apontado como principal motivo de satisfação no trabalho para profissionais de UAPS (Bracarense et al., 2015). Os autores destacam que mesmo existindo uma identificação com o trabalho que desenvolvem, ao se depararem com dificuldades relacionadas à incapacidade de solucionar problemas dos usuários, os profissionais expressam sentimentos negativos, como desânimo, frustração e insatisfação. Nossos dados

corroboram os achados da pesquisa de Bracarense et al. (2015), pois os entrevistados apontaram dificuldades em lidar com as limitações existentes, em especial, com as questões que poderiam ser facilmente solucionadas, mas dependem do aval dos órgãos superiores.

Por fim, apesar de todas as barreiras encontradas, foi possível perceber o impacto do relacionamento interpessoal no desenvolvimento do trabalho das equipes. Apesar das condições de trabalho precárias serem comuns às unidades estudadas, observou-se que o trabalho em equipe é considerado um fator essencial para a superação dessas dificuldades. Assim, mesmo expostos aos mesmos riscos e dificuldades, a forma como os profissionais conseguem se articular, funciona como um aliado para superação das dificuldades, o que justifica o estudo da colaboração e seus derivativos no campo da AB.

4 ESTUDO II - A COLABORAÇÃO NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE

O presente estudo tem como objetivo analisar a colaboração no trabalho de equipes de saúde baseado na tipologia de D'Amour et al. (2008) e contextualizar as diferenças em termos do grau de colaboração existente, partindo da ideia de que a colaboração entre os profissionais, como por exemplo, por meio de práticas colaborativas, configura-se como recurso para o enfrentamento dos entraves provenientes do modelo de atenção e das condições de trabalho (Peduzzi et al., 2019).

A tipologia é utilizada em diversos estudos internacionais (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003; D'Amour et al., 2008; Richard, 2011; Toh et al., 2017). Já no Brasil, a literatura ainda é recente e, apesar de crescente, está restrita a pequenos grupos de pesquisadores (Agreli et al., 2016; Araújo, 2016; Arruda, Barreto, Ribeiro, & Frota, 2017). Quando aliada ao uso de gráficos, a literatura disponível é reduzida, sendo encontrados poucos estudos publicados (Dias, Vieira, Silva, Vasconcelos, & Machado, 2016).

Para D'Amour et al. (2003), a finalidade da tipologia é identificar as diferenças existentes entre modelos reais e ideais, com base em três níveis: colaboração em ação (3); colaboração em construção (2); e colaboração inércia (1). Os autores defendem que onde existe uma maior colaboração, também existe um melhor desempenho do serviço, principalmente quando existe uma relação entre saúde e educação.

Após mais de 50 anos de investigação, a OMS (2010) reconhece, juntamente com seus parceiros, que existem evidências suficientes para mostrar que a educação interprofissional permite uma prática colaborativa. Além disso, destaca que o processo da educação interprofissional deve repercutir, inicialmente, no campo da educação, “ao sinalizar para a necessidade de formar profissionais preparados para trabalharem de forma interprofissional frente às demandas de saúde” (OMS, 2010; Rocha et al., 2016, p.201), o que reforça a terminologia “integração ensino-serviço-saúde”.

D’Amour e Oandasan (2005) destacam que a interprofissionalidade é caracterizada por uma atuação coesa entre trabalhadores da saúde de diversas áreas e disciplinas que se organizam em torno de um objetivo comum: cuidado integral da saúde dos usuários e da comunidade. O seu desenvolvimento, torna possível a superação de práticas de saúde fragmentadas que levam à promoção de novas práticas com características colaborativas, mas depende de uma série de fatores como condições de trabalho, suporte organizacional, relações entre gestores e profissionais e recursos financeiros, dentre outros (Araújo & Galimbertti, 2013; Rocha et al., 2016).

Para uma melhor compreensão do conceito de colaboração e seus determinantes é necessária uma melhor contextualização teórico-prática das dimensões e dos indicadores propostos pelos autores (D’Amour et al., 2008). Em relação aos “Objetivos e visão”, estudos mostram a importância de existir uma sintonia entre a atuação dos profissionais da equipe e as demandas de saúde da comunidade (Arruda & Moreira, 2018; D’Amour et al., 2005; D’Amour et al., 2008; Lanzoni & Meirelles, 2012). Para Arruda et al. (2017), os membros da equipe devem compartilhar valores e objetivos comuns e os interesses individuais não podem se sobressair aos interesses do grupo na relação equipe-usuário, sendo fundamental que o objetivo principal seja o cuidado centrado no paciente.

Entretanto, é válido ressaltar que ainda existe uma predominância do modelo uniprofissional nos trabalhadores da saúde, reforçado pela prática biomédica, corporativismo profissional, fragmentação dos saberes e distanciamento das ações de prevenção e promoção da saúde (Agreli et al., 2016; Arruda & Moreira, 2018; Guedes et al., 2006; Nunes, 2009; Silva, Ferro et al., 2015). Para Arruda e Moreira (2018), ainda são hegemônicas as práticas baseadas no modelo biomédico, com suas origens nos processos de formação dos profissionais, internalizadas e reforçadas por experiências profissionais prévias, acometendo também os profissionais de saúde não médicos.

Assim, a dimensão “Visão e objetivos compartilhados”, relaciona-se diretamente à dimensão “Internalização”, na medida em que pressupõe que os profissionais devem se conhecer pessoal e profissionalmente e reconhecer o nível de competência uns dos outros, o que leva a um sentimento de pertença e fortalece a confiança (D’Amour et al., 2008; Silva, Peduzzi et al., 2015).

Para Prætorious et al. (2015), a confiança assume um caráter colaborativo quando é desenvolvida através de objetivos compartilhados e do diálogo institucionalizado e acontece, por exemplo, quando os profissionais desenvolvem processos de trabalho de forma conjunta e integrada. Em seu estudo, os autores observaram a existência da confiança colaborativa no desenvolvimento de um processo baseado em um objetivo compartilhado de curar os pacientes. Assim, a colaboração é fortalecida por meio de relações de maior confiança com o reconhecimento das valiosas contribuições das diferentes profissões (D’Amour et al., 2008; Silva, Peduzzi et al., 2015).

A dimensão “Formalização” ressalta a importância de as responsabilidades serem bem definidas e compartilhadas por todos, estendendo-se também aos usuários, família e comunidade, o que é denominado de corresponsabilidade (Araújo, 2016; Silva,

Peduzzi et al., 2015). Para Silva, Peduzzi et al. (2015), na ESF a referência do usuário deve estar nas equipes e não apenas em um membro isolado, sendo a equipe a responsável pelo acompanhamento integral do paciente.

O compartilhamento de responsabilidades permite que os membros da equipe saibam o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros (D'Amour et al., 2008). Para que isso aconteça é necessário um bom canal de comunicação, por meio da construção de espaços para trocas de informações e tomadas de decisões, objetivando formalizar também o processo de colaboração interprofissional. Além de que, a troca de informação não deve acontecer apenas na informalidade, nem como passagem de informação unilateral do processo de trabalho, devendo funcionar como um espaço dialógico de discussão e construção de ideias (Previato & Baldissera, 2018; Rocha et al., 2016), como as reuniões de equipe (Peres, Caldas Júnior, Silva, & Marin, 2011).

Um importante canal de comunicação é o uso de um sistema informatizado, que contemple dados epidemiológicos, demográficos e sobre o perfil dos usuários (Rosa, Damásio, & Weimer, 2017). Esses sistemas têm como objetivo a otimização do fluxo de informação, contribuindo para o compartilhamento de conhecimentos e tomada de decisões, reduzindo as incertezas e possibilitando a intervenção na realidade (Almeida, Freire, & Leonel, 2012; D'Amour et al., 2008; Dias et al., 2016; Rosa et al., 2017). Além de que, devem funcionar em rede e abranger todos os profissionais envolvidos. Um conhecimento insuficiente do sistema pode levar a uma prática ineficiente e ineficaz, a utilização como mero “alimentador de dados” prejudica a compreensão clara das suas funcionalidades e a possível sugestão de melhorias (Almeida et al., 2012).

Na dimensão “Governança”, destaca-se a importância das funções de liderança para o suporte da colaboração (Richard, 2011). A necessidade de se repensar as práticas no sistema de saúde pública, em especial na AB, exige uma mudança no perfil das

gestões centrais, na busca de novos modelos de liderança, mais flexíveis e autônomos (Costa et al., 2016). Além disso, é necessário que os gestores reconheçam a importância do trabalho integrado e valorizem estratégias de educação permanente, com o intuito de envolver os demais profissionais no desenvolvimento de novas práticas (Silva, Soder, Petry, & Oliveira, 2017).

Para que a colaboração se desenvolva, além da governança central, também é necessária uma liderança descentralizada, que pode surgir informalmente no próprio grupo (equipe) ou relacionada a uma posição ou cargo exercido (D'Amour et al., 2008; Arruda et al., 2017). A liderança, quando colaborativa, configura-se também como um apoio à inovação. Para D'Amour et al. (2008), esse indicador relaciona-se às práticas de educação permanente e ao desenvolvimento de competências que levam a inovações necessárias para o desenvolvimento da colaboração. Deste modo, faz referência à interligação entre os profissionais, em espaços de troca entre ensino e serviço que possibilitam a construção de vínculos e a resolução de problemas práticos (Albuquerque et al., 2008; D'Amour et al., 2008, Dias et al., 2016).

Apesar das dimensões e dos indicadores servirem como base para a análise e mensuração da colaboração, é importante reconhecer que existem barreiras que são inerentes ao processo de trabalho, como falhas organizacionais, questões materiais e políticas (Araújo & Catanio, 2011; Araújo & Galimberti, 2013; Azevedo & Sá, 2013; D'Amour et al., 2005; D'amour et al., 2008; Orchard, 2010; Previato & Baldissera, 2018), conforme apresentado no estudo anterior. Para Barros e Ellery (2016) os principais dificultadores são, especialmente, a superlotação das unidades, que sobrecarrega as equipes de saúde, o foco na resolução de problemas imediatos e a burocratização da assistência, o que leva a um distanciamento de práticas como reuniões produtivas, discussão de casos e troca de saberes.

Em meio às dificuldades encontradas, estudos mostram que parecem existir características pessoais que se relacionam ao interesse e à afinidade com o trabalho na AB (Orchard & Bainbridge, 2016; Reis et al., 2015), o que, conseqüentemente, leva a um maior potencial de desenvolvimento da colaboração. Em 2010, a equipe canadense do CIHC elaborou uma estrutura de competências focada na prática interprofissional que avalia o nível de capacidade de colaboração de um indivíduo. Assim, “o conjunto de competências reflete uma organização dinâmica de componentes que permite que alunos e profissionais aprendam e apliquem as competências, independentemente do seu nível de habilidade, do tipo de cenário ou contexto da prática” (Orchard & Bainbridge, 2016, p.528).

Considerando a colaboração como um processo, é válido observar quais conhecimentos, habilidades e atitudes estão ocorrendo não apenas nos indivíduos, mas também na equipe como um todo, para que seja possível efetivar a prática colaborativa interprofissional, o que torna relevante a análise da colaboração nas equipes de saúde.

4.1. Método

Tipo de estudo

O estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

Participantes

Participaram do estudo 27 profissionais membros das equipes de saúde estudadas, sendo eles: 2 ASB, 5 médicos, 5 dentistas, 5 enfermeiros e 10 ACS. Os participantes foram descritos detalhadamente no item 2.2.

Instrumentos e Procedimentos

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com questões gerais sobre colaboração e questões elaboradas a partir da teoria, levando em consideração as dimensões: Objetivos compartilhados e visão, Internalização, Governança, Formalização e os indicadores a elas relacionadas (Apêndice 3).

A entrevista foi escolhida em detrimento da aplicação de um questionário por permitir um aprofundamento e privilegiar a obtenção de dados através da expressão individual de cada participante, além de possibilitar o acesso às suas opiniões, valores e experiências (Minayo, 2006). Para uma maior aproximação com a realidade, as perguntas do roteiro não foram fixas para todos os entrevistados, variando conforme a disponibilidade de fala, tempo de trabalho, função, dentre outros. Além disso, nas entrevistas com os profissionais das unidades consideradas “referência” foram incluídas questões sobre: o que entendiam por referência, o que é uma unidade colaborativa, o que sabe ou aprendeu durante a formação sobre práticas colaborativas, e por que acreditam ter sido citados como tal.

As entrevistas foram transcritas e categorizadas conforme as quatro dimensões e os 10 indicadores utilizados na teoria, sendo apresentadas por equipe. Cada equipe foi nomeada pela pesquisadora com um trecho da entrevista que melhor representava a realidade observada em relação à temática e a realidade laboral.

Como já explicitado, este estudo foi baseado no Modelo de Colaboração Interprofissional proposto por D’Amour et al. (2008). O modelo é utilizado para “analisar os níveis de colaboração em sistemas complexos, com modos heterogêneos de interação entre seus vários atores” (Dias et al., 2016, p.1791). Nesse sentido, foi elaborada uma matriz para a sistematização dos dados, dividindo-os, primeiramente, conforme as dimensões e, posteriormente, conforme os indicadores. Para interpretação e

análise dos dados, foram utilizados os parâmetros propostos pelos autores para classificação do nível de colaboração existente, variando de ativa (nível 3), em desenvolvimento (nível 2), ou latente ou potencial (nível 1) (D'Amour et al., 2008).

Por fim, cada análise é reproduzida em forma esquemática por meio do gráfico radar (Kiviat), que tem como objetivo apresentar uma visão esquemática das diferentes variáveis em relação a um elemento central. O gráfico apresentou como variável as dimensões e os indicadores (subvariáveis) propostos pela teoria e como elemento central o nível de colaboração de cada unidade, com base no estudo de Dias et al. (2016). Deste modo, são apresentadas as notas individuais (de 1 a 3) em cada um dos 10 indicadores analisados, com nota máxima “30”. A nota fornecida, com base em um julgamento subjetivo, é indicada nos subtítulos de cada categoria.



Figura 2. Modelo do Gráfico Kiviat utilizado no estudo.

4.2. Resultados

A apresentação dos resultados foi dividida em duas etapas: uma análise interna de cada caso com classificação e ilustração do gráfico individual, seguida de uma

análise transversal composta pela discussão e comparação de todos os casos e do gráfico sobreposto de todas as unidades.

Nesta seção é apresentada a tipologia da colaboração das equipes individualmente.

4.2.1 Equipe I: “Considero demais, é a equipe mais colaborativa que tem aqui”

(Nota Final 26)

Objetivos compartilhados e visão: objetivos (Nota 3) e orientação da relação profissional-usuário (Nota 3)

A equipe converge em torno de um objetivo comum que é oferecer saúde à comunidade. Além disso, enxergam “saúde” como o bem-estar físico, psicológico e social, conforme ressaltado pelo enfermeiro “tendo a competência técnica, mas sem perder o lado humano, de acolher realmente as pessoas, mesmo às vezes sem poder resolver, mas pelo menos escutar, para tentar minimizar um pouco o sofrimento, dar mais qualidade de vida para a população”. Para alcançar tal objetivo, compartilham em equipe os pontos facilitadores e dificultadores, configurando-se como “uma equipe que se ajuda mesmo, o que a gente pode estar fazendo para ajudar o outro a gente se esforça, dentro das nossas possibilidades” (Enfermeiro). A dentista ressalta que as demandas são trazidas pelas ACS da equipe e pela própria comunidade “são trazidas para nossa equipe e a gente discute e vê como pode, quem acionar, qual gestão a gente pode envolver e a gente se mexe muito para fazer para o usuário” (Dentista).

Além disso, o médico destaca que, mesmo com as dificuldades, é importante a consulta compartilhada com a participação de todos os membros da equipe “O ideal é que tivesse sempre a interconsulta, né? A gente tenta fazer isso, mas a gente é engolido pela demanda, o ideal é que tivesse a participação dos membros atuando em conjunto,

não só cada um na sua casinha”. Para a realização da entrevista com o médico, foi necessário que ele fosse em um turno fora da sua agenda de trabalho, o que sugere a dificuldade em realizar atividades que não tenham relação com o atendimento médico.

O médico relata também a dificuldade pessoal em interagir mais com a equipe, reforçando o modelo curativista que exige que seu trabalho seja realizado dentro do consultório.

Aqui a gente não tem besteira nenhuma sabe, é muito aberto, o mais difícil de participar sou eu mesmo, é osso mesmo, é osso você tirar o médico de dentro da sala, ainda tem muito essa visão, entendeu? É “cara crachá”, o cara tem que estar ali no combate, eu aqui de bobeira o pessoal já vai falar, você tem que estar no combate, atender, atender, atender, por exemplo, o J. (interno de medicina), ele é residente, está tendo congresso cearense de pediatria, massa é um momento de se reciclar, massa, legal, mas eu estou aqui! Como é que tira o médico? (Médico)

Mesmo com as dificuldades, as aspirações individuais não parecem se sobrepor às da equipe, que reconhece a importância do trabalho de cada um para o alcance do objetivo comum, podendo ser observado, em vários momentos, o reconhecimento da importância da colaboração. Assim, compactuam da mesma visão e defendem a unicidade “Para nós enquanto equipe, é ruim. Por exemplo, chega um paciente e eu preciso do médico e ele não está aqui. Então às vezes essa diferença de horário entre o enfermeiro e o médico é ruim” (Enfermeiro).

Internalização: convivência mútua (Nota 2) e confiança (Nota 3)

Foi possível observar um forte vínculo entre os membros da equipe, principalmente entre o médico, enfermeiro e a dentista. Um ponto que chamou atenção

foi a denominação da equipe como “Equipe marrom”, comentada por todos os profissionais da equipe. O enfermeiro, que trabalha na mesma equipe da dentista desde que entrou na unidade, conta que a escolha das equipes aconteceu por meio de um sorteio “Foi sorteio, foi palitinho, chegamos aqui, ninguém conhecia a área, ninguém conhecia o posto. Vamos separar a equipe? Aí foi palitinho”. Desde então, a equipe é denominada “Marrom” e é assim chamada por todos os membros. O enfermeiro também destaca que há uns anos, pediu exoneração do cargo para assumir um concurso federal em outra área e, após uns meses, desistiu para voltar para a unidade.

Os entrevistados relatam que o que fortalece o sentimento de pertencimento é o tempo de trabalho na equipe, o perfil dos membros e o fato de serem concursados “Desde que entrei por concurso, nunca sai da equipe marrom e nunca sai do posto. Me sinto “total” parte da equipe, quando eu sair daqui eu quero um busto em minha homenagem” (Dentista).

A questão dos profissionais, o perfil do profissional da nossa equipe, foi escolhida a dedo, eu digo assim “rapaz, foi escolhida a dedo, viu? Não foi sorte não esse negócio do palitinho, foi sorte não, foi carta marcada”. Existe também o perfil do profissional, o médico, por exemplo, ele é pediatra e médico da família, professor da faculdade de medicina, eu também tenho um vínculo muito forte com a universidade. Isso aí são facilitadores. (Enfermeiro)

Foi possível observar também um sentimento de confiança entre os membros da equipe, que compartilham as angústias e alegrias do trabalho: “Assim, acho que a gente confia um no outro, é dividir situações de casos de pacientes e até mesmo situações pessoais, às vezes nas conversas informais e tudo, a gente se abre muito” (Enfermeiro). O médico ainda relata que se sente protegido e que a amizade que existe ajuda a lidar

com o sofrimento da profissão: “A gente sofre menos porque nós somos amigos há muitos anos, então a gente conhece de aniversário, de casamento, a gente se protege, a gente é amigo há muitos anos. Mas quase todo posto não é essa paz”. A dentista complementa que, além de tudo, a relação entre a equipe é permeada pela colaboração “As nossas relações pessoais e profissionais também tornam essa unidade colaborativa, torna nossa equipe colaborativa”.

Por outro lado, as ACS da equipe, apesar de se inserirem em torno do objetivo comum, não demonstraram um vínculo pessoal com a equipe, o que torna a relação, essencialmente, profissional. Mesmo assim, o trabalho das agentes é elogiado pelos demais membros da equipe e a ACS1 destaca “Sinto, eu me sinto parte da equipe. Bem integrada”.

Governança: centralidade (Nota 2), liderança (Nota 2), suporte para inovação (Nota 3) e conectividade (Nota 3)

A coordenadora encontra-se na função há poucos meses e o envolvimento da coordenação nas atividades da unidade, foi observado, principalmente, na função da DNI. A rotatividade do cargo da coordenadora foi relatada como um entrave para o desenvolvimento do trabalho da equipe:

Muda com muita frequência, por exemplo, a gente tem 13 anos aqui de trabalho e eu não sei contar quantas coordenações já mudou. Acho negativo, porque tudo que a gente construiu de colaborativo na nossa equipe não se consegue construir na unidade por conta dessa mudança frequente de liderança. Acho que isso acontece por influência política, a dança das cadeiras, dos cargos.

Em uma conversa informal, a DNI ressalta que, apesar de a unidade ser gerenciada por ela e a coordenadora, existe a chefe de distrito da regional, que se configura como uma gerente. Assim, foi possível observar uma relação mais expressiva com a regional. De modo geral, as gestoras são reconhecidas por sua competência e acessibilidade: “Facilitador, eu acho que a nossa coordenadora ela é acessível, assim, sabe, se você levar alguma demanda que possa estar à altura dela resolver, a DNI, elas são acessíveis, sem muita dificuldade” (Enfermeiro).

Contudo, foram observados relatos sobre as limitações do cargo, em especial, sobre a subordinação da coordenação em relação à Regional “Mas, ainda é uma coisa muito de cima para baixo. O que é possível, é feito, mas é uma limitação mesmo, que infelizmente... Você é soldado raso” (Médico); “Quando é uma coisa mais local, é mais tranquilo, mas tem alguns processos que vêm de cima para baixo da gestão, a gente não tem poder, a gente não é comunicado, simplesmente eles dizem assim ‘vai e faz’” (Enfermeiro).

Em contrapartida, a ACS1 demonstrou insatisfação com o trabalho da nova coordenadora já que ela “Não quer ouvir, só quer falar! E quer tudo do jeito dela. Ela não é lá essas coisas. Eu pelo menos acho, mas ela tem os bajuladores”. Apesar disso, todos os membros elogiam o trabalho desempenhado pela DNI.

Na equipe, a liderança interna parece ser exercida informalmente, essencialmente, pelo enfermeiro, que possui um perfil agregador, bastante elogiado pela equipe: “Tem uma liderança nata que já é o próprio enfermeiro, né? Porque ele é assim, como se fosse uma referência, a pessoa que é procurada. Acontece de forma natural” (Dentista); “O meu chefe imediato é o M., o enfermeiro” (ACS1). Entretanto, o enfermeiro destaca o papel de liderança da dentista: “Só teoricamente que sou eu, mas na verdade quem manda é a dentista (risos). Eu sou no papel, está entendendo? Eu que

sou, mas quem manda mesmo é a dentista”. A ACS1 relata que se sente vigiada e cobrada, em especial, pela dentista: “A gente é que pensa que não tem, mas está todo mundo olhando para a gente. Tem, a enfermeira, o médico e dentista sempre sabem que a gente está na área, fazendo isso ou aquilo, eles sabem, principalmente a dentista” e completa: “Leva sim, qualquer coisa que está errada e que for coberta pelo agente de saúde, a gente é logo chamado a atenção”.

O papel de liderança da dentista também foi observado na forma como a equipe é conduzida e no empoderamento existente frente às demais “chefias”:

Aqui dentro da nossa unidade não, não existe essa hierarquização. No final das contas, a gestão precisa muito mais da gente que executa o trabalho, do que a gente deles. Eles têm mais o papel de coordenar, de organizar e nós de executar. Então, na verdade, quem faz somos nós e se a gente não aceitar, aquele serviço não vai ser feito. Se a gente comprar a briga, gente vai fazer. E vai fazer com louvor, com maestria (Dentista)

Assim, as lideranças favorecem o desenvolvimento de projetos e atividades com foco colaborativo. Como é o caso da consulta compartilhada, que acontece com vários membros da equipe e é conduzida pelo enfermeiro. Existem espaços para discussão de casos clínicos e momentos de aprendizagem que são marcados pela conectividade “Pela nossa equipe sim! Frequentemente temos reunião de equipe, mensalmente a gente tem reunião e discutimos esses elementos” (Dentista).

Os profissionais da equipe são integrados em diversos contextos o que propicia uma colaboração no trabalho, como no caso do médico “Eu sou do comitê de ética a gente colabora com o trabalho, faço supervisão do Mais Médicos, a gente colabora mesmo para dar certo, a gente é aliado da gestão”. O perfil de unidade escola também

contribui para isso: “Aqui tem ambulatório dos residentes do Albert Sabin, é um posto escola...” (Médico). Assim como o médico, o enfermeiro recebe alunos, tanto estudantes da graduação como residentes. Nas visitas, foi possível observar a dinâmica da unidade, no que diz respeito a grupos e atividades realizadas, por alunos da UECE e profissionais da unidade “A unidade oferece grupo de tabagismo, grupo de gestante, grupo de bem-viver, grupo movimentar-se através do educador físico. Ele faz um serviço com a comunidade, com os profissionais, exercícios de alongamento para iniciar o dia” (Dentista).

Formalização: ferramentas de formalização (Nota 3) e intercâmbio de informações (Nota 2)

As responsabilidades são bem definidas e distribuídas por toda a equipe: “Cada um já tem. Enfermeiro sabe qual é o seu, os agentes sabem qual é a sua. Cada um sabe o que é o seu. Por mim não tem problema não” (ACS1). Existe um fluxograma na unidade que orienta o trabalho dos profissionais: “A unidade tem um fluxograma que aí o usuário sabe, o que ele está procurando e como ele deve procurar. Porque ela tem toda uma agenda de atendimento para qualquer profissional, então você basta saber esse fluxograma” (Dentista).

Cada membro sabe o que deve fazer, mas existe um senso de cooperação, já que se ajudam sempre que necessário. O enfermeiro destaca que a integração é tão positiva que até a dentista participa das visitas domiciliares, bem como realiza as funções quando ele está ausente: “Por exemplo, normalmente aquela parte de avaliação dos ACS sempre fica a cargo do enfermeiro, mas quando eu estou de férias, a dentista faz, quando ela não pode fazer, o médico faz”.

Não tem isso muito de deixar a cargo do enfermeiro, a gente meio que divide. Se você for ver a maioria das equipes é quase 100% do enfermeiro. O enfermeiro

sai de férias aqui, eu faço o consolidado com os agentes de saúde, sem problema nenhum e passo esse, se tiver reunião, a gente faz reunião e se tiver alguma demanda, a gente discute a demanda. (Dentista)

Quanto às regras, foram destacadas as mais básicas, como horário e faltas. Algumas regras referentes ao desempenho do trabalho são estabelecidas pela própria equipe, outras são engessadas, como, por exemplo, a meta de cobertura para determinados grupos vulneráveis: “Tudo isso são metas que a gente tem que cumprir e a gente tenta trabalhar em cima desses números. Para fazer com que nossa equipe tenha uma melhoria na qualidade do acesso” (Dentista).

A equipe é avaliada pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), o que faz com que se organizem de maneira mais sistemática: “Algumas tentativas, por exemplo, aqui nós temos algumas equipes do PMAQ. Então existem algumas metas que precisam ser atingidas e tudo” (Enfermeiro); “Olha menina, é avaliado pelo programa PMAQ, eu para mim acho que estou boa” (ACS1). Quando as metas são atingidas, a equipe é remunerada: “É por etapas né? A gente é avaliado, dependendo da avaliação, o dinheiro que vem vai uma parte vai para a prefeitura, uma parte vai para os profissionais” (Médico).

As reuniões de equipe, além de um momento de conectividade e integração, configuram-se como espaços de troca de informações e *feedback*. Apesar disso, a comunicação ainda pode ser melhor desenvolvida, já que a equipe apresenta dificuldade em se comunicar, principalmente com o médico por questões de horário e demanda.

O sistema de informação utilizado é reconhecido como positivo por todos os profissionais e possibilita o armazenamento dos dados dos pacientes. Um ponto interessante destacado pelo enfermeiro sobre o acesso ao sistema é que: “Agora, eu

acredito que vá atender. O que acontecia, nós só tínhamos acesso à parte operacional, prontuário de registro, a gente não tinha acesso ao *feedback*, aos dados. Esse mês foi liberado o acesso aos enfermeiros para o administrativo”. Com o novo acesso, a equipe, por meio do enfermeiro, terá acesso aos dados estatísticos de atendimento, bem como da cobertura realizada, dados que antes só eram acessados pela coordenação, ele completa:

Antes era uma operação que eu chamava de “trocar o pneu com o carro andando”. A gente ia fazendo as coisas, mas ninguém parava para pensar, quantos eu fiz? Quantos faltam? Agora foi liberado o perfil administrativo, só para o enfermeiro, por enquanto. (Enfermeiro)

O enfermeiro ainda ressalta que, há muitos anos solicitava a mudança, mas só aconteceu porque a unidade apresentou uma queda em alguns indicadores importantes. Assim, para um maior controle das taxas, o sistema foi liberado. Outra crítica feita ao sistema é que, apesar de ser unificado no nível da atenção primária do município, não se estende nacionalmente: “Funciona, dentro da rede básica de Fortaleza, o que é que seria *top*, se ele fosse nacional, né? O cara lá de Brasília chegou aqui e botar o nome dele e eu saber tudo” (Médico). Além disso, não fornece acesso aos dados dos demais níveis de atenção: “Eu acho que, eu não digo nem na atenção básica, porque a gente tem acesso, é só saber usar, mas, digo na rede, integrando as assistências, secundária com a terciária, minha queixa é essa aí” (Dentista). A figura 3 apresenta o grau de integração da equipe.



Figura 3. Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 1.

4.2.2 Equipe II: “A colaboração funciona bem, dentro da nossa limitação” (Nota Final 24)

Objetivos compartilhados e visão: objetivos (Nota 3) e orientação da relação profissional-usuário (Nota 2)

Sobre o compartilhamento de objetivos, a equipe demonstra uma sintonia e tem o foco no cuidado integral e longitudinal do paciente. Assim, os profissionais envolvidos, desde o médico aos ACS, acreditam que o principal objetivo da equipe é “receber os pacientes, cuidar de cada uma na sua particularidade. Cuidar dos seus problemas de saúde... E nosso objetivo é fazer com que essas pessoas tenham acompanhamento periódico. Então, o nosso objetivo é ajudar essas pessoas” (ACS1); “Essa é a preocupação do médico, para preparar a gente para acordar a comunidade. que o posto tem uma promoção e prevenção das doenças crônicas” (ACS3).

Quando questionados sobre o objetivo do trabalho de cada um, as respostas convergiam na importância da colaboração, principalmente nas falas do médico e dos agentes, que apresentaram uma sintonia em relação ao cuidado do paciente: “Agora,

entre o médico, enfermeiro, dentista e ACS, há uma colaboração bem importante, a gente divide os pacientes organizadamente, as linhas de cuidado, o que cada um tem que fazer” (Médico).

Por outro lado, foi possível observar alguns discursos em que prevaleciam os interesses individuais e divergências entre o trabalho da equipe. Como ressalta a enfermeira, quando fala sobre a “hegemonia” do saber médico e o seu papel na equipe “Acaba vindo para mim, pedir renovação de receita, aí você precisa ficar indo lá (pedir ao médico). Eu acho muito chato” (Enfermeira). Corroborando, o dentista, apesar de ser incluído nas falas dos colegas, apresentou uma visão mais individualista do trabalho, que é justificada (por ele) pelas particularidades da sua profissão.

Essa parte mesmo de atendimento é cada um assim, se o médico tiver muito paciente eu não posso ajudar, mas acredito que a enfermeira com ele, por ter uma interação maior, eles se ajudam. Nessa parte não, dentro do atendimento não. Mas, se ele pedir para atender dois pacientes para ele, eu atendo. E também se eu tiver um paciente hipertenso descompensado ou diabetes, eu encaminho para ele. (Dentista)

Todavia, além de elogiar o trabalho integrado entre o médico e a enfermeira, contou que mudou de equipe, pois seus horários eram mais parecidos com o do médico atual e isso ajudava bastante no desenvolvimento do trabalho da equipe.

Internalização: convivência mútua (Nota 2) e confiança (Nota 2)

Os membros da equipe demonstram se conhecer bem, tanto profissionalmente como pessoalmente. A equipe se denomina como “Equipe azul”, mas alguns membros

preferem não utilizar essa nomenclatura. De modo geral, destacam-se os discursos sobre amizade e confiança, o que reforça o entrosamento entre os membros da equipe.

O respeito e amizade são fundamentais para desenvolver esse vínculo tão forte. Eu falando dá a impressão de ser 10 anos de amizade, né? É uma equipe tão boa, tão legal, que a gente cria um amor por todos os que fazem parte dela. Existe confiança demais, confiança, respeito e amizade. (ACS3)

A boa relação da equipe é marcada por um conflito que ocorreu há quase 8 anos e foi mencionado pela ACS1 e pelo dentista. A agente destaca que, por essa razão, não se sente parte da equipe e ainda tem muitas mágoas dos colegas: “Um ano e meio depois que entrei, teve um problema na equipe de uma fofoca que surgiu, então teve uma reunião e me colocaram em uma sala e não me deram oportunidade de me defender”. Apesar disso, ressalta a união da equipe quando o assunto é trabalho: “Na hora chega todo mundo junto, todo mundo conversa e a gente chega em um consenso e vai acontecendo o trabalho. Nada parou, por isso ou por aquilo não. É muito gratificante” (ACS1).

Governança: centralidade (Nota 2), liderança (Nota 2), suporte para inovação (Nota 3) e conectividade (Nota 2)

Em relação à centralidade, observa-se que a equipe reconhece o trabalho e a competência da coordenadora da unidade, que é considerada como flexível por sua conduta com os profissionais: “Ela é muito flexível, inclusive eu estou tirando a minhas férias bem quebrada. É flexível, conversar, trocar horários” (Enfermeira). Mas, por ter apenas alguns meses de trabalho, ainda carece do vínculo estabelecido com a Regional, o que, na visão da equipe, dificulta as solicitações: “São coisas que poderiam ser

resolvidas se tivesse uma articulação maior, mas não existe” (Médico). Os participantes relatam o trabalho da coordenadora anterior que era muito bem quista por todos, já que era considerada mais proativa e resolutiva e estava sempre pensando em promover a unidade. De acordo com a enfermeira, a indicação da unidade como referência e os prêmios recebidos também fazem parte da gestão anterior.

A coordenadora anterior era muito colaborativa (risos). E acho que isso ajudou muito. Ela queria que melhorasse mesmo, as avaliações, as metas, ela era muito envolvida, envolvia todo mundo. Exemplo, faltou um enfermeiro para o acolhimento, ela ia lá e fazia, ela queria que acontecesse. Ela era dentista, a ascensão do posto perante a Regional, que você foi indicada, eu acho que foi por isso, pelos dois prêmios. A melhor unidade da Regional III, tem até uma plaquinha. Além de fazer, porque a gente podia até fazer, mas não mostrava. Ela sabia fazer e mostrar, dava visibilidade ao posto. (Enfermeira)

Em relação à liderança, o médico exerce, notoriamente, o papel de líder da equipe, o que é instituído quase que formalmente. Assim, é citado por todos os membros como referência para que o trabalho da equipe aconteça, até mesmo em relação à comunidade, sendo ressaltado o seu perfil para atuação na AB: “Quando eu comecei a ir nas casas... foi o Dr.S, porque eu dizia 'ahh, eu sou agente de saúde lá do Posto X', aí perguntavam 'lá do Dr.S?' 'É!!'. Aí as portas se abriram” (ACS3); “A nossa equipe, especificamente, sempre funcionou bem. O Dr. S é inteligentíssimo, ele nasceu para ser médico da saúde da família, muito competente, ele acompanha sempre, reunião sempre e ele está sempre inovando, criando coisas novas para participar” (ACS1).

Apesar disso, em alguns momentos é relatada como um tipo de liderança informal: “a equipe em si geralmente quem comanda mais é o médico, o Dr. S. Isso é informal, não foi definido. Sim, sim, a gente acabou reconhecendo isso” (Dentista), o médico reconhece, em alguns momentos, o seu papel de líder na equipe e reforça a importância de existir outras lideranças.

Não existe chefe de equipe, na verdade as decisões todas são compartilhadas... Eu sinto que, em momentos que é necessário, eu faço a liderança, porque eu sempre coloco objetivos e aquele objetivo tem que ser atingido, então quem vai cobrar o objetivo acaba funcionando como líder. Mas, muitas vezes a gente tem que dividir essa liderança, e eu acredito que isso é saudável, inclusive para que alguns objetivos sejam atingidos concomitantemente. (Médico)

O forte papel da liderança também possibilita um suporte à inovação, principalmente no que diz respeito ao incentivo às práticas e ao desenvolvimento de competências e conhecimentos. A equipe está sempre estudando e se capacitando, sejam em “aulas” internas no grupo ou cursos de educação permanente: “Esses da Educação Permanente, mas eu não consigo nem te listar, são muitos. Às vezes, uns são online e outros presenciais. Esse é maravilhoso, lá só tem eu e a ACS2 de agente, o resto é tudo psicóloga” (ACS3).

Assim, estão sempre conectados em busca de novos conhecimentos que favoreçam a resolução de problemas e levem a ajustes na prática colaborativa “A gente tem as visitas quinzenais, tem reunião onde você expõe, quando a gente precisa de minicurso é atendido. Todas as angústias que a gente traz da comunidade, são colocadas em reunião e se tenta resolver” (ACS3). Mesmo quando as dificuldades aparecem,

existe um esforço para tentar superá-las: “Aí quando acaba não conseguindo, a gente tenta estudar o que a gente sabe, fazer do jeito que dá” (Médico).

Um exemplo disso são as reuniões que acontecem semanalmente e funcionam como espaços para discussões das demandas e de temas pertinentes, como doenças, tratamentos, riscos, dentre outros: “Na reunião, ele coloca assim, ‘o que vocês gostariam de aprender, o que vocês estão com dificuldade?’. Aí foi quando a gente disse: ‘Vamos ver sobre tuberculose, que nós estamos inseguros, a regional deu há dois anos atrás, mas a gente vai mudando’” (ACS3).

Um ponto que favorece a conectividade são os médicos residentes orientados pelo médico da equipe. Além de auxiliarem nas demandas da comunidade, incentivam as discussões de casos clínicos e de novas metodologias, conforme ressaltado pelo dentista: “Agora está tendo também a residência com os médicos, né? Está dando até uma ajuda maior, nessa parte da educação e saúde, que o médico pode delegar essa função, de fazer o trabalho com os grupos”.

Formalização: ferramentas de formalização (Nota 3) e intercâmbio de informações (Nota 3)

Foi possível observar ferramentas claras de formalização, em especial, a forma como as responsabilidades são definidas, o que está relacionado à função de líder do médico. Mesmo com a existência do senso do trabalho em equipe, os membros da equipe reconhecem seus papéis e respeitam as regras no ambiente de trabalho: “Cada um que tem sua função desenvolve a sua responsabilidade. A responsabilidade é fundamental, porque se algo é repassado para você e você não cumpre, então acho que quebra. Uma coisa é interligada com a outra” (ACS3); “Da reunião participam todos

nós. É assim, cada um na sua particularidade. Eu tenho a minha microárea, é mais ou menos 600 pessoas, cada agente tem a sua área, o seu mapa” (ACS2).

As reuniões configuram-se como espaço de troca de informações relevantes e têm suas pautas organizadas de acordo com a necessidade da equipe: “A gente organiza as reuniões de acordo com as pautas e aí sempre que alguém tem alguma pauta, a pessoa que apresenta a sua pauta” (Médico). Apesar da fala inclusiva do médico, observou-se uma hegemonia no que diz respeito à condução dos assuntos tratados em reuniões, conforme relatado pela ACS3: “O Dr. S. coloca os assuntos, a gente discute e no final da reunião ele abre uma pauta para que se coloque cada problema, cada agente vai colocando a sua problemática”, o que é reforçado pela ACS1: “Nas reuniões o Dr. S. chega com os residentes, aí eles trazem algum assunto. Aí, quando termina, eles terminam de expor o material que eles trouxeram, nós vamos para a questão das demandas da comunidade”.

Por outro lado, a boa comunicação e troca de informações traz um retorno positivo que se estende à comunidade “A gente conversa sobre o trabalho. É muito produtivo. Quando a gente sai daqui que chega na casa do povo com a resposta eles ficam muito feliz, porque eles tiveram um retorno. Entendeu?” (ACS1).

O sistema de informação utilizado pela equipe, apesar de apresentar alguns “bugs” (sic) e problemas com a internet, também se configura como um importante canal de armazenamento de informações: “Fica registrado e a gente acompanha tudo” (Dentista). Outro canal mencionado é o *whatsapp*: “A gente tem um grupo da nossa equipe no *whatsapp*, mais para a gente saber se o médico está, para não dar viagem perdida. Se ele pode resolver um problema... Então é diário isso aí.” (ACS3). Um ponto que merece destaque é que o médico não faz parte do grupo, apenas a sua esposa (que

não trabalha na unidade e o representa no grupo) e os internos residentes. A figura 4 mostra o resultado final das análises dessa equipe.

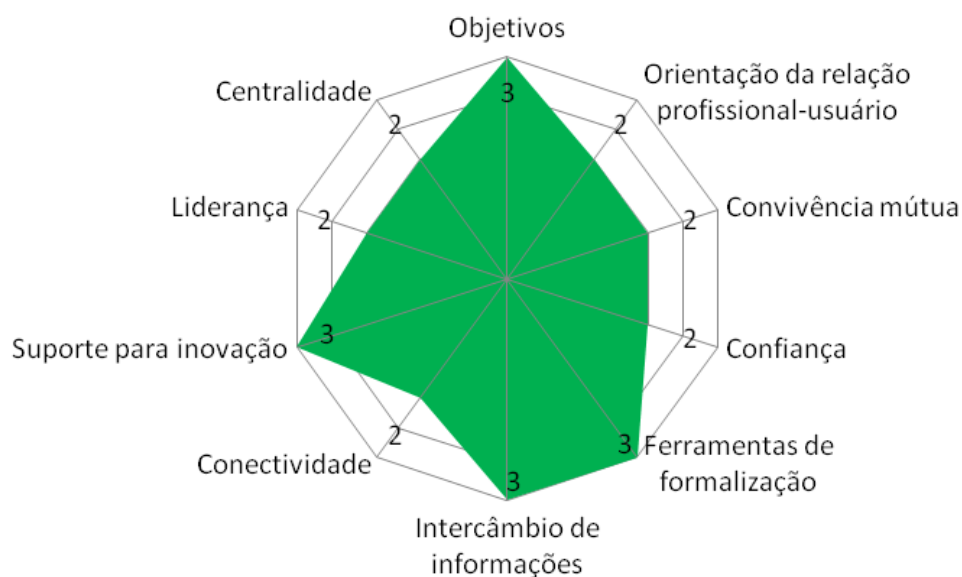


Figura 4. Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 2.

4.2.3 Equipe III: “Quando é necessário, a gente se ajuda” (Nota Final 14)

Objetivos compartilhados e visão: objetivos (Nota 1) e orientação da relação profissional-usuário (Nota 1)

Todas as entrevistadas destacam que o objetivo principal da equipe é atender e cuidar da saúde da população. Apesar disso, os esforços não parecem convergir em torno de uma visão comum, o que leva a uma equipe com objetivos fragmentados. Foi possível perceber uma relação mais forte entre a médica e as ACS (e, eventualmente, a enfermeira). As atividades da dentista são independentes e não incluem o trabalho em equipe: “A gente faz o agendamento dos acolhimentos e tem também o batimento de porta que a gente atende a emergência, mas a emergência, às vezes, é só medicação e encaminhamento para as especialidades”. O trabalho da dentista e ASB é estritamente

voltado ao consultório e a relação com a equipe acontece quando há encaminhamentos, não existindo interação: “Às vezes a gente não sabe quanto, quando ela fez aquele atendimento. A gente não para para ver quantos foram os atendimentos, se a cobertura da odontologia está acontecendo na área” (ACS1). A enfermeira ressalta que, algumas vezes, deixa o paciente lá na porta do consultório da dentista, pois não tem outra forma de vínculo com ela: “Quando é uma coisa mais urgente, a gente deixa o paciente lá”. A médica concorda com o distanciamento e destaca a dificuldade de fazer um encaminhamento pela falta de integração, comenta:

Eu acho o dentista muito fora a parte, eu nunca vi isso! Eu estava até me questionando outro dia, gente, como é que pode?! Você vê que o médico e o enfermeiro estão sempre discutindo sobre os pacientes, agente de saúde também, a gente trabalha... Deus me perdoe, eu não estou querendo falar mal, mas assim, parece que a profissão *odonto* não se integra mesmo. Que é errado, né? (Médica)

Observa-se que existem interesses individuais que se sobrepõem aos coletivos, apesar de existirem objetivos particulares, as entrevistadas não conseguem visualizar a unicidade da equipe. Para a ACS1: “a enfermeira e a médica elas realizam o trabalho delas enquanto atendimento”, mas enquanto equipe, acredita existir falhas.

Internalização: convivência mútua (Nota 2) e confiança (Nota 2)

Pela própria dificuldade em estabelecer um vínculo de equipe, a internalização é prejudicada. A maioria das entrevistadas se sente parte da equipe e relatam uma convivência harmônica: “Eu me sinto parte da equipe, apesar da gente não ter as nossas reuniões oficiais, eu me sinto parte da equipe” (Médica); “Assim, nossa equipe é pequena, mas acredito que é bem acolhedora para desenvolvermos esse trabalho”

(ACS1); “A gente, graças a Deus, e o ambiente aqui, não sei se a gente foi premiada, abençoada, o ambiente pra trabalhar é muito bom” (ACS2).

Apesar disso, existe uma resistência em relação à dentista “mas o dentista, se tu me perguntar qual é minha dentista, eu não sei, diga o nome da sua dentista da sua equipe, sei não” (Médica); “Faz parte da equipe, mas a odontologia aqui sempre foi um pouco afastada... mas assim, de equipe, a gente não lembra dela. Pelo menos nos últimos tempos, eu não lembro” (Enfermeira). Por outro lado, a dentista afirma que se sente parte da equipe e que gosta muito de trabalhar na unidade, principalmente por morar nas vizinhanças: “Eu moro aqui bem pertinho e eu pedi para ela me transferir para cá e graças a Deus eu consegui, pois foi uma benção” (Dentista).

Um ponto que chamou a atenção foi a interação entre as agentes de saúde de todas as equipes, que pôde ser percebida nas visitas e nas falas. Parece existir uma forte amizade e confiança entre elas que ultrapassa a configuração da equipe. Assim, quando a ACS2 foi questionada sobre “se sentir parte da equipe”, respondeu em relação às suas colegas ACS: “Me sinto sim, claro! Você não viu que quando eu cheguei todo mundo bateu palma na sala? A gente se dá muito bem!” (falando sobre as colegas ACS que estavam reunidas em uma sala). De modo geral, na equipe não foi possível observar relações significativas de confiança e amizade, sendo observado apenas entre as ACS e, de modo superficial, entre todos da unidade.

Governança: centralidade (Nota 2), liderança (Nota 1), suporte para inovação (Nota 1) e conectividade (Nota 1)

Em relação à centralidade observou-se o papel atuante da coordenadora da unidade que é reconhecida por desempenhar um bom trabalho e ter um bom contato com a regional: “Sim, com a nossa gestão, a nossa gestora imediata, eu acho que sim,

ela é bem aberta ao diálogo, sempre escuta o profissional e tenta resolver da melhor forma, tanto para o profissional, como para o paciente” (Enfermeira); “Sim, sim, dentro das possibilidades, quando a gente precisa de alguma coisa, a gente solicita e é atendido” (Dentista). O contato com a regional ou outros órgãos também é intermediado pela coordenadora, que funciona como ponte entre os profissionais: “Tem, a gente tem, e quando a gente não consegue, a gente fala com ela e ela ajuda” (Enfermeira).

Apesar disso, vale ressaltar que durante as visitas, a coordenadora estava sempre ocupada e sem tempo, até mesmo para responder às perguntas feitas pela pesquisadora que teve que ligar e ir diversas vezes na unidade para conseguir alguns dados.

A liderança da equipe parece ser confusa, pois os membros da equipe reconhecem, primeiramente, a enfermeira como líder, só que não por sua atuação, mas por sua função ser “prescrita” como responsável e pela rotatividade do médico: “Não, acho que não existe um líder. Mas, o nosso contato maior, em termos do médico não ser permanente, é questão da enfermeira mesmo” (ACS1); “Não, não existe um chefe na equipe. Com certeza, a líder, geralmente é a enfermeira” (Dentista).

Já a médica não reconhece a colega como chefe, mas acredita que ela deve se posicionar como líder em algumas situações: “Não, eu não vejo dessa forma não, se bem que a enfermeira organiza algumas coisas, mas não necessariamente vá se posicionar como chefe. Ela tem que puxar as rédeas e funcionar como líder, como no caso da visita domiciliar” e destaca: “A única chefe que tem aqui é a coordenadora. A nossa chefinha”.

Por outro lado, a enfermeira, apesar de destacar que existe um nivelamento, ressalta a hierarquia que existe da figura dela e da médica em relação às ACS, o que demonstra uma forte subordinação dos ACS na equipe.

Acho que está todo mundo nivelado, está todo mundo nivelado. Assim, né? Eu e a médica a gente passa para os ACS, a subordinação seriam os agentes de saúde, tanto eles são subordinados a mim, quanto a ela. Se ela pega, vamos supor, um paciente, primeiro ela fala com eles, tenta resolver, me passa e comunica, lateralmente, lateral. (Enfermeira)

De modo geral, não foi possível observar suporte para inovação e conectividade, seja em eventos, treinamentos, atividades ou discussões que tenham foco na educação permanente. A falta de espaço físico e alta demanda são as principais justificativas dada pelas participantes: “Infelizmente, em termos de espaço, nós não temos, porque tudo que a gente vai fazer em outras atividades, tem que ser externo, nosso posto não tem. Qualquer evento aqui tem que fazer na escola” (Dentista); “O que barra a gente fazer isso é mais a questão da grande demanda” (Médica). A enfermeira relata que existe uma celebração nas datas comemorativas: “A gente também faz, comemora São João, Natal... Ultimamente foi fora, foi até na casa de um agente de saúde. A gente faz chá de fraldas, quando está grávida, aí não importa quem é, se é médico, agente, enfermeiro” (Enfermeira).

Por outro lado, chama atenção o empenho da ACS1 em realizar atividades de educação permanente com foco na prática colaborativa. Em uma das visitas, a ACS2 contou que a agente iria ministrar um curso para as outras colegas agentes “Ela foi para um curso na Fundação Fiocruz e ela vai repassar para a gente, para as agentes de todas as equipes”. Mesmo com o esforço, a ACS1 desabafa sobre a dificuldade para realizar tais ações, que quando acontecem não têm a adesão da equipe: “Vai só eu e os acadêmicos, porque elas não tem esse tempo de trabalhar essa questão da educação e saúde, então como a médica trabalha essa questão? Nas próprias consultas dela e nos

momentos oportunos que ela tem de visita domiciliar”. Além disso, fala sobre a falta de diálogo e planejamento que acaba dificultando a conectividade entre a equipe.

Aqui o meu trabalho é educação na saúde, né? Então, não se faz uma educação sem diálogo, não se constrói nada sem diálogo, sem planejamento. Então assim, diálogo construtivo em termos de equipe, é ..., não tem. Eu critico muito isso, porque, como disse para você, eu tenho outra formação, em educação. (ACS1)

Formalização: ferramentas de formalização (Nota 2) e intercâmbio de informações (Nota 1)

As responsabilidades de cada membro da equipe existem de forma individualizada e são predefinidas. Assim, cada um sabe o que deve fazer, mas as responsabilidades não são discutidas e compartilhadas de forma consensual: “A médica tem a agenda dela, a enfermeira tem a agenda dela e a gente acaba passando essas informações para a população”. A enfermeira destaca: “A gente tem uma agenda pré-definida... É pela agenda, pelo agendamento. A gente faz pré-natal, puericultura, atende hipertenso e diabético, faz visita domiciliar a cada 15 dias, eu faço prevenção”.

Não houve reunião para definir isso, na verdade já existe uma predefinição, as normas pré-estabelecidas e quando a gente chega, a gente segue. O ideal é sentar e conversar e ver a realidade local e a realidade da equipe para tentar adaptar... o que é errado, né? Mas, essa é a verdade, isso é o que acontece! (Médica)

As regras do ambiente de trabalho, que fazem referência principalmente ao horário de trabalho, são conhecidas por todos e são consideradas flexíveis, na medida em que podem ser discutidas e negociadas: “As regras aqui tem o ponto, a gente cumpre o horário de entrada e saída, permanecer na unidade, se for sair por pequeno tempo, tem que avisar a coordenação. Mas, regras assim, não tem, mais as básicas de

funcionamento” (Dentista); “Regra, regra, regra, acho que é o horário, agenda, essas coisas, e a gente procura trabalhar dentro dos protocolos do MS” (Enfermeira).

A comunicação é bastante elementar e reconhecida pela equipe como falha e insuficiente. A falta de comunicação e diálogo é ressaltada como um dos elementos dificultadores para o desenvolvimento da colaboração na equipe: “Aumentar a comunicação, a gente ter uma agenda de reunião para decidir os fluxos, trazer..., sei lá, estudos de caso, conversar sobre algumas condutas, algumas coisas assim...” (Enfermeira); “A falta de comunicação, porque como não tem aquele espaço de diálogo, que tinha antes, quando vão fazer alguma reunião é só quando tem algo muito urgente. Então, às vezes acontece alguns conflitos por causa da comunicação” (ACS1).

Para tentar compensar a falta de comunicação formal, observa-se a existência de um canal virtual que ajuda na resolução das principais demandas: “A gente tem até um grupo do *whatsapp*. Pronto a gente não se reúne pessoalmente, mas a gente se reúne virtualmente no *whatsapp*” (ACS1); “Quando precisa de algo mais a gente se fala mais pelo *whatsapp*” (Enfermeira).

O sistema de informação utilizado na unidade também é reconhecido como um canal positivo de comunicação: “O sistema é bom. Porque antigamente a gente tinha muita coisa para colocar, mas hoje está tudo digitalizado e a gente percebeu que foi uma ferramenta a nosso favor. Saber quantos idosos eu tenho, eu tenho como conseguir lá” (ACS2). A única reclamação é que o sistema costuma cair com frequência e os cadastros precisam ser manuais, o que prejudica o atendimento: “O sistema ele cai e fica no manual e isso atrapalha. Então, faz manual, mas a gente não tem prontuário manual, então a gente fica sem informação no sistema” (Enfermeira).

Não acontecem reuniões de equipe e as decisões são tomadas no dia a dia e nos momentos em que a equipe se encontra, que pode ser durante as visitas, no corredor, na

copa ou em algum consultório. De acordo com a médica, essa realidade existe desde que ela chegou na unidade: “a demanda é tão grande que a coisa mais difícil do mundo é ter uma reunião, acho que desde que eu entrei aqui, desde outubro de 2017, só teve uma reunião”. Para a ACS2, com a implantação do sistema, as reuniões (que aconteciam apenas para cobrar números) acabaram ficando desnecessárias, além disso, a alta demanda dificulta a realização de reuniões.

Antigamente tinha uma reunião mensal da equipe onde a gente passava os dados do nosso trabalho. Hoje, como está tudo no sistema, não precisa mais, né? Só mesmo informações. Eu tenho um caso, eu procuro a pessoa individual, mas, como equipe não, não, não. Não tem mais nem tempo, nem sala, nada. (ACS2)

Por outro lado, a enfermeira fala sobre a necessidade de as reuniões acontecerem para que “todos possam falar a mesma língua”. Ela destaca que, antigamente, as reuniões (de equipe e geral) aconteciam obrigatoriamente todas as semanas e contavam até com a participação do NASF (quando a unidade possuía um): “Então assim, eram mais tranquilos os fluxos, as tomadas de decisões e tal, a gente andava em uma linha mais retinha. Então agora a gente quase não tem reunião e isso é um dificultador, com certeza”.



Figura 5. Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 3.

4.2.4 Equipe IV: “Aqui a gente se ajuda *muuuuuuito*, somos muito integrados”

(Nota Final 27)

Objetivos compartilhados e visão: objetivos (Nota 3) e orientação da relação profissional-usuário (Nota 3)

Em relação aos objetivos, observa-se uma sintonia entre os membros da equipe que, apesar de algumas dificuldades, trabalham com objetivos comuns, compartilhados e discutidos por todos “eu acho que é isso, é todo mundo querendo trabalhar junto para levar uma melhor saúde para população” (Médico). Assim, a divisão de tarefas da equipe acontece de forma integrada e os une em torno de uma meta central: promover saúde para a comunidade.

A dentista da equipe tem um papel fundamental no alcance dessa meta, sendo por meio dela que as tarefas, para o alcance do objetivo comum, são negociadas e distribuídas: “Principalmente depois que ela veio, agregou muito valor, até fez a enfermeira e o médico serem mais próximo, entendeu? Então é isso” (ACS). Além

disso, defende uma visão integrada do paciente que vai além da visão particular de cada profissão.

Por exemplo, eu sou dentista, né? Hoje mesmo pela manhã eu estava no meu consultório odontológico e vem uma demanda de uma adolescente que estava se automutilando, porque às vezes surgem as demandas, você tem que ter um ouvido, uma escuta para além de dente, de boca. Então assim, qual meu papel enquanto dentista? É só ver a boca? Não! Então assim, são trabalhos que a gente diz que transcendem meu núcleo de saber. Então, eu acho que trabalho colaborativo é isso, quando você alcança essa visão de um trabalho mais em equipe, integrado. Ter mais resolutividade. (Dentista)

Assim, observa-se uma orientação centrada no paciente que para acontecer precisa da soma de todos os saberes, indo muito além do saber de cada profissional. A dentista complementa:

Então você começa a ver que é muito melhor trabalhar assim, do que trabalhar segmentado. Que você se importa com o outro, que o seu trabalho também está relacionado a esse problema. Porque, com certeza, essa adolescente não está escovando os dentes, então deve ter gengivite, periodontite, então assim, é a inter-relação. (Dentista)

Um elemento que parece contribuir com essa integração é o horário dos profissionais da equipe que são os mesmos em grande parte da carga horária como, por exemplo, nos dias de MT (dia em que os profissionais trabalham manhã e tarde obrigatoriamente). Até mesmo na DESP, a equipe ainda permanece unida para desempenhar a atividade.

Por outro lado, os profissionais afirmam “nadar contra à maré”, já que o modelo instituído dificulta o desenvolvimento da integração: “Isso dificulta, porque muita coisa a gente não consegue inserir, não consegue contar muito com o apoio do médico (ACS)”. Como consequência, a figura do médico é prejudicada, já que ele passa a maior parte do tempo no consultório, enquanto deveria estar na comunidade.

O problema é que o médico ainda fica muito no consultório, ele é diferente do enfermeiro e do dentista, é muito clínico, muito assistencial. Eu tenho certeza que não é o que ele quer, mas é o que tem para ele... (Dentista)

Apesar disso, é possível perceber um esforço do médico em melhorar essa realidade, mesmo sendo do PMM e tendo uma carga horária destinada mais aos atendimentos clínicos, defende a mudança de algumas rotinas que impactam diretamente à integração. Como, por exemplo, nos dias que tem visita ou atendimento na área, a agenda não é aberta para a unidade, o que possibilita um momento com a equipe. Também é evidenciado o papel do tutor (do PMM) como facilitador do processo de colaboração: “Acho importante, que todos devem fazer, é importante, foi uma das coisas que minha tutora falou, que não é algo só da enfermeira. Isso é de todos”.

Internalização: convivência mútua (Nota 2) e confiança (Nota 2)

A equipe parece se conhecer bem tanto profissionalmente como pessoalmente. Esse fato se estende também aos demais profissionais da unidade, não se restringindo apenas à equipe. Os membros destacam que se sentem parte da equipe.

Me sinto da minha, lógico, né? (risos) Mais da minha. Sinto sim, me sinto incluída. E meu trabalho não se restringe só a uma área, aquela coisa assim,

muito fechada. Eu quero saber da minha e das outras se eu puder ajudar também.

(Enfermeira)

A confiança também é percebida entre a equipe e com os demais profissionais. Em vários momentos, foi possível observar pedidos de ajuda e orientações, que aconteciam horizontalmente, independente da função.

Elas são muito boas (as médicas da unidade que são especialistas), elas dão apoio, alguma dúvida que eu tenha, vou lá tiro com elas. Ela (endocrinologista) foi lá no consultório comigo e a gente trocou ideias, isso é bem legal. Isso facilita a dinâmica da equipe, muito mesmo. (Médico)

Há um reconhecimento das habilidades e experiências dos profissionais, em especial, dos mais antigos. Em um relato, a enfermeira conta que o médico orientou uma paciente de maneira errada, mesmo após a sua orientação, e que depois ele percebeu o erro: “Eu acho que é bom porque vai aprendendo. Hoje mesmo ele veio falar comigo, tem um carinho né? Eu não me sinto ameaçada não”.

Somado a isso, destaca-se a resistência da ACS em relação ao trabalho do médico: “Acho que médico da equipe, assim, (risos), é sigilosa né? Assim, os médicos, não vou dizer que todos, mas é difícil ter um médico com perfil de médico de saúde da família”. Relata também a dificuldade de se adaptar à equipe, já que tinha um vínculo muito grande com o médico e a enfermeira anterior que, em sua opinião, eram mais presentes na comunidade. Apesar disso, ressalta a importância da dentista no fortalecimento da equipe, o que a tornou mais integrada.

O único profissional que parece não estar inserido na equipe é a ASB, que ainda apresenta um discurso individualizado: “Para mim está funcionando tudo, não quebrando nada, não faltando nada em relação ao meu atendimento, está bom” (ASB), o

que é justificado por atuar com todas as dentistas da unidade, não auxiliando, exclusivamente, a dentista da equipe. Apesar disso, relatou que participa das atividades da equipe sempre que possível e afirma que não acontece mais vezes por falta de outro profissional da área que possa ficar no consultório.

Governança: centralidade (Nota 3), liderança (Nota 3), suporte para inovação (Nota 3) e conectividade (Nota 2)

Em relação à centralidade, observa-se que a equipe reconhece na coordenadora um papel ativo no que diz respeito ao desempenho de suas funções. O papel atuante pode ser observado no relato da ACS que relata uma visita à comunidade que realizou com a coordenadora: “Está com um mês que eu fui com ela para a área, porque uma enfermeira está de licença, então não pode fazer a notificação, aí eu que fui e ela foi comigo”. Além disso, os profissionais sempre a procuram quando precisam solicitar algo, sendo reconhecida como uma chefe resolutiva: “Com a coordenação também, já chegou tempos de eu não conseguir fazer alguma coisa que era necessária e eu tive que acionar a coordenação para dar uma chamada, já aconteceu isso” (ACS).

Outro ponto é que parece existir, por parte da coordenação, uma direção clara e explícita para a colaboração, que além de ser motivadora, todos se esforçam para seguir: “A coordenadora, que é a que mais integra todo mundo, que está mais por dentro de todos” (Médico).

A colaboração ela vai além, ela é serviço/gestão. A coordenação já colaborativa é uma parceira e isso é extremamente motivador. Ave Maria, eu digo na frente e nas costas dela. Porque tem perfil, se coloca no lugar do outro, é servidora e está na gestão, se coloca no lugar do servidor. (Dentista)

Em relação à liderança na equipe também parece existir um consenso. O papel da dentista no grupo é extremamente importante e reconhecido pelos demais como de liderança, mesmo que não formalizado, sendo a única dentista das equipes estudadas que se destacou em relação à liderança: “Acho que a R., eu não gosto de ser líder e boto para ela, que é quase enfermeira. (risos). Ela tem esse dom, assim, ela sabe, ela articula, ela liga, ela tem esse dom, né?” (Enfermeira); “Em termos de líder, eu acho que seja a própria R. Ela que eu vejo que está mais por dentro. Não foi definido que ela é a líder, mas é ela. É mais de organização do que hierarquia” (Médico).

Apesar disso, a própria dentista reconhece que a liderança é um processo fluido, podendo ser assumido por outros profissionais: “Eu acho que existem vários líderes, e todo mundo respeita o seu espaço e ninguém compete com ninguém. Não é um líder de hierarquia, não há essa disputa. Então, tem horas que eu sou, tem horas que não”. Outro ponto que merece destaque é o papel ativo da dentista no empoderamento dos profissionais na relação com a gestão, como nessa fala sobre uma reivindicação feita pela contratação de preceptorias que estavam faltando: “E estava todo mundo triste, a gente estava fazendo um trabalho legal. Aí a gente reivindicou, só para te mostrar como a residência funciona, todo mundo entregou as preceptorias, ou fica sem nada ou resolvem o problema. E resolveram...”.

Os membros também se sentem à vontade para dar opiniões e participar da tomada de decisões. Pela própria centralidade e liderança fortalecida e atuante, é possível observar um forte incentivo à inovação e conectividade. Os processos de trabalho são repensados, buscando a introdução de novas práticas, bem como o fortalecimento da colaboração: “Aparece muito esses cursos, a gente é muito estimulado. Não só na prática mesmo, mas na teoria. Em termos disso é muito forte.

Aqui tem essa vantagem. Eu acho que eles focam muito em educação e saúde mesmo.”
(Médico).

Um dos projetos que merece destaque é a *Roda de Campo*, um encontro semanal, coordenado pela dentista, que engloba a discussão de artigos, casos e temáticas propostas pelo manual pedagógico elaborado pela Escola de Saúde Pública (ESP-CE):
“Sim, eu sou preceptora de campo. Aí campo é tudo que é da saúde. Aí tem a dentista, a fisio, a psicóloga... Está aí o trabalho colaborativo é uma integração muito significativa”
(Dentista). No momento da pesquisa o módulo era colaboração interprofissional e processo de trabalho na saúde.

Então a gente provoca uma discussão entre a equipe e aí a gente começa a enxergar o que pode melhorar, mudar. Isso só acontece porque a gente parou, a gente estudou, a gente tomou conhecimento. Isso favorece também essa colaboração. Você não vai ter um trabalho colaborativo só porque as pessoas são legais. (Dentista)

Observa-se uma boa conectividade entre os membros da equipe, que interagem não só entre si, mas com os demais profissionais da unidade, conforme relatado pela enfermeira:

Então os recursos humanos aqui são muito humanos. Deu problema na vacina, a gente vai lá e conversa, faz atividade na área, prepara as vacinas para tal dia, tem professores da FANOR, FIC, Unichristus, eles ajudam demais, muito. Então aqui a gente se ajuda *muuuuuuuuito*, somos muito integrados. (Enfermeira)

As reuniões de equipe são importantes espaços de interação social e profissional e ocorrem quinzenalmente ou mensalmente, dependendo da demanda do mês. Nela são discutidas as demandas da área, casos clínicos, pontos a melhorar e temas pertinentes.

“A gente se reúne para debater algum tema, alguma dificuldade que a gente encontra na equipe, né? Um paciente que seja para a gente discutir, focar mais e encontrar uma forma em conjunto para dar o melhor para esse paciente” (Médico).

Contraditoriamente, a enfermeira ressalta que há dois meses as reuniões não acontecem como deveriam, mas que sempre são espaços para discussão de demandas e casos, bem como elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS).

Formalização: ferramentas de formalização (Nota 3) e intercâmbio de informações (Nota 3)

Existem ferramentas claras de formalização, principalmente no que diz respeito às responsabilidades de cada um. Mesmo interligados e direcionados a um objetivo comum, os membros da equipe sabem claramente quais são suas responsabilidades e o que podem exigir e esperar uns dos outros. No início do ano, realizaram um planejamento em saúde ambiental que envolveu toda a unidade, no qual foram decididos quais temas seriam trabalhados nos próximos dois anos.

Outro ponto que chama atenção é que as responsabilidades são tão bem definidas que os profissionais fazem questão de ajudar uns aos outros. Esse mecanismo também tem o objetivo de evitar a sobrecarga de trabalho, já que todos podem auxiliar no trabalho “Nosso trabalho funciona, tem dias que fulano não pode ir, então é conduzido por outro. Você vê essa colaboração, essa responsabilização, não há sobrecarga em um, isso é legal. Há uma responsabilização de todos e isso motiva. Traz resultados!” (Dentista).

Os entrevistados afirmam estar satisfeitos com o sistema que utilizam para armazenamento dos dados referente aos usuários. No sistema as informações são registradas, o que reduz as incertezas relacionadas ao tratamento do paciente: “É eficaz,

porque a gente tem um controle maior do que acontece com o paciente na unidade” (Médico). Na unidade, de acordo com o médico, ele e a enfermeira possuem acesso total ao sistema.

As demais trocas de informações acontecem, primordialmente, nas reuniões e encontros. Além dos momentos formais, os profissionais trocam informações, seja por *whatsapp* ou pelo corredor: “É importante demais. Porque tudo que a gente passa na área tem que ser comunicado na equipe. E, às vezes, quando tem algo extraordinário que não pode esperar muito, eu chego falando de um por um” (ACS).

Existe um intercâmbio de conhecimento entre os membros da equipe com o objetivo de fortalecer o trabalho em equipe e diminuir a sobrecarga. Como é o caso do teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite que era realizado apenas pela enfermeira e que, com o aumento da demanda, a dentista e o médico também passaram a realizar. Além disso, o procedimento foi ensinado ao médico pela própria enfermeira: “Eu aprendi a fazer faz três semanas, a enfermeira mesmo que me ensinou, que ela já faz e sabe” (Médico).

O PTS também se configura como uma ferramenta de formalização, por meio da construção do plano, os membros da equipe e os demais profissionais trocam informações e reduzem as incertezas relacionadas ao tratamento do paciente. A equipe também é avaliada pelo PMAQ, o que exige que alguns protocolos sejam seguidos, como reuniões sistemáticas e elaboração do PTS: “Mas é porque a gente faz parte do PMAQ, que é um programa, aí por isso que a gente não pode deixar de se reunir” (Enfermeira). Ademais, os profissionais ganham uma gratificação dependendo da avaliação. No caso da equipe, o médico não ganha por ser do PMM e a enfermeira também não, já que quando o programa iniciou ela estava ausente da equipe. A figura 6 mostra graficamente a propensão da equipe para a colaboração.



Figura 6. Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 4.

4.2.5 Equipe V: “A gente se sente enxugando gelo” (Nota Final 15)

Objetivos compartilhados e visão: objetivos (Nota 2) e orientação da relação profissional-usuário (Nota 1)

Observa-se que existe uma dificuldade da equipe em pensar, desenvolver e, principalmente, compartilhar objetivos que sejam comuns. Apesar da preocupação com a saúde e bem-estar dos pacientes, os profissionais atuam de forma desintegrada, o que parece estar relacionado à rotatividade da função do médico e o distanciamento da equipe. Para os membros, o trabalho em equipe existe pelo simples fato deles trabalharem juntos e serem integrantes de uma mesma equipe: “Trabalhamos sim em conjunto, quando ele passa os pacientes para mim, para atender e eu atendo” (Dentista).

A dentista e a ASB ressaltam ainda que o trabalho em equipe acontece primordialmente com as outras dentistas e auxiliares: “A gente trabalha em equipe mesmo, é todo mundo junto, né? A gente tem mais contato. São três dentistas e a gente divide a ASB, um dia ela pode ajudar uma, um dia ela pode ajudar outra” (Dentista).

Desse modo, o trabalho mostra-se fragmentado, na medida em que seus membros não reconhecem a equipe como unicidade. Ademais, os objetivos não chegam nem a ser negociados, já que acontecem ainda de forma separada, reforçando a prevalência de interesses privados, conforme destacado pela enfermeira: “Cada um faz o seu trabalho. É cada um na sua função, né?”.

Isso pode ser observado também nos horários de trabalho de alguns membros da equipe, como o médico, a enfermeira e a dentista, que são diferentes e dificultam uma maior interação entre eles. Não parece haver ajustes mútuos ou negociação que possam melhorar a colaboração.

Mas acaba que com ela (enfermeira) eu tenho pouco contato, não bate, né? São contrários aos meus. Na visita vai mais eu e a agente de saúde. Acho que eu tive umas 5 ou 6 visitas, mas ela só foi em duas. (Médico)

Os objetivos só se tornam comuns quando os profissionais estão envolvidos em ações maiores, como campanhas, grupos, acolhimento e, algumas vezes, nas visitas domiciliares. Nesses momentos, parece existir uma integração que envolve boa parte da equipe.

Internalização: convivência mútua (Nota 2) e confiança (Nota 2)

Os relatos mostram que os membros da equipe não se conhecem o suficiente, seja pessoalmente ou profissionalmente. Apesar de a grande maioria trabalhar junto há pelo menos quatro anos, as relações parecem ser superficiais, o que impede o processo de familiarização e interação social.

O médico destaca que ao entrar na unidade não recebeu apoio em relação às questões laborais que permeiam o trabalho da equipe. Para ele, já existia uma equipe na

qual ele foi apenas inserido. Não foi realizada nenhuma reunião inicial para a inclusão do médico na equipe, que mesmo com alguns meses de trabalho, não demonstrou estar inserido na equipe.

Já tinha equipe pré-definida né? Enfermeiro e agentes... Aí só disseram: 'essa é sua equipe e pronto', não nos reunimos, aos poucos fomos nos conhecendo, nas visitas domiciliares, nas necessidades... Não teve briga, mas também não teve muito auxílio. Foi neutro. (Médico)

Os ACS também destacam a dificuldade de estabelecer um vínculo mais coeso com o médico recém-chegado e até mesmo com a enfermeira que trabalha com eles há mais de nove anos. Por ser superficial, a relação é fragilizada e impacta no estabelecimento da confiança, no que se refere às competências e capacidades individuais. É possível observar isso na fala do ACS1 sobre o médico: “A gente, que já está passado na casca do alho, a gente sabe, a gente percebe, como são os profissionais na sua conduta, né?”.

Este fato reforça o distanciamento da equipe com as profissionais da odontologia (dentista e ASB), destacado na dimensão anterior. Assim, ao citarem os membros que compõem a equipe, esquecem de fazer menção a elas: “Minha equipe é bem pequena, só tem dois ACS e a enfermeira. {Não tem dentista na equipe?} Tem, mas acaba que não tenho contato. Pelo menos a minha visão” (Médico).

É engraçado isso, até geograficamente na unidade, não sei se proposital (risos), o dentista está à margem. Aqui na unidade é a esquerda, é como se ele ficasse sempre fora do contexto da unidade. E é engraçado você tocar nesse assunto. Porque a gente só vai lembrar que o dentista faz parte da equipe, ou num

momento como esse, ou quando tem uma atividade que a gente faz com eles (risos). (ACS1)

Outro relato que merece destaque é o da ASB que, apesar de fazer parte da equipe, não se reconhece como tal: “Porque assim, no papel a gente tem uma dentista, eu sou da Dra. G., mas na verdade é assim só no papel mesmo. Me sinto trabalhando com todas as dentistas”.

Não obstante, os profissionais reconhecem que precisam um dos outros para a realização do trabalho, principalmente em relação ao que sua função não pode desempenhar. Reforçam a necessidade de desenvolver melhor a confiança, já que ela impacta diretamente na prestação dos serviços, conforme destacado pela enfermeira: “Na hora que a gente começa a entender o trabalho do outro, pega confiança, aí *pá!!!!* Muda. Isso para o serviço é muito ruim”.

Governança: centralidade (Nota 2), liderança (Nota 1), suporte para inovação (Nota 1) e conectividade (Nota 1)

Em relação à governança, observa-se que a unidade é marcada por uma autoridade central centrada na figura da coordenadora. Apesar de ter entrado recentemente, a coordenadora demonstra conhecer bem a unidade, com postura firme e características autoritárias. Em conversa informal, relatou que estava tentando organizar os documentos da sala da coordenação, já que, quando chegou, estavam desatualizados e fora do lugar. Também apresentou as planilhas que estavam sendo elaboradas com informações sobre às equipes, área adscrita, horários e demandas. Destacou uma dificuldade no contato com a Regional, não sendo, na maioria das vezes, tão resolutivo quanto gostaria. A autoridade da coordenadora, assim como da DNI, é reconhecida

pelos membros da equipe que encontram nelas um apoio principalmente nas questões burocráticas: “Mas, tipo assim, quando dá problema, uma coisa mais assim, eu falo com a coordenadora e ela resolve” (ASB).

A coordenadora também é procurada para resolver entraves relacionados ao atendimento das equipes, conforme fala o médico sobre uma solicitação que fez para que houvesse um aumento no tempo de consulta: “No começo eles queriam determinar um tempo para a gente atender, né? Pela prefeitura era 15 a 20 minutos. Aí a gente conversou com ela e ficou coisa de 20 a 30 minutos. Aí é mais tranquilo” (Médico).

Por outro lado, em relação à liderança dentro da equipe, foram observadas divergências nos discursos. Os profissionais demonstraram dificuldade em elencar uma pessoa como líder da equipe, o que causou certa confusão quando foram questionados. Enquanto a dentista e a ASB reconhecem a coordenadora como líder imediata, os ACS indicam a enfermeira pela sua função prescrita: “Minha chefe imediata é a enfermeira que é a chefe da equipe. No caso, é assim que se estrutura a ESF, né?” (ACS1).

Já o médico cita a coordenadora como chefia imediata, mas reconhece como sua a função de liderança decorrente de sua posição: “Acaba que na maioria das equipes o médico acaba sendo o líder, né? Que era para ser mais dividida, mas acaba que a gente vai dando as nossas demandas e a equipe vai se adaptando”. Da mesma forma, a enfermeira, apesar de ter citado a coordenadora e a DNI, quando questionada sobre seu papel de liderança, ressalta:

Eu levo a equipe, entendeu? Porque ele chegou agora e a gente não tem ainda aquele entrosamento. Com certeza, né? Eu sei quem são os pacientes idosos, acamados, que usam medicação controlada. O agente vem e diz que tem a visita do Sr. Fulano, eu já sei o que é, porque a gente, basicamente, sou só eu e eles dois. (Enfermeira)

Os entrevistados também relatam a realização de eventos, palestras e campanhas que envolvem grande parte da equipe e estão relacionados às lideranças (seja da coordenação ou da regional): “Principalmente na época das vacinas. Bola, balão para chamar as crianças, bota música, bota filminho. Na época da vacina sim, a gente se envolve” (Dentista).

Mesmo sendo destacadas essas atividades, não foram citados momentos de treinamento ou espaços para discussão relacionados à colaboração. Os únicos treinamentos citados foram referentes às campanhas de vacinação e ao uso do *software* para atendimento, mas que mesmo assim não promovem um envolvimento forte da equipe.

Formalização: ferramentas de formalização (Nota 2) e intercâmbio de informações (Nota 1)

As regras e responsabilidades de cada membro da equipe são conhecidas por todos, mesmo assim, elas parecem ser pré-estabelecidas e não discutidas pelo grupo: “No começo era sem agenda, quem chegasse e fosse do meu território eu tinha que atender. Aí depois que mudou, um dia do hipertenso, outro dia de saúde mental, outro criança...” (Médico).

É possível observar na fala da ASB que as responsabilidades da odontologia também são prescritas, sendo moldadas conforme a agenda da dentista: “Ah, a Dra. amanhã tem tantos pacientes, aí eu já cuido da quantidade de material disponível para a quantidade de pacientes”.

Já o médico ressalta que mesmo com pouco tempo na unidade, reivindicou a mudança de alguns procedimentos relacionados à sua função por causarem conflitos, principalmente, com os pacientes: “Acaba que é uma hora que pode ter mais conflito. A

gente está mudando, a gente está sendo mais rigoroso, porque tanto prejudica a gente como prejudica o paciente”.

Existe ainda o que o ACS1 chama de parametrização: “ele ainda vai passar por um processo que a gente chama aqui de parametrização, a equipe na verdade. Que é o que? É como a gente vai fazer essa distribuição do território”. Assim, mesmo com mais de um mês de trabalho na unidade, o processo não havia sido realizado e o médico apenas desempenhava as funções que haviam sido previamente determinadas.

Não existem reuniões de forma sistemática entre a equipe. Apenas a enfermeira e os agentes se reúnem mensalmente para “prestar contas” do trabalho realizado no mês, não englobando o médico, nem os demais membros. Além disso, a reunião funciona como uma forma da enfermeira controlar e acompanhar o trabalho dos ACS, o que faz com que esses momentos não representem espaços de integração, mesmo assim, são os únicos momentos de *feedback* vivenciados pela equipe, o que também relaciona-se ao fato de os ACS reconhecerem a enfermeira como “líder”.

Entre alguns membros, os canais de troca de informações ocorrem nos corredores, durante as visitas ou pelo *whatsapp*, conforme relatado pelas participantes: “Não... a gente resolve aqui dentro, no corredor, fulano, ciclano, é assim...” (Dentista).

Quando ele vai para visita a gente debate o que poderia ser feito, o que deve ser feito, qual a condução, como vamos monitorar esse paciente. Então, a gente chega a debater o caso, no momento com os profissionais, não enquanto equipe, a gente ainda não conseguiu fazer o que deveria acontecer. (ACS1)

A figura 7 mostra o gráfico correspondente à equipe 5.



Figura 7. Gráfico com os indicadores de colaboração da Equipe 5.

4.3. Discussão dos Resultados e Análise Comparativa

O uso da tipologia proposta por D'Amour e colaboradores permitiu, por meio das análises individualizadas das dimensões e indicadores, o delineamento dos processos de colaboração desenvolvidos em cada equipe. Já os gráficos individualizados, complementam as análises e possibilitam uma melhor visualização da situação atual da equipe em relação aos níveis de colaboração esperados.

Na U1 foi possível observar que existe um compartilhamento dos objetivos que são compactuados por todos, prevalecendo o foco no paciente. De modo geral, os membros demonstram confiança e se reconhecem como integrantes da equipe, além da existência de uma trajetória comum que é marcada por um forte sentimento de amizade. Apesar disso, observou-se uma relação mais hostil entre as agentes de saúde e os demais membros da equipe. A relação com a coordenação e a Regional também foi vista como positiva, existindo uma interação da equipe com as demais chefias. Todavia, a rotatividade da coordenadora é vista como um elemento dificultador do processo

colaborativo. A liderança, apesar de ser compartilhada entre o enfermeiro e a dentista, parece funcionar. Outro ponto relevante é a presença dos alunos nas diversas atividades que contribuem para o trabalho colaborativo. As reuniões configuram-se como espaço de troca e aprendizagem, apesar de ainda não acontecerem regularmente com todos os integrantes. Existe um bom canal de comunicação e troca de informações. Observa-se que, apesar dos entraves, a equipe apresenta-se de forma coesa e foi capaz de desenvolver um nível significativo de colaboração.

Na U2 foi possível observar uma preocupação da equipe com a comunidade, existindo um foco no cuidado integral do paciente. Apesar de reconhecerem a importância da colaboração, os interesses individuais parecem existir e dificultar o processo. Também foi possível observar a confiança entre os membros, todavia, a existência de um conflito impede uma relação mais sólida de amizade e confiança. A coordenadora possui um papel importante, mas ainda limitado pelo seu pouco tempo na unidade. A liderança da equipe é forte e, em alguns momentos, autoritária, representada apenas pelo médico. Existe um incentivo a aprendizagem que envolve toda a equipe, bem como um bom canal de comunicação e troca de informações que acontecem, na maioria das vezes, nas reuniões semanais. Observa-se que apesar de apresentar algumas limitações relacionais e organizacionais, a equipe apresentou um nível significativo de colaboração.

Por outro lado, na U3, os objetivos da equipe são fragmentados e individualizados, o que leva a um distanciamento entre os membros e seus interesses. A confiança existe entre alguns membros, não se estendendo a toda a equipe. A interação também fica prejudicada, principalmente com o distanciamento da dentista e da ASB. A coordenadora, que já está na unidade há um tempo, parece desempenhar bem sua função e é reconhecida pela equipe. A liderança interna é confusa e hierarquizada. As

responsabilidades são predefinidas e conhecidas por todos e as regras são consideradas flexíveis. Existe um canal falho de comunicação, que acontece, na maioria das vezes, virtualmente. Além disso, os participantes não participam de reuniões. É possível observar que as características organizacionais e a falta de recursos relacionam-se à pouca colaboração entre os membros da equipe, mas com potencial para ser melhor desenvolvida.

Na U4, foi possível perceber um envolvimento da equipe em torno de um objetivo comum e o foco centrado no cuidado do paciente. Existe confiança e amizade entre os membros, apesar de uma leve resistência em relação ao trabalho do médico. A coordenadora é ativa, atuante e servidora, sendo reconhecida por todos pelo trabalho que realiza. O papel de líder é da dentista, que possui uma função de agregadora na equipe, destacando-se por ser a única profissional da área odontológica a ocupar uma função de liderança. A equipe está envolvida em várias atividades de educação permanente, bem como atividades sociais na comunidade, mas nem sempre contam com a participação do médico. As responsabilidades são definidas e compartilhadas e a equipe possui um planejamento anual construído e discutido por todos. Existe um canal eficaz de comunicação e a troca de informações acontece em diversos momentos, seja nas reuniões ou nas atividades em equipe. É possível observar que, mesmo com a falta de recursos materiais e alguns entraves organizacionais, a equipe foi capaz de desenvolver um nível significativo de colaboração.

Na U5 existe uma dificuldade para atuar em equipe, o que faz com que os membros se apresentem de forma desintegrada e individualizada. As relações não são permeadas por apoio e existe uma dificuldade em estabelecer confiança entre os membros. A coordenadora desempenha um bom papel, apesar do pouco tempo na unidade. Já a liderança da equipe é falha e unilateral, exercida principalmente pela

enfermeira, mesmo que com caráter de chefia. Não foi possível observar práticas e atividades voltadas para a educação permanente. Existem falhas no processo de comunicação e a troca de informações também é prejudicada, já que os horários da equipe não coincidem. A equipe 5 apresenta uma colaboração baixa, mas com possibilidade de desenvolvimento. A figura 8 apresenta o gráfico sobreposto das equipes estudadas.

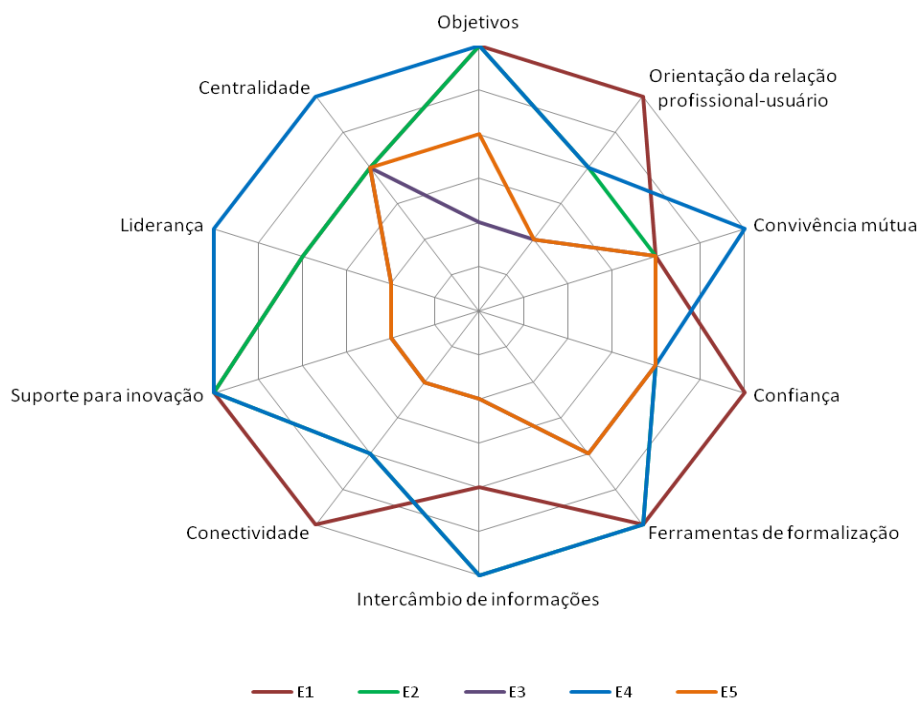


Figura 8. Gráfico com os indicadores de colaboração das equipes estudadas.

Tabela 8

Tabela com os indicadores de colaboração das equipes estudadas

Indicadores	E1	E2	E3	E4	E5
Objetivos	3	3	1	3	2
Orientação da relação	3	2	1	2	1
Convivência mútua	2	2	2	3	2
Confiança	3	2	2	2	2
Ferramentas de formalização	3	3	2	3	2
Intercâmbio de informações	2	3	1	3	1
Conectividade	3	2	1	2	1
Suporte para inovação	3	3	1	3	1
Liderança	2	2	1	3	1
Centralidade	2	2	2	3	2
TOTAL	26	24	14	27	15

Por meio das análises realizadas, é possível perceber que existe uma relação entre o desenvolvimento da colaboração e o fato de a unidade ser considerada referência, o que corrobora os estudos de D'Amour et al (2003, 2008). Assim, as três unidades que se destacam no quesito integração ensino-serviço-saúde (1,2 e 4) (Tabela 8) apresentam as equipes com maior potencial de colaboração, o que justifica a importância de estudos que analisem o processo de integração da tríade (Rocha et al., 2016).

Nessas equipes foi possível observar uma configuração diferente do processo de trabalho em saúde, com o foco no cuidado integral ao paciente (Rocha et al., 2016; Silva, Ferro et al., 2015) e a atuação de alunos, de diversas áreas e titulações, na dinâmica de trabalho da equipe, corroborando os estudos da OMS (2010) sobre interprofissionalidade. Nas demais unidades (3 e 5), apesar do reconhecimento da importância de um objetivo comum, os profissionais trabalham de modo desintegrado, não existindo uma relação de interprofissionalidade, mesmo quando recebem alunos.

Conforme apresentado no estudo anterior, observou-se que todas as equipes encontraram barreiras organizacionais que dificultam o desenvolvimento da colaboração

e o envolvimento em torno de um objetivo comum. Porém, as equipes com maior potencial de colaboração, conseguem lidar melhor com as dificuldades encontradas, o que leva a pensar que a colaboração se configura também como um mecanismo de superação (e de enfrentamento) das limitações existentes.

Assim, nas unidades referência, observou-se uma realidade um pouco divergente, na medida em que, na maioria (1 e 4), as relações entre os profissionais não médicos, em especial, dentista e enfermeiro, aconteciam de forma horizontal, sendo reconhecido, por parte da equipe, a necessidade de atuação de várias categorias profissionais para garantir o alcance do objetivo central (Arruda et al., 2017). Na equipe da U2, apesar do médico ocupar posição central, também foi possível observar uma interação e interdependência entre os seus membros. Essas equipes são também as que possuem objetivos mais bem definidos e compartilhados (Arruda et al., 2017; Arruda & Moreira, 2018; D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 2008), distanciando-se do modelo uniprofissional (Agreli et al., 2016; Arruda & Moreira, 2018; Guedes et al., 2006; Silva, Ferro et al., 2015).

Por outro lado, chama a atenção o papel de alguns profissionais na equipe, em especial da dentista, ASB e técnica de enfermagem, o que dificulta a superação dos interesses individuais para a promoção do cuidado centrado no paciente. Observa-se que a técnica de enfermagem é considerada como profissional base da equipe de saúde da família (MS, 2012), mas a ausência de entrevistas com essa categoria revela outra realidade. As profissionais nunca estavam disponíveis (sempre atuando na DESP) ou, na fala dos entrevistados, “não fazem parte só da equipe, mas sim, da unidade”.

Já a ESB, apesar de inseridas há pelo menos duas décadas pelo MS nas equipes de saúde, ainda possuem dificuldades de interação e para desenvolver competências que vão além do seu núcleo de saber, corroborando os estudos de Andrade e Ferreira (2006)

e Reis et al. (2015). Deste modo, apesar da participação dos profissionais de saúde bucal na pesquisa, estes apresentam dificuldades de atuação integrada à equipe. No caso da ASB, em todas as unidades, foi possível observar que o trabalho realizado se estende a todas as dentistas da unidade, o que as fazem ter dúvidas, até mesmo, de quem é a dentista da sua própria equipe.

Em relação ao dentista, a mudança nos modelos das práticas, apareceu de forma diferente nas unidades. Apenas nas equipes 1 e 4, foi possível observar o entrelaçamento da dentista com os demais membros da equipe. Na U2, apesar de existir uma boa interação, o dentista ainda aparece de forma excluída na maioria das atividades da equipe. Nas equipes 3 e 5, as dentistas atuam de forma isolada, como meras receptoras dos pacientes encaminhados. Em alguns casos, alguns membros da equipe não sabiam nem o nome da profissional, o que corrobora o estudo de Costa, Alves-Filho e Barbosa (2016) que ressaltam que o dentista é geralmente esquecido como categoria profissional das ESF.

Assim, a inter e multiprofissionalidade aparecem como elo fundamental para o desenvolvimento da colaboração. As relações entre os profissionais não pautadas em torno de um objetivo mútuo se configuram como isoladas e prejudicam o desenvolvimento do sentimento de pertencimento e de confiança, confirmando os achados de outros estudos (D'Amour et al., 2008; Prætorious et al., 2015; Silva, Peduzzi et al., 2015).

Outro ponto que merece destaque é a denominação das equipes. Observou-se que as equipes 1 e 2, denominadas, respectivamente, de “Marrom” e “Azul” e demonstram um maior orgulho em fazer parte da equipe. A cor reforça também o sentimento de pertencimento ao grupo. As demais equipes, estão representadas por números que foram instituídos pela regional desde a inauguração da unidade. Em

relação à confiança, destaca-se também a relevância do tempo de trabalho e de inserção na equipe que, apesar de não ser determinante para a internalização, aparecem como importantes para o estabelecimento do vínculo. Em especial, as relações frutos das trocas informais que ultrapassam as relações de trabalho e configuram-se como essenciais para a qualidade da colaboração (Arruda & Moreira, 2018).

Apesar da maioria das equipes estudadas reconhecerem a importância da corresponsabilidade, ainda foram observados discursos marcados pela hegemonia médica, principalmente por parte dos usuários (a partir de relatos dos entrevistados). Assim, o que é denominado de corresponsabilização, ainda parece um ideal a ser alcançado em grande parte das equipes estudadas, com destaque para a equipe 2 que apesar de ter apresentado o maior grau de interação com a comunidade (os profissionais sabiam o nome, o endereço e as necessidades de cada usuário), as relações são intermediadas e direcionadas pelo médico.

Observou-se que nas equipes referência, existia um canal de comunicação mais evidente e formalizado, os profissionais encontram-se periodicamente em reuniões e discutem as responsabilidades (Peres et al., 2011; Voltolini, Andrade, Piccoli, Pedebôs, & Andrade, 2019). Já nas demais equipes (3 e 5), o intercâmbio de informações é prejudicado e, muitas vezes, substituído por canais informais de comunicação, como grupos de *whatsapp*, conversas no corredor ou nas visitas domiciliares, assim como observado em outros estudos (Arruda et al., 2017; Previato & Baldissera, 2018; Ribeiro & Batista, 2019; Rocha et al., 2016).

A única ferramenta de formalização considerada comum a todas as equipes foi o sistema de informação utilizado pelas UAPS. O sistema configura-se como uma plataforma para agendamento e prontuário eletrônico, no qual cada profissional possui acesso a determinada parte do programa, dependendo da sua função na unidade.

Apesar disso, foi possível observar que, mesmo reconhecendo a importância do sistema para o desenvolvimento do trabalho, os profissionais apresentaram diferentes compreensões sobre o seu uso e destacaram dificuldades relativas ao seu funcionamento (Rosa et al., 2017). A maioria das equipes não tinha ciência sobre o acesso restrito ao sistema e, quando tinham, desconheciam o acesso de cada profissional, corroborando o estudo de Almeida et al. (2012).

A equipe 1 foi a que apresentou maior propriedade sobre o uso do programa, relatando treinamentos e pautas que visam sua melhoria. De acordo com os participantes, era a única equipe em que o enfermeiro possuía acesso à mesma interface do médico, nas demais, apenas o médico tinha acesso integral ao prontuário, como na U3 em que a médica deixa claro que, por razões éticas, o prontuário integral é específico do médico. Além disso, na equipe 1, o enfermeiro tem acesso à interface administrativa, destinado apenas às coordenações.

De modo geral, não foi possível identificar outras ferramentas de formalização que fossem comuns às equipes estudadas. As equipes 1 e 4 são avaliadas pelo PMAQ, mas ambas demonstraram desconhecimento sobre o processo que não acontece de forma contínua e configura-se como uma burocracia prescrita. Apesar disso, de acordo com os resultados, observa-se uma relação positiva entre a presença da política nas equipes estudadas e o desenvolvimento do trabalho no que se refere à qualificação profissional e educação permanente (Seidl, Vieira, Fausto, Lima, & Gagno, 2014). A equipe 4, é a única que realiza um planejamento estratégico em saúde ambiental, no qual definem as ações e temáticas que serão realizadas na unidade nos próximos dois anos, também realiza diversas atividades na comunidade, mesmo com a pouca participação do médico nas atividades externas. A equipe se aproxima do que Agreli et al. (2016, p. 908) denominam de “participação social no plano coletivo de

acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde”. As equipes 1 e 2 também se organizam de modo planejado, mas ainda incipiente frente à equipe 4. As demais equipes, não conseguem apresentar um planejamento formalizado, a equipe 3 pela alta demanda do serviço e a equipe 5 pela alta rotatividade do profissional médico.

Na dimensão “Governança”, o papel exercido pelas autoridades, em especial coordenações e regionais, apresentou-se de maneira divergente nas unidades estudadas. Foi possível observar a importância de uma coordenação atuante e duradoura para o desenvolvimento da colaboração, conforme observado na U4 na figura da coordenadora, e na U1 na figura da DNI, confirmando o estudo de Silva et al. (2017). Na U4, chama a atenção o perfil da coordenadora que além de possuir experiência na AB, também já atuou como servidora. Já na U1, a relação da DNI com a regional possibilita o envolvimento de outras autoridades centrais no desempenho do papel estratégico entre a unidade e a secretaria de saúde. Assim, se por um lado o perfil dos gestores e sua qualificação técnica interferem positivamente no sucesso da gestão, por outro, a alta rotatividade do cargo é vista como um dificultador do processo.

Apesar de não ser objetivo do estudo, nas conversas informais com as coordenadoras, foi possível perceber uma alta demanda de trabalho, representado na dificuldade de interação com elas. Em quase todas as unidades (1,2,3,4), foram encontradas dificuldades até mesmo para a obtenção de informações básicas. Na U3, por exemplo, mesmo após mais de oito visitas, várias ligações, mensagens e alguns bilhetes, não foi possível tirar dúvidas com a coordenadora. Outro ponto que merece ser destacado é que, apesar de ser exigida da função a permanência em período integral, foi observada certa dificuldade em encontrar as coordenadoras nas unidades, mesmo com

agendamento prévio, o que parece se distanciar do perfil esperado dos gestores em saúde discutido por Costa et al. (2016).

Nas equipes estudadas, a liderança interna é exercida por diversos cargos, dentre eles: dentista (4), enfermeiro (1 e 5) e médico (2 e 3). Na maioria delas, a liderança surgiu de forma espontânea, estando relacionada também ao perfil do profissional, exceto na equipe 3, em que apesar da médica ser reconhecida pela equipe por sua atuação, a enfermeira é citada por sua posição e na equipe 5, na qual a enfermeira aparece como a única opção para a equipe.

De modo geral, apesar das dificuldades organizacionais observadas, foi possível observar a existência de características pessoais que se relacionam ao interesse e à afinidade com o trabalho na AB e configuram-se como um potencial à colaboração, conforme descrito por (Orchard & Bainbridge, 2016; Reis et al., 2015). Assim, mesmo não compactuando com a ideia de competências individuais e por falta de outra denominação, foi possível perceber que, por meio da integração de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e aprendizados, que se desenvolvem ao longo da vida, os profissionais orientam-se em direção ou não de práticas colaborativas.

Essa teoria justifica o fato de que, apesar do distanciamento do dentista da ESF abordado na literatura, nas unidades 1 e 4 as dentistas exercem papel de liderança, principalmente a dentista da equipe 4 que além de líder na sua própria equipe, também coordena alunos e profissionais da residência multiprofissional de diferentes áreas de atuação. Além disso, reforça-se que, nas equipes estudadas, a governança com características colaborativas foi observada em profissionais de diferentes áreas.

Nas equipes em que existe uma liderança interna mais bem delineada, observou-se o suporte à inovação como aliado da conectividade, ou seja, as unidades com mais práticas de educação permanente (1, 2 e 4), são também as que apresentam maiores

possibilidades de interação entre seus profissionais (D'Amour et al, 2008). Já nas unidades em que isso não acontece (3 e 5), as justificativas corroboram o estudo de Barros e Ellery (2016).

Nessas unidades, observou-se que esses espaços de encontro entre a equipe e os demais profissionais acabam voltando-se para a discussão de questões pontuais e específicas, o que anda na contramão do conceito de conectividade proposto por D'Amour et al. (2008) e dos achados de Dias et al. (2016) e Albuquerque et al. (2008).

Por fim, mesmo sendo observada a presença do indicador conectividade em algumas unidades, “o trabalho em equipe com integração e inter-relação entre os profissionais da unidade de saúde ainda é o pior entrave” (Mattos, Ferreira, Leite, & Greco, 2014, p. 382), o que se relaciona diretamente às redes de relações estabelecidas, internamente e externamente, pelos membros da equipe. Assim, do mesmo modo que para discutir a colaboração é preciso levar em consideração os entraves organizacionais e as condições gerais de trabalho, também se faz necessário compreender em maior profundidade as relações que são estabelecidas entre os envolvidos (Andrade & David, 2015; David et al., 2018).

5 ESTUDO III – REDES DE COLABORAÇÃO NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE: ASPECTOS ESTRUTURAIS E RELACIONAIS

Partindo de uma perspectiva relacional e interativa, as redes constituem-se como um conjunto de pessoas ou organizações que por meio das relações que estabelecem vão desenhando e redesenhando a estrutura social, tornando possível o compartilhamento de informações e conhecimentos (Tomaél & Marteleto, 2006). Assim sendo, a Análise de Redes Sociais (ARS) configura-se como um recurso de análise dessas relações que permite identificar os indicadores que influenciam a mobilização de recursos e o fluxo de diversos tipos de informação (Ribeiro & Bastos, 2011).

A ARS parte do princípio de que a forma como os sujeitos constroem suas relações é mais importante do que a compreensão isolada das suas características individuais. Deste modo, o tamanho da rede, a posição ocupada e o tipo de relação exercida por cada ator se configuram como importantes indicadores (Alejandro & Norman, 2005; Borgatti et al., 1998; Marteleto & Silva, 2004).

A densidade é considerada a principal medida de coesão e refere-se ao grau de conectividade da rede, sendo expressa pelo número de relações possíveis em relação ao número de relações existentes. Uma rede com alta densidade é composta por grande quantidade de conexões e maior possibilidade de acesso a recursos (Alejandro & Norman, 2005; Souza & Quandt, 2008).

De modo complementar, o conceito de laços fortes e fracos proposto por Granovetter (1983) relaciona-se ao grau de envolvimento entre os atores. Os laços fracos são responsáveis pela baixa densidade da rede e fazem referência aos relacionamentos mais distantes, de menor intensidade e duração. Já os laços fortes

representam uma alta densidade e relacionam-se aos relacionamentos mais próximos e douradouros (Tomaél & Marteleto, 2006).

As medidas de centralidade relacionam-se ao número de contatos diretos que um ator estabelece. Um ator é considerado central quando tem a capacidade de se comunicar diretamente com os demais (centralidade de grau), quando está próximo de vários outros atores (centralidade de proximidade) ou quando funciona como intermediador da relação entre outros atores (centralidade de intermediação) (Alejandro & Norman, 2005; Borgatti et al., 1998). Os atores com alta centralidade de grau podem assumir a posição de líderes informais, pelo seu prestígio e poder de influência na rede, já os atores com alta centralidade de intermediação funcionam como “ator ponte”, por intermediarem a relação entre os demais atores e possuem o poder de desconectar a rede caso sejam retirados dela (Freeman, 1979; Krackhardt, 2010; Marteleto, 2001; Varanda, 2007).

Quando essas relações de centralidade são consideradas recíprocas, ou seja, quando dois atores se citam mutuamente (Alejandro & Norman, 2005; Putnam, 2006), existe um fortalecimento da confiança social e, conseqüentemente, uma tendência à colaboração que leva a responsabilização partilhada pelo cuidado (Melo et al., 2018). Para D’Amour (1977), os principais determinantes interacionais da colaboração são: a coesão do grupo (grau de afinidade entre os membros) e a confiança entre eles.

Deste modo, a análise dos indicadores abre espaço para o conceito de capital social, pois é por meio das medidas de coesão e centralidade que é possível observar quais são os recursos relacionais que um ator tem acesso em virtude da sua posição na rede (Borgatti et al., 1998; Putnam, 2006). O capital social é analisado sob o ponto de vista individual e coletivo, ou seja, as trocas que acontecem são importantes na medida

em que impactam o funcionamento da equipe e não apenas um membro (Marteleto & Silva, 2004).

É por meio das relações estabelecidas que se torna possível observar a distribuição de poder, relações de interdependência, os conflitos e o acesso a informações, sendo esses elementos determinantes para o êxito das ações do grupo.

Quando as relações são conflitantes e as redes menos conectadas, existe uma tendência ao desgaste do desempenho coletivo, caracterizado pelo não compartilhamento dos objetivos, sentimentos de incerteza, o que pode levar, dentre outras questões, à dificuldade de coesão do grupo (Hasle et al, 2007; Ricardo et al., 2017).

Por fim, observa-se que as diversas relações estabelecidas e a forma como as redes se articulam assumem um papel de relevância no acesso dos usuários aos serviços de saúde e na prestação do cuidado em saúde à população (Brough & Frame, 2004; Fonseca et al., 2018). Com base no exposto, este estudo tem como objetivo mapear e comparar as características estruturais e relacionais das redes de colaboração no trabalho das equipes de saúde, por meio da ARS, partindo do princípio que os vínculos criados entre os atores refletem na qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, na saúde e bem-estar dos trabalhadores envolvidos.

5.1 Método

Tipo de estudo

O método proposto para este estudo foi eminentemente qualitativo, todavia, a análise das redes envolve também alguns aspectos quantificáveis, não necessariamente constituindo-se como uma abordagem quantitativa.

Participantes

Participaram do estudo 30 profissionais membros das equipes de saúde estudadas, sendo eles: 3 ASB, 5 médicos, 5 dentistas, 5 enfermeiros e 12 ACS. Os participantes foram descritos detalhadamente no item 2.2.

Instrumentos e Procedimentos

A coleta de dados contou com dois instrumentos: o mapa de redes e a entrevista semiestruturada (Apêndice 4). Para o delineamento do mapa de redes foi utilizada a técnica “Gerador de Nomes” com escolha livre, ou seja, o participante era solicitado a listar o nome das pessoas que colaboram com a realização do seu trabalho, sem a interferência do pesquisador. Assim, poderiam citar qualquer nome, não existindo lista de nomes ou quantidades predefinidas (Hanneman, 2001; Wasserman & Faust, 1994). Os atores foram divididos em dois tipos: membros das equipes que participaram do estudo (ego) e os demais citados por eles (alters).

Por meio do gerador de nomes, foi possível compreender o nível estrutural das relações, ou seja, analisar as posições e papéis dos atores na rede e caracterizar a natureza das posições ocupada por cada um (Lazega, 2014). Essa técnica é utilizada, especialmente, quando se pretende mapear as relações que o respondente possui com um grupo de pessoas em um contexto específico, como no caso desta pesquisa que tem seu foco nas relações importantes para o desenvolvimento do trabalho.

O caminho metodológico escolhido reforça a ênfase do estudo nos aspectos qualitativos, nas relações que são estabelecidas pelos membros das equipes com outros membros da mesma equipe, profissionais e/ou organizações externas. Como ponto de partida, foi perguntado: “quem são as principais pessoas que colaboram para que o seu trabalho aconteça?”, podendo ser de três tipos: da própria equipe (EQ), da unidade (PO)

ou externas (EX), possibilitando uma análise acerca das formas relacionais entre atores, instituições e/ou organizações (David et al., 2018).

Em um primeiro momento, foi explicado ao participante que ele deveria citar as pessoas que ajudam na realização do trabalho ou que, simplesmente por existir, tornam o trabalho mais leve, fácil ou prazeroso. Também foi explicado que deveriam ser mencionadas apenas as pessoas que possuem relação com o trabalho, evitando as relações estritamente pessoais, a não ser que elas influenciassem o campo laboral. Posteriormente, com a lista de nomes elaborada, foram colhidas informações sociodemográficas (função, tipo, sexo) e questões relacionadas ao tempo de relação e frequência de contato semanal. Por fim, foi perguntado “Como essa pessoa colabora com o seu trabalho?”.

A entrevista semiestruturada contou com questões voltadas para as relações, bem como sobre o relacionamento entre os listados e os conflitos existentes. Além disso, permitiu um aprofundamento dos dados colhidos no mapa de redes e o esclarecimento de eventuais dúvidas sobre as relações.

Nesta etapa buscou-se entrevistar o máximo de membros de cada equipe, com a finalidade de mapear a maior quantidade possível de relações. Entretanto, alguns profissionais estavam de férias/licença ou não conseguiram participar das entrevistas, principalmente, por falta de tempo ou interesse.

Os dados do mapa de redes foram analisados com o auxílio dos *softwares UCINET 6.0 e NetDraw 2.28* (Borgatti, Everett, & Freeman, 2002). Esses programas são utilizados, respectivamente, para análise dos dados das redes sociais obtidos por meio do gerador de nomes e o seu desenho gráfico. No estudo foram analisados os seguintes indicadores: quantidade de nós e de laços, densidade, graus de centralidade, intermediação e de reciprocidade (Alejandro & Norman, 2005; Granovetter, 1983;

Hanneman, 2001; Lemieux & Ouimet, 2012). Ressalta-se que para a análise de alguns indicadores foram considerados apenas os dados dos egos (atores que participaram diretamente da pesquisa), já que algumas medidas precisam da reciprocidade para ser calculada de forma mais fidedigna.

Nos resultados, foi apresentada uma rede geral para cada equipe. Para uma apresentação mais didática dos diagramas foram utilizados recursos visuais, dentre eles: formato (homens representados por quadrado, mulheres por triângulo e instituições/entidades por círculo); tamanho (quanto maior o tempo de trabalho na unidade, maior o tamanho do nó), cor (cada tipo, EQ/PO/EX, recebeu uma cor diferente) e os egos foram sinalizados por asterisco (*). A visualização gráfica das ligações existentes possibilitou o entendimento das relações entre os respondentes e os citados, bem como as funções desempenhadas pelos membros, os atributos dos vínculos e o grau de colaboração entre os integrantes da equipe (Sluzki, 1997).

As entrevistas foram transcritas (Bardin, 1977) e seus trechos utilizados para ilustrar os dados reticulares apresentados. Desse modo, os elementos quantitativos referentes às análises dos indicadores de ARS foram combinados com elementos qualitativos provenientes das entrevistas realizadas, conforme outros estudos realizados com profissionais da saúde (Junqueira et al., 2015; Landim et al., 2010). Apesar de se utilizar de análises quantitativas e descritivas, o foco é nas relações que são estabelecidas pelos membros da equipe com os demais profissionais/organizações, sendo estes últimos não considerados foco do estudo e apresentados apenas de forma ilustrativa.

5.2 Apresentação das Redes Gerais de cada equipe

5.2.1 Rede geral da Equipe 1.

A rede geral da Equipe 1 é composta por 18 atores, sendo 5 egos (ACS1, ACS2, dentista, enfermeira, médico) e 13 alters (demais citados) com um total de 43 laços, de 306 possíveis (Figura 9). A densidade geral foi de 0,141, o que significa que apenas 14,1% das relações possíveis estão acontecendo, representando baixa conectividade. Vale ressaltar que este dado está relacionado à pouca quantidade de egos em relação ao número total de atores. Já a análise da densidade apenas entre os membros da equipe que participaram do estudo ($f=05$) foi de 0,850 com 17 laços dos 20 possíveis, representando 85% das relações possíveis, o que sugere uma alta conectividade entre os membros da equipe. A conectividade é justificada pelo tempo de atuação na equipe ($M=10,6$ anos) e do tipo de vínculo dos seus membros: “somos amigos há muitos anos, como é o povo do concurso, né? Todos os enfermeiros são concursados, todos os médicos são concursados, então a gente conhece de aniversário, de casamento” (Médico).

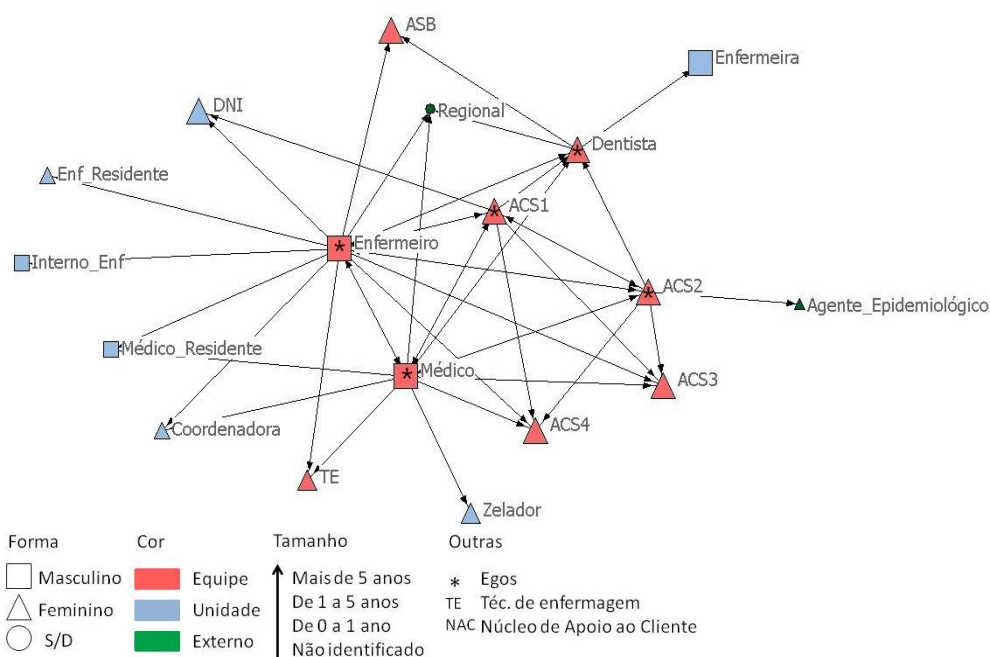


Figura 9. Diagrama da rede geral da Equipe 1.

Dos 18 atores que compõem a rede, 9 (21%) são membros da equipe, 7 (16,3%) são profissionais que fazem parte da unidade e 2 (4,7%) profissionais ligados à Regional, indicando uma rede que pouco reconhece os atores externos como colaboradores na realização do trabalho, o que pode estar relacionado ao fato de ser uma equipe que faz parte de uma unidade escola que possui vários serviços, setores, alunos, professores e especialidades, não sendo, na maior parte das vezes, condição indispensável recorrer à ajuda externa. Apesar disso, observa-se que o trabalho desempenhado pela Regional é reconhecido como importante pelo médico, dentista e enfermeiro, possuindo mais relações do que a coordenadora da unidade.

Em relação ao grau de centralidade, calculado pelo somatório dos graus de entrada (*indegree*) e dos graus de saída (*outdegree*), destaca-se o papel do enfermeiro da equipe que se conecta com 18 atores, sendo 4 graus de entrada e 14 graus de saída. É válido ressaltar que além de ter sido citado por todos os membros da equipe, o ator cita como importante para realização do seu trabalho 14 outros atores, o que pode ser observado na fala: “Aí tem a residente em obstetrícia de enfermagem, tem o residente, o interno, o NASF. E aí a gente faz o pré-natal compartilhado. Todo mundo ajuda e faz suas colaborações” (Enfermeiro). Em seguida, o médico da equipe com 14 relações, sendo 3 de entrada e 11 de saída, as ACS1 e ACS2, com 10 relações, sendo 3 de entrada e 7 de saída e a dentista com 8 relações, sendo 4 de entrada e 4 de saída.

Um dado relevante são as relações estabelecidas pela dentista da equipe, que apesar de apresentar grau de centralidade 8 (grau de entrada 4 e de saída 4), em relação à equipe, como importantes para a realização do seu trabalho, citou apenas o enfermeiro e a ASB, o que parece não se alinhar aos discursos de colaboração apresentados por ela nos estudos anteriores. É válido ressaltar que demais atores por não participarem da pesquisa, apenas terem sido citados pelos demais, apresentaram grau de saída 0, o que

influencia negativamente o grau de reciprocidade, e de entrada variando entre 1 e 3, sendo 3 atribuído apenas à Regional.

Por outro lado, quando calculada a reciprocidade apenas entre os membros da equipe que participaram do estudo, observa-se um total de 82,4% laços recíprocos, 17 dos 20 possíveis, o que mostra que mais de 80% dos membros citaram e foram citados entre si. Destaca-se o enfermeiro com 100% das relações recíprocas.

Outro indicador relevante é o grau de intermediação entre os atores, observa-se que o enfermeiro apresenta o mais alto grau de intermediação (25,1; 9,2%), o que indica um maior controle e influência sobre a comunicação nos pares de nós que o utilizam como intermediário (Fonseca et al., 2018). Em seguida, aparecem o médico (7,6; 2,8%) e a dentista (6,1; 2,2%).

Quando se analisa apenas os membros da equipe que participaram do estudo, o enfermeiro apresenta grau de intermediação 3, o que corresponde a 25% do total, os demais membros apresentam grau zero. Os resultados sugerem que o enfermeiro ocupa um papel de ator-ponte, característico desses profissionais nas equipes de saúde, por possuírem, além da função articuladora, um grande potencial de conectar redes (Fonseca et al., 2018).

5.2.2 Rede geral da Equipe 2.

Composta por 34 atores, sendo 7 egos e 27 alters, a rede geral da equipe da U2 apresentou um total de 69 laços de 1122 possíveis (Figura 10), configurando-se como uma das maiores redes analisadas. A densidade geral foi de 0,061, com apenas 6,1% das relações possíveis, mostrando uma conectividade muito baixa. Além da pouca quantidade de egos em relação ao número total de atores, ressaltada na rede da U1, é possível observar que os egos se conectam com diversos atores diferentes, o que

aumenta expressivamente as possibilidades de laços possíveis. Entretanto, a densidade, apenas entre os membros da equipe que participaram do estudo ($f=07$), foi de 0,59 com 25 laços de 42 possíveis, correspondendo a 59,5%, o que sugere uma conectividade razoável entre os membros da equipe. Chama atenção o fato de o médico estar conectado a todos os membros da equipe, ou seja, ele indicou e foi indicado pelos demais obtendo 100% de relações recíprocas, o que pode ser visto no relato: “Agentes, enfermeira e dentista, sem eles eu faria 10% do que eu sou capaz de fazer e geralmente ia ser queixa conduta. Eu ia atender e o paciente ia voltar. Sem eles, não dá!” (Médico).

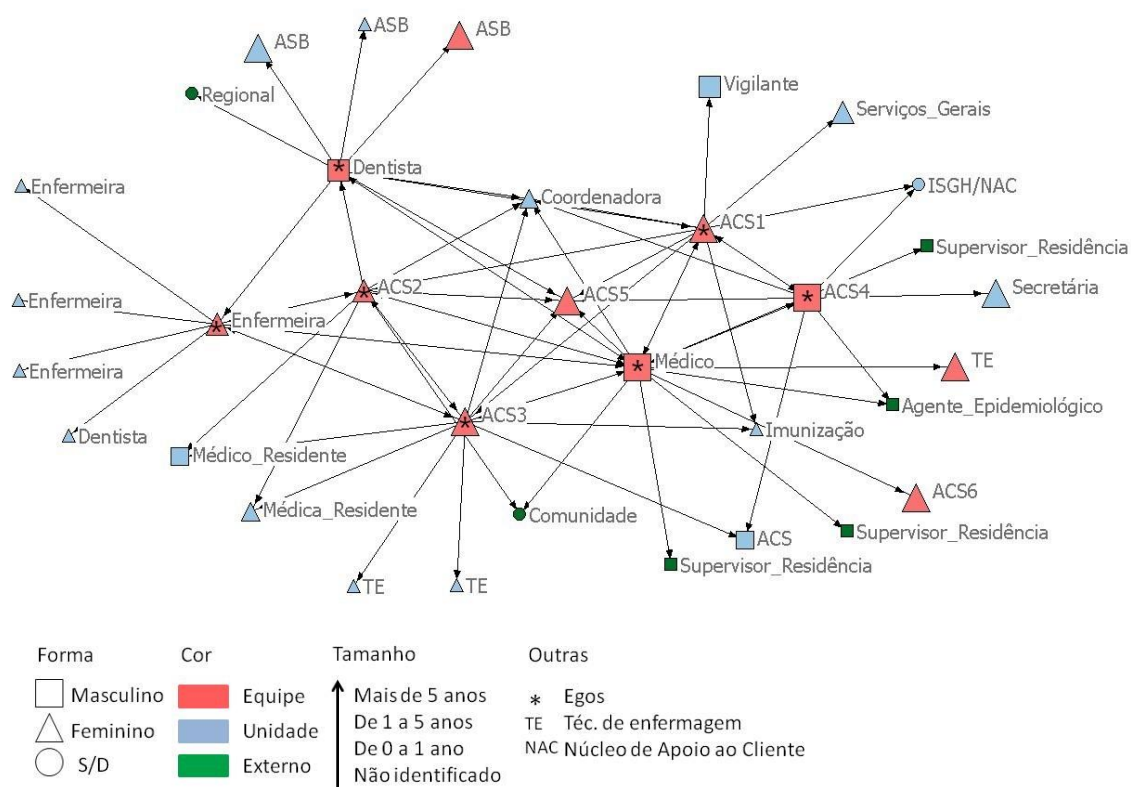


Figura 10. Diagrama da rede geral da Equipe 2.

Dos 34 atores que compõem a rede, 11 (32,3%) são membros da equipe, 17 (50%) são profissionais que fazem parte da unidade e 6 (17,7%) são externos, dentre eles: supervisores da residência, profissionais ligados à Regional e a comunidade.

Apesar de um número significativo, os membros não reconhecem significativamente os atores externos, já que dos citados, existem apenas três diferentes: três são supervisores citados apenas pelo médico, dois são ligados à Regional (coordenadora de saúde bucal e agente epidemiológico citados por dois participantes) e a comunidade (citada por dois participantes). Apesar disso, a unidade apresenta poucos serviços e precisa bastante da ajuda externa, mas pela dificuldade de retorno encontrada, a equipe prefere resolver com os profissionais da própria unidade, representado pelo alto número de profissionais da unidade citados.

O índice de grau de centralidade apontou que o médico é o ator mais central com 21 relações estabelecidas, sendo 6 de entrada e 15 de saída. Em relação ao grau de entrada (atores que foram citados) destaca-se também a posição ocupada pela coordenadora (85% dos egos a citaram como importante). Algumas falas também ilustram essa realidade: “Ela (coordenadora) ajuda na parte burocrática e alguns problemas que precisam entrar em contato com a Regional. Tem um papel resolutivo.” (ACS2); “Em tudo, ele (médico) é fundamental para desenvolver um bom trabalho” (ACS1).

Os agentes de saúde também apresentaram um alto grau de centralidade, em especial a ACS3, ACS2 e ACS1. A ACS3 apresentou o segundo maior grau com 15 relações (4 de entrada e 11 de saída), seguida da ACS2 com 13 relações (4 de entrada e 9 de saída) e da ACS1 também com 13 relações (3 de entrada e 10 de saída). A equipe 2 é a que possui o maior número de agentes, sendo todos citados por algum dos participantes, o que demonstra a importância da função para o funcionamento da equipe: “Sem os agentes de saúde eu não sou nada” (Médico). Destaca-se, a ACS5 que apesar de não ter participado da pesquisa por estar de férias, apresentou grau de entrada 6, sendo a agente mais citada, representando 85% do total.

A reciprocidade entre os membros da equipe que participaram do estudo é de 80%, com 20 laços recíprocos e 5 não recíprocos, com destaque para o médico e o ACS4 com 100% de reciprocidade nas relações. Já o dentista apresenta o menor índice de reciprocidade (25%), sendo indicado pelo médico e ACS2 e, indicando o médico, a enfermeira e o ACS1. Este fato pode ser observado na posição pouco conectada ocupada pelo dentista na rede, situado na extremidade do diagrama, e confirmado nas falas: “Ele é um pouco mais distante, pois os horários dele não são iguais ao meus. A gente se comunica por bilhete” (Médico); “Não é uma área que eu vou abranger todas as áreas mais amplas da saúde, é mais voltado para as infecções bucais, por conta disso a gente acaba sendo mais individual” (Dentista).

O grau de intermediação também evidencia a posição ocupada pelo médico na rede, com índice de 80,4, o que corresponde a 7,6%, sendo este valor mais de dez vezes superior à média ($M=6,1$) e três vezes maior que o segundo colocado, a enfermeira com 26,2 (2,5%). Em relação ao grau de intermediação dos membros da equipe que participaram do estudo, o médico apresenta 11,5, correspondendo a 38% do total. Os índices apresentados reforçam a posição de ator-ponte, sendo o ego mais central e com maior capacidade de conectar os demais atores. É válido ressaltar que, além dessas características, os atores mais centrais tendem a ter mais vantagens e até mesmo mais poder dentro da rede (Hanneman, 2001), o que foi observado em algumas falas: “Porque eu estou aqui, mas sempre estou lá na porta dele (Médico). O que não é resolvido acaba vindo para mim, pedir renovação de receita, aí você precisa ficar indo lá. Eu acho muito chato” (Enfermeira); “Ele é uma pessoa maravilhosa, mas quando ele abre a boca do jeito dele, é pior do que uma faca, uma pancada assim” (ACS1).

5.2.3 Rede geral da Equipe 3.

A rede da Equipe 3 é composta por 26 atores, sendo 7 egos e 19 alters, com um total de 57 laços de 650 possíveis (Figura 11). Os atores são 95% do sexo feminino, com destaque para a equipe que é composta em sua totalidade por mulheres. A densidade geral foi de 0,088, com apenas 8,8% das relações possíveis, indicando uma conectividade baixa, mesmo sendo a rede com maior quantidade de egos em relação aos alters. Entretanto, a densidade apenas entre os membros da equipe que participaram do estudo ($f=07$) foi de 0,634 com 26 laços de 42 possíveis, correspondendo a 63,4%, o que sugere uma conectividade significativa entre os membros da equipe.

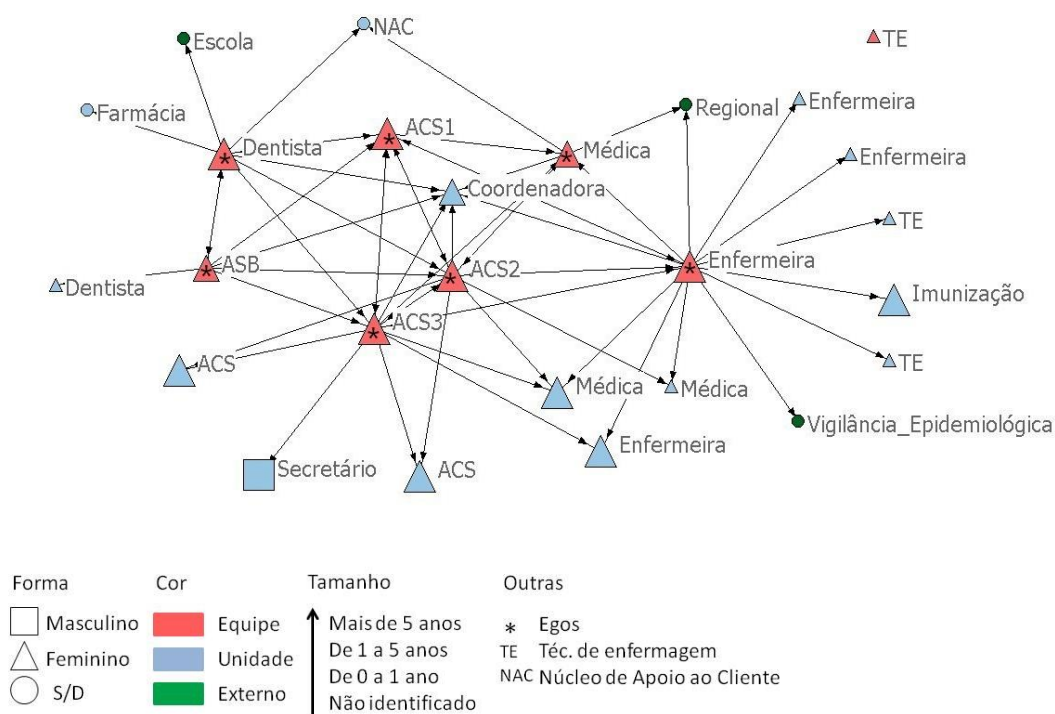


Figura 11. Diagrama da rede geral da Equipe 3.

Ao contrário das redes anteriores, na análise dos egos com maior conectividade, destacam-se as agentes ACS2, ACS1 e ACS3, respectivamente nessa ordem, que indicam mais de 60% dos membros da equipe e são indicadas por mais de 80%,

chegando a 100% no caso da ACS2 (foi indicada por todos os membros da equipe). A dentista (duas indicações) e a ASB (uma indicação) são os egos menos citados, o que demonstra pouca colaboração no trabalho dos demais membros da equipe. Observa-se também que a médica considera apenas um membro da equipe (ACS2) como importante para a realização do seu trabalho, não indicando nem a enfermeira, nem a dentista, mas sendo indicada por quatro membros (enfermeira, ACS1, ACS2 e ACS3). Quando questionada por que não citou a enfermeira, respondeu: “Eu vou ser sincera, eu acho assim que ela é muito boa, gosto muito dela, ela colabora, mas realmente é como se outras pessoas colaborassem mais” (Médica). Por outro lado, apesar da enfermeira ter indicado a médica como importante para a realização do seu trabalho, relatou: “Ela colabora, por exemplo, se eu tenho uma dúvida, eu tiro com ela”, o que indica um tipo de relação fraca, não baseada na ideia de colaboração.

A reciprocidade entre os membros da equipe que participaram do estudo é de 69,2%, com 18 laços recíprocos e 8 não recíprocos, não existindo nenhum ego com 100% de reciprocidade. O maior índice de reciprocidade é da enfermeira (75%) e o menor da médica e da ASB, com apenas 25%.

As análises sugerem, de um modo geral, relações frágeis, que foram observadas também nos relatos: “Eu passo semana sem ver. Porque ela é meio complicada. Mas, preciso, claro, ela é a enfermeira da minha equipe, né? Então eu preciso” (ACS3).

Já na rede geral, dos 26 atores que compõem a rede 8 (30,7%) são membros da equipe, 15 (57,6%) são profissionais que fazem parte da unidade e 3 (11,5%) são externos. Dentre eles: profissionais ligados à Regional (Coordenadora da AB, Coordenadora de Saúde Bucal e Vigilância Epidemiológica) e a escola que fica próxima a unidade, onde são realizadas atividades de educação e saúde. Apesar do baixo número

de atores externos, a unidade apresenta poucos recursos e serviços, o que sugere que a equipe também prefere contar com os próprios profissionais da unidade.

Sobre o grau de centralidade geral (considerando os graus de entrada e saída), a enfermeira ocupa uma posição de destaque com 18 relações estabelecidas (3 de entrada e 15 de saída). Em seguida, as ACS2 (9 de entrada e 6 de saída) e ACS3 (10 de entrada e 5 de saída). Levando em consideração apenas o grau de entrada, ou seja, os atores que foram mais citados, observa-se a posição da coordenadora que foi citada por quase todos os egos (85%), dado que pode estar relacionado ao tempo de trabalho, sendo a única coordenadora que possui mais de 4 anos de atuação em uma mesma unidade.

A enfermeira e a ACS2 também são os egos que detêm maior intermediação dos demais atores, com índices de 41,5 (6,9%) e 34,5 (5,7%), respectivamente, indicando um valor que é mais de quatro vezes superior à média ($M=6,1$). No entanto, a análise do grau de intermediação apenas dos egos (membros da equipe que participaram do estudo) mostra que a ACS1 (9,3; 31,1%) e a ACS2 (6,3; 21,1%) são as que mais intermedeiam relações com os demais egos. A enfermeira e a médica (e a ASB) apresentam grau zero, o que indica inabilidade para intermediar relações dentro da equipe, na medida em que as relações não passam por elas. Esse dado é relevante, levando em consideração a posição central na troca de informações que deveria ser ocupada por esses profissionais na equipe (Landim et al., 2010; Silva et al., 2013).

5.2.4 Rede geral da Equipe 4.

A rede da equipe 4 é composta por 34 atores, sendo 5 egos e 29 alters com um total de 61 laços de 1122 possíveis (Figura 12), configurando-se como uma das maiores redes. Apesar do seu tamanho, a equipe da U4 é a menor equipe, já que possui apenas 6 membros, dos quais 5 participaram do estudo (83,3%). A densidade geral foi de 0,054,

com 54% das relações possíveis acontecendo, o que pode ser justificado pela baixa quantidade de egos em relação aos alters. Já a densidade apenas entre os egos ($f=05$) foi de 0,75 com 15 laços de 20 possíveis, correspondendo a 75%, o que sugere uma alta conectividade entre os seus membros.

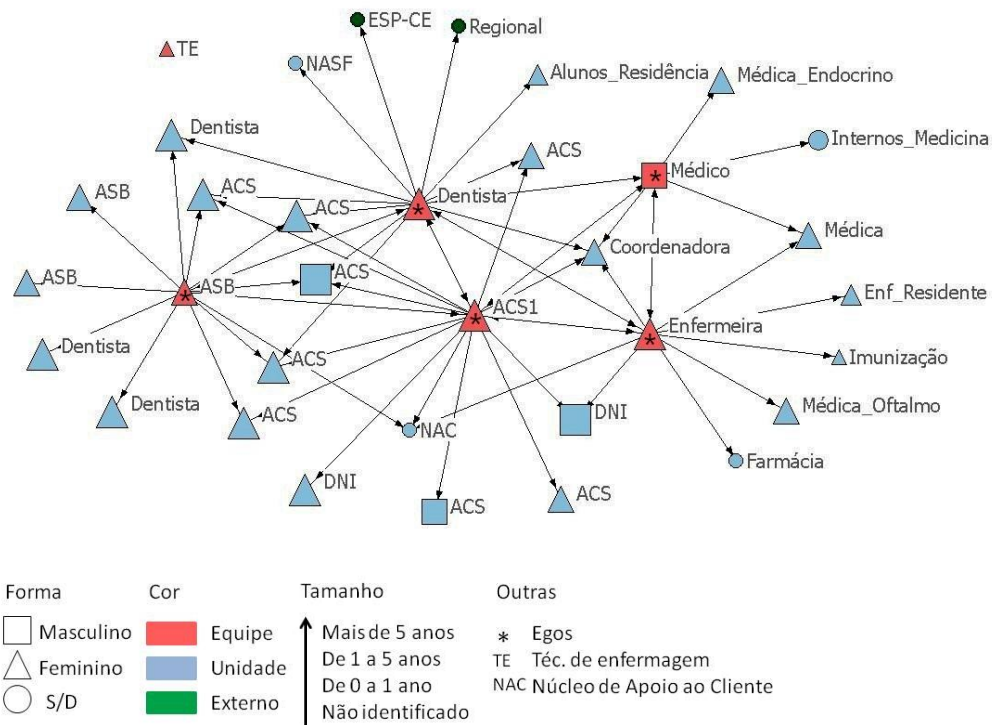


Figura 12. Diagrama da rede geral da Equipe 4.

Dos 34 atores que compõem a rede, 6 (17,6%) são membros da equipe, 26 (76,5%) são profissionais que fazem parte da unidade e 2 (5,9%) são externos, dentre eles: a Escola de Saúde Pública que possui vínculo com a unidade por meio da Residência Multiprofissional em Saúde e a Regional. É possível observar que a equipe não se conecta a muitos alters externos, o que se relaciona ao tamanho e desenvolvimento da unidade, que além de possuir muitos profissionais, é composta por diversas especialidades, NASF completo, residentes e internos. Além disso, possui uma

robusta coordenação/administração, representada na rede por três alters (coordenadora e dois DNI).

Sobre o grau de centralidade, destacam-se a dentista e ACS1 com 19 relações estabelecidas, sendo 4 de entrada e 15 de saída, e a enfermeira (3 de entrada e 11 de saída). A ASB apesar de apresentar o mesmo grau de centralidade geral da enfermeira, foi citada apenas por um dos egos (dentista), o que reforça sua posição na extremidade da rede. Já o médico apresentou o grau mais baixo dos egos, com apenas 10 relações (3 de entrada e 7 de saída), valor considerado significativo, apesar de representar o índice mais baixo na equipe. A técnica de enfermagem, apesar de não ter participado do estudo, não foi citada por nenhum dos participantes, com grau de centralidade zero, mostrando sua posição totalmente desconectada da rede.

Em relação aos alters, destaca-se a coordenadora com grau de entrada 4, sendo reconhecida e elogiada pelos egos, principalmente por saber “fazer acontecer”, “Maravilhosa, nos ajuda a desenvolver o trabalho harmoniosamente, ela entende o trabalho da gente” (Enfermeira) e, os ACS das demais equipes, com grau de entrada 3. Tal dado aponta para a necessidade de a equipe precisar se relacionar com outros agentes, já que só possui a ACS1. Apesar disso, o trabalho da ACS1 é bastante reconhecido e pode ser visualizado na sua posição na rede: “Pronto, ela é uma porta voz por ser a única ACS. Eu considero ela muito importante na equipe. Ela é a porta-voz da gente aqui!” (Médico).

Outro alter que merece destaque é o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) com grau de entrada 3. O NAC direciona o usuário ao seu atendimento, sendo também responsável pelo agendamento de consultas. Por outro lado, o NASF só foi indicado por um ego (dentista), não sendo reconhecido pelos demais como importante para a realização do trabalho, o indica que a equipe reconhece o setor responsável pelo

agendamento e direcionamento dos usuários como mais relevante para o desenvolvimento do trabalho do que o núcleo de apoio composto por diversos profissionais.

No que se refere à reciprocidade dos laços da equipe, a rede apresentou 14 laços recíprocos e 1 não recíproco, o que corresponde a 93,3% de reciprocidade nas relações, o maior índice das equipes analisadas. A dentista, a enfermeira e o médico apresentaram 100% de relações recíprocas, o que indica que todos os egos citados por eles também os citaram, sendo este dado também de destaque, quando comparado às demais equipes. A ACS apresentou 75% de reciprocidade, seguida da ASB com 50%. A reciprocidade reforça a boa relação existente entre os membros da equipe, o que também pode ser observado nas falas: “Esses são diferentes, são os que me acompanham em uma sintonia muito perfeita. Uma coisa é me dar bem, outra coisa é o meu trabalho. Então são essas!” (Dentista).

O grau de intermediação também reforça a posição ocupada pela dentista na rede geral, com índice de 44,5 (4,2%), sendo este o único valor acima de média ($M=3,4$). Os demais egos apresentam índices abaixo da média, sendo eles: ACS1 (27,8; 2,6%), enfermeira (19,3; 1,8%), ASB (16,8; 1,5%) e o médico (9,5; 0,9%). Observa-se que o grau de intermediação da dentista chega a ser quase cinco vezes maior que o do médico, o que sugere o alto controle que existe na passagem de informações por parte dela, que além de se comunicar com 100% da equipe, estabelece o maior número de relações externas, reforçando sua posição central na rede (Freeman, 1979). Em relação à equipe, a dentista também se destaca, com grau de intermediação 4 (33,3%), sendo quatro vezes maior que a ACS1 com grau 1 (8,3%), já os demais membros apresentam grau zero. Alguns relatos reforçam esse resultado: “Ela é a dentista, mas é a pessoa que mais se envolve. Vejo ela como uma líder, a chefe que vemos como responsável é a enfermeira,

mas ela é que tem um perfil de liderança” (ACS1); “Eu brinco com ela que ela é também a enfermeira da equipe. (...) Eu chego para ela e digo, obrigada, ela tem o perfil de enfermeira, ela é ótima” (Enfermeira).

5.2.5 Rede geral da Equipe 5.

A última rede analisada é composta por 26 atores, sendo 6 egos e 20 alters, com um total de 50 laços de 650 possíveis (Figura 13). A densidade geral foi de 0,077, com apenas 7,7% das relações possíveis, representando uma conectividade baixa. Até mesmo a densidade dos membros da equipe que participaram do estudo ($f=06$) foi baixa, com índice de 0,5 (50%) que representa 15 laços de 30 possíveis, sendo a densidade mais baixa das redes apresentadas.

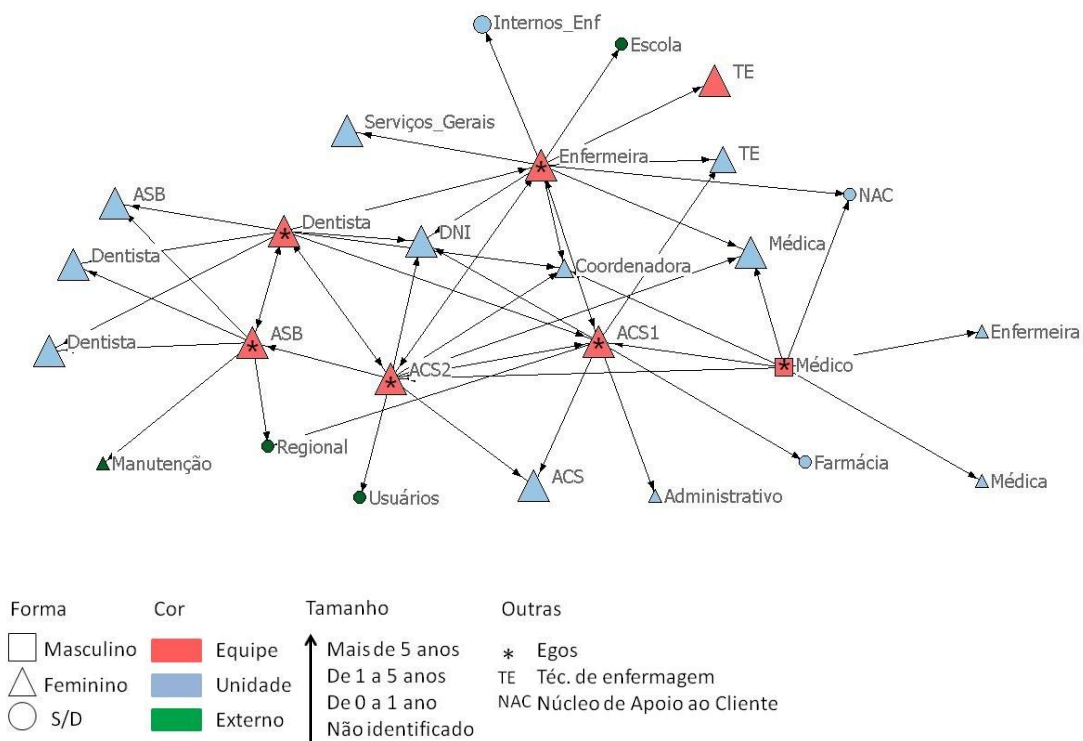


Figura 13. Diagrama da rede geral da Equipe 5.

Já na rede geral, dos 26 atores que compõem a rede 7 (26,9%) são membros da equipe, 15 (57,6%) são profissionais que fazem parte da unidade e 4 (15,3%) são externos, dentre eles: profissionais ligados à Regional (Coordenadora de Saúde Bucal, Assessora Técnica, Recursos Humanos e manutenção), à escola que fica próxima da unidade, onde são realizadas atividades de educação e saúde, e os usuários. Os atores externos foram citados por quatro egos, enfermeira (Escola), ACS1 (Regional), ACS2 (Usuários) e ASB (Regional e manutenção), mas apenas uma vez por cada um deles, o que sugere uma pouca interação da equipe de modo geral com esses atores.

A respeito do grau de centralidade geral, a enfermeira ocupa uma posição de destaque com 14 relações estabelecidas (3 de entrada e 11 de saída). Em seguida, o ACS1 (4 de entrada e 9 de saída), ACS2 (4 de entrada e 8 de saída), a dentista (2 de entrada e 9 de saída), a ASB (2 de entrada e 6 de saída) e o médico (0 de entrada e 7 de saída). A técnica de enfermagem, apesar de não participar do estudo e estar de licença médica, também foi citada pela enfermeira, apresentando grau de entrada 1, índice baixo quando comparado aos demais egos.

Considerando apenas o grau de entrada dos egos, ou seja, os membros da equipe que participaram do estudo e foram mais citados, destacam-se os agentes de saúde (ACS1 e ACS2) com grau 4, seguidos da enfermeira (3), da dentista e da ASB (2). Um ponto que chama atenção é o grau de centralidade do médico que, apesar de ter citado sete atores, dentre os quais apenas dois fazem parte da equipe (ACS1 e ACS2), não foi citado por nenhum, ou seja, nenhum dos seus colegas o considera essencial para a realização do trabalho, fato este que pode ser explicado pelo pouco tempo de trabalho, alta rotatividade do médico na equipe, bem como o tempo que a equipe passa sem esse profissional.

Em relação aos alters, chama atenção uma das médicas que não faz parte da equipe com grau de entrada 3, o que também está relacionado ao dado anterior, conforme relatado pela enfermeira: “Já que não tem na equipe, a gente tem esse suporte, que pede um *help* dela quando está precisando. É a médica que eu preciso, tem que ter o médico, tecnicamente, né? Não é pessoalmente não”.

Como destaque, observa-se as posições da coordenadora e da DNI que foram citadas por 66,6% dos egos (grau de entrada 4), dado que pode estar relacionado, no caso da DNI, ao tempo de trabalho da unidade (a coordenadora está na unidade há apenas seis meses) e também justificado pela alta resolutividade e bom trabalho desempenhado por elas, o que pode ser vista nas falas: “Todos os processos burocráticos ela está no meio, contato com a Regional. Está há pouco tempo, mas é bem esforçada. Desde que chegou já foi muito solicita para conversar” (ASB). Apesar disso, o pouco tempo da coordenadora na unidade é visto como um entrave: “A gente está se conhecendo, né? Então, assim, não vou citá-la, como falei, mas não tenho problema não” (ACS1).

A reciprocidade entre os membros da equipe que participaram do estudo é de 66,7%, com 10 laços recíprocos e 5 não recíprocos, não existindo nenhum ego com 100% de reciprocidade. O maior índice de reciprocidade é o da enfermeira (66,7%), e o menor, o do Médico com zero (já que não foi citado por nenhum ego). Os dados indicam as dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe, marcada por ligações frágeis e desconectadas como, por exemplo, o fato do médico não ter sido citado pela enfermeira e vice-versa. Por outro lado, o médico citou uma enfermeira de outra equipe como importante para a realização do seu trabalho, principalmente em relação ao DESP.

A ACS2 e a enfermeira são os egos que detêm maior intermediação dos demais atores, com índices de 30,0 (5%) e 27,5 (4,5%), correspondendo a um valor que é quase sete vezes superior à média ($M=4,3$). No entanto, a análise do grau de intermediação apenas dos egos (membros da equipe que participaram do estudo) destaca a ACS2 (6,5; 32,5%) que apresenta índice duas vezes maior do que a dentista (3,0; 15%) e 13 vezes maior que o ACS1 (0,5; 2,5%). Os demais (enfermeira, médico e ASB) apresentam grau zero, o que reforça uma posição desconectada em relação aos demais egos, já que o intercâmbio de informações depende dos outros membros (Landim et al., 2010; Silva et al., 2013).

5.3 Comparação e Discussão Geral dos resultados

A partir das análises realizadas foi possível visualizar, por meio de cadeias relacionais representadas em diagramas, a relação entre os diversos atores que as compõem, em especial, os membros das equipes. As medidas de coesão (densidade e reciprocidade) e de centralidade (centralidade de entrada, saída e intermediação) mostraram as diferentes formas que os atores interagem entre si e se comunicam com os demais atores da rede, bem como as propriedades reticulares, as posições ocupadas por cada ator na trama, sua relevância, dinâmica social e poder (Borgatti et al., 1998), resultados observados em outros estudos sobre redes em saúde (Junqueira et al., 2015; Landim et al., 2010).

Em relação à composição, todas as redes apresentam pelo menos um ator de cada tipo: médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, dentista, ASB e ACS. Apesar disso, apenas nas equipes 3, 4 e 5, houve a participação da ASB, e a técnica de enfermagem não se configurou como ego em nenhuma rede, apenas como ator citado nas equipes 1, 2 e 5, e não citado nas equipes 3 e 4. A baixa adesão das técnicas de

enfermagem, relaciona-se aos processos de trabalho desintegrados e sobrepostos, nos quais os fluxos de atendimento são guiados pela demanda espontânea, pelo atendimento por programas de tratamento e referências diretas ao médico. Esses elementos, além de dificultar o entrosamento com os demais membros e o trabalho em equipe, gera, como consequência, o não reconhecimento como parte do grupo (David, Mauro, Silva, Pinheiro, & Silva, 2009), o que justifica a pouca ou nenhuma conectividade dessas profissionais nas redes. Confirma a literatura sobre a sobrecarga e a dificuldade em realizar o trabalho (David et al., 2009), o fato de as técnicas não terem sido vistas durante nenhuma das visitas e a dificuldade dos membros em reconhecer qual o nome da profissional que faz parte da sua equipe.

A maior equipe estudada possui 11 membros e a menor 6, as variações fazem referência ao número de ACS, com equipes compostas por apenas 1 ACS e equipes com 6. Já a quantidade de participantes (egos) variou de 5 a 7. Os dados sobre medidas gerais e de coesão podem ser observados de forma sintetizada na Tabela 9.

Tabela 9

Características estruturais, relacionais e de coesão das cinco redes

	Atores			Alters		Densidade		Reciprocidade	
	Total Citados	Equipe	Egos	PO*	EX*	Geral	Equipe	Equipe	Nº de egos 100% recíprocos
E1	18	9	5	7	2	14,1%	85%	82,4%	1
E2	34	11	7	17	6	6,1%	59,2%	80%	2
E3	26	8	7	15	3	8,8%	63,4%	69,2%	0
E4	34	6	5	26	2	5,9%	75%	93,3%	3
E5	26	7	6	15	4	7,7%	50%	66,7%	0

(*) PO=Atores da Unidade, EX=Atores Externos.

Nota: Os indicadores Densidade Equipe e Reciprocidade Equipe foram calculados a partir de uma matriz composta apenas pelos egos.

Do total de atores de cada rede, destacam-se as redes das equipes 2 e 4, ambas de unidades referência. O número de atores não está relacionado apenas a quantidade de membros da equipe, nem a quantidade de egos, mas sim, com as equipes que mais citaram alters como importantes para a realização do seu trabalho, em especial a rede da equipe 4 que indicou 26 alters (PO) e a rede da equipe 2 que indicou 6 alters (EX). Corrobora a teoria dos laços de Granovetter (1983) sobre a importância das relações estabelecidas com atores externos aos membros das equipes. Assim, é possível estabelecer uma relação entre os atores das redes e os laços fortes e fracos da sua teoria. Observa-se que os egos e, de modo geral, os membros das equipes, se configuram como laços fortes, na medida em que representam os elos mais próximos, ou seja, aqueles que demandam maior investimento afetivo e mais tempo de relação. Já os demais atores (PO e, principalmente, EX) parecem ocupar relações de laços fracos e se mostram importantes na troca de novas informações e recursos, expandindo as possibilidades da rede.

Com base nessa ideia, observa-se que todas as redes apresentam laços fortes e fracos, apesar disso, não foi possível estabelecer uma relação entre o número de alters citados e um melhor desenvolvimento do trabalho. Todavia, as unidades mais carentes (seja de condições de trabalho ou laços fortes estabelecidos), apresentaram um número significativo de atores ($f=26$), o que pode estar relacionado com a necessidade de estabelecer relações e acessar outros recursos, já que dependem dos atores externos para a realização das atividades. Mesmo assim, esse número é inferior ao das equipes 2 e 4, o que revela que apesar de reconhecerem a importância dos laços fracos, ainda possuem dificuldades em estabelecer essas relações, o que as coloca em posição de desvantagem quando comparada as demais. Sobre a equipe da U1, acredita-se que sua baixa adesão a laços fracos, deve-se às melhores condições de trabalho, no que diz respeito à

disponibilidade e acesso aos recursos necessários para o desenvolvimento das atividades.

Dos principais alters indicados alguns merecem destaque, dos que fazem parte da unidade (PO), é possível observar o papel importante da coordenadora, indicada em todas as redes ($f=5$), dos alunos internos e residentes ($f=4$) e do NAC ($f=4$). Já em relação aos alters externos à unidade (EX), destaca-se o papel da Regional ($f=5$), como principal fonte de apoio, sendo esta relação, muitas vezes, intermediada pela coordenadora. Em seguida, o agente epidemiológico ($f=4$), que também está vinculado à Regional, apesar da relação ser diretamente com os egos. A indicação desses alters reforça a importância das relações estabelecidas no acesso ao sistema, na qualidade do serviço prestado e na saúde e bem-estar dos envolvidos, corroborando os estudos de Brough e Frame (2004) e Fonseca et al. (2018).

Por essa razão, os conteúdos transacionados configuram-se como essenciais para o bom funcionamento da rede. As equipes que podem contar com diferentes tipos de colaboração, sejam mais pontuais; como médicos especializados, estudantes, supervisores, ou mais amplas como o NASF, a comunidade e escolas, estão inseridas em um cenário com maiores possibilidades de trocas, recursos e alcance das redes (Granovetter, 1983).

Embora não seja relevante discutir a densidade geral das redes, pelo fato da baixa quantidade de egos em relação aos alters influenciar negativamente o resultado, a densidade da rede dos egos apresentou dados interessantes. Os índices mais baixos de densidade são das equipes 5 (50%), 2 (59,5%) e 3 (63,4%), com destaque para a 5 que por apresentar o valor mais baixo, é considerada a rede com pior acesso aos recursos disponibilizados. Já as redes das equipes 1 (85%) e 4 (75%), apresentam os maiores

índices, indicando uma boa conectividade entre seus membros (Alejandro & Norman, 2005), o que sugere compartilhamento de opiniões e pontos de vista similares.

Para a análise da reciprocidade, utilizou-se apenas as relações entre os egos (Alejandro & Norman, 2005). Os maiores índices de reciprocidade são das equipes 4 (93,3%), 1 (82,4%) e 2 (80%), consideradas referência e que apresentaram maior estabilidade e coesão. Já as equipes com menor reciprocidade são a 5 (66,7%) e a 3 (69,2%), o que corrobora os achados das entrevistas e dos estudos anteriores sobre a baixa confiança entre seus membros. Em consonância, apenas as redes das equipes 4 (dentista, enfermeiro, médico), 2 (médico e ACS4) e 1 (enfermeiro) apresentaram egos 100% recíprocos, as demais (2 e 4) não apresentaram nenhuma relação 100% recíproca entre seus egos. Os dados refletem também o desenvolvimento do trabalho colaborativo entre os membros das equipes, na medida em que considerar um ego importante para a realização do trabalho e ser considerado importante por ele potencializa a confiança e fortalece os laços existentes (D'Amour, 1977; Putnam, 2006).

As medidas de centralidade (de grau e intermediação) apresentam dados que corroboram as medidas anteriores, apesar de algumas particularidades (Tabela 10). Sobre a centralidade de grau, nas equipes 1,2 e 4, observa-se que os egos com mais relações são os que ocupam posições mais centrais e recíprocas nas redes, o que sugere a influência desses atores, que assumem o papel de líder informal do grupo (Krackhardt, 2010; Varanda, 2007).

Tabela 10
Características de centralidade das cinco redes

Centralidade de grau						Intermediação			
	Ego	Total	Entrada	%	Saída	Ego	Geral %	Ego	Equipe
E1	Enfermeiro	18	4	80%	14	Enfermeiro	9,2%	Enfermeiro	25%
E2	Médico	21	6	85%	15	Médico	7,6%	Médico	38%
E3	Enfermeira	18	3	42%	15	Enfermeira	6,9%	ACS1*	31,1%
E4	Dentista/ ACS1	19	4	80%	15	Dentista	4,2%	Dentista	33,3%
E5	Enfermeira	14	3	50%	11	ACS2	5%	ACS2	32,5%

Nota 1: O indicador Intermediação Equipe foi calculado a partir de uma matriz composta apenas pelos egos.

Nota 2: Para uma melhor compreensão o grau de entrada foi calculado em porcentagem, já que o número de egos /membros da equipe influencia o seu resultado.

Nota 3: Na E3 o ego com maior intermediação na equipe foi a ACS1, a enfermeira teve grau zero.

Observa-se que nessas redes, os egos com maior grau de centralidade, são também os com maior índice de intermediação, ou seja, os egos mais bem conectados são os egos mais importantes em função do fluxo de informações que passam por eles (Freeman, 1979). Além disso, os egos que se destacam em relação à intermediação geral são também os que se destacam em relação à equipe, o que sugere que a alta capacidade de conectar e intermediar atores externos se reflete internamente entre os membros e vice-versa.

Por outro lado, é possível observar que nas equipes das U3 e U5, os índices de entrada dos egos com maior grau de centralidade total não ultrapassam os 50%², sendo em ambos os casos representados pela enfermeira. Os baixos índices de entrada revelam a posição de pouco prestígio desses atores, que mesmo apresentando destaque no que

² Na equipe 5, os ACS1 e ACS2 apresentaram grau de entrada 4 (66,6%), destacando-se em relação a enfermeira, que foi evidenciada por possuir um grau total maior.

diz respeito à conectividade da rede, não são procurados pela outra metade dos egos, reduzindo a sua popularidade (Freeman 1979; Hanneman, 2001).

No que se refere ao grau de intermediação, a equipe 3 apresenta diferença entre os índices gerais e da equipe. A enfermeira é o ego com maior capacidade de conectar e intermediar a rede de forma geral, mas é a ACS1 que comanda o fluxo de informações dentro da equipe, no qual a enfermeira apresenta grau zero. Isto suscita um questionamento: qual a relevância de ter um papel de destaque em relação ao fluxo de informações com os demais atores da rede se esse fluxo não acontece também dentro da equipe? Na equipe da U5, observa-se uma situação que também chama atenção, a enfermeira apresenta o maior grau de centralidade total, mas é a ACS2 que se destaca em relação ao grau de entrada (juntamente com o ACS1) e aos graus de intermediação geral e da equipe.

O desgaste nas relações das equipes 3 e 5, mesmo com questões distintas (na 3 os problemas de relacionamento e, na 5 a rotatividade do médico), evidenciam a dificuldade de se estabelecer atores centrais na rede, o que pode ser visto nas diferentes posições ocupadas pelos egos. Por outro lado, no caso da equipe 5, a rotatividade do médico, deveria se configurar como um reforçador da posição de liderança da enfermeira, já que ela é reconhecida como a líder.

Apesar dos estudos sobre redes ressaltarem a importância da diversidade de papéis, para que um mesmo ego não concentre o controle hegemônico da rede, nas equipes de saúde se faz necessário a existência de um ator que exerça o papel de liderança, mesmo que de modo informal (Cunha & Campos, 2010; D'Amour et al., 2008). Além disso, os atores mais conectados e integrados à rede podem ser os mais influentes, mas também são os mais influenciados por outros (Hanneman, 2001), o que propicia a dinamicidade das relações.

Observa-se que nas equipes em que isso acontece (1,2 e 4), os atores que são caracterizados como “ponte”, são aqueles que, além de intermediar as comunicações entre os demais atores, também recebem a maior quantidade de informações (Alejandro & Norman, 2005). As redes são também mais coesas e mais bem conectadas, o que parece influenciar diretamente o bem-estar e o bom relacionamento entre os seus membros (Brough & Frame, 2004; David et al., 2018; Landim et al., 2010; Melo et al., 2018).

Em relação ao capital social, observou-se seu impacto no funcionamento das equipes estudadas (Marteleto & Silva, 2004). Assim, nas equipes 1, 2 e 4, os membros que possuem um maior capital social, trazem informações, benefícios e relações de reciprocidade baseadas na confiança e na cooperação que beneficiam ao grupo (Borgatti et al., 1998; Marteleto & Silva, 2004; Putnam, 2006). Já nas equipes 3 e 5, o capital social parece ter um caráter mais individual, não possibilitando consequências positivas para os demais (Portes, 2000), o que pode ser visto nas análises apresentadas.

Contudo, em todas as equipes, foi possível perceber que as redes são mobilizadas no sentido de dar conta dos aspectos operacionais do trabalho, como uma estratégia para enfrentar os obstáculos (Fonseca et al., 2018). Por exemplo, a importância das coordenadoras para o acesso à Regional ou quando os membros da equipe 5, buscam ajuda com os médicos de outra equipe para conseguirem realizar o seu trabalho. Também merece atenção as relações que se configuram como autoritárias, o que reforça o poder do capital social em ser usado negativamente contra os que estão fora de uma determinada rede. Assim, membros que possuem uma maior capacidade de comunicação podem concentrar recursos e manipular o acesso a eles (Marteleto & Silva, 2004). Um exemplo disso é o caso da enfermeira da equipe 5 que, apesar de

concentrar a maior quantidade de laços fracos externos, não os compartilha com os demais membros da equipe.

Por essas razões, a análise das redes e do capital social possui uma relação direta com a colaboração. Observou-se que as redes menos conectadas apresentam relações mais conflitantes, o que leva a um desempenho coletivo prejudicado e a dificuldade de coesão entre os seus membros (Hasle et al., 2007; Ricardo et al., 2017).

Nesse sentido, o estudo das redes, pode contribuir com identificação de indicadores que aprimoram a qualidade das relações, no sentido de torná-las mais harmônicas e coesas. Como consequência, tem-se uma melhor articulação do trabalho em equipe, da integração de esforços que levam ao compartilhamento de conhecimentos, o que torna possível a construção de experiências colaborativas que envolvem os profissionais em torno de um objetivo comum (Landim et al., 2010; Melo et al., 2018; Putnam, 2006).

6 ESTUDO IV – PRÁTICAS COLABORATIVAS NAS UAPS REFERÊNCIA: TORNANDO O PRESCRITO REAL

O último estudo que compõe a presente tese tem como objetivo apresentar três práticas colaborativas implementadas nas equipes referência estudadas. Para tal, são apresentadas três experiências de práticas colaborativas que foram observadas e vivenciadas nas unidades referência. A ideia é apresentar exemplos práticos que mostram como a colaboração pode acontecer, apesar das barreiras e limitações encontradas nos estudos anteriores.

6.1. Método

Tipo de estudo

O estudo é uma pesquisa descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência realizada nas três UAPS estudadas classificadas pela Secretaria de Saúde como pertencentes a unidades consideradas referência.

Participantes

São apresentados três relatos de práticas colaborativas que contaram com os seguintes participantes:

- 1) Consulta de Pré-natal compartilhada: Coordenada pelo enfermeiro da equipe da Unidade I. A consulta compartilhada acontece semanalmente com a presença do máximo de integrantes da equipe, do NASF e alunos (graduandos e residentes) e tem como foco o pré-natal de pacientes gestantes.
- 2) Reunião de equipe: Coordenada pelo médico da equipe da Unidade II. As reuniões são quinzenais e contam com a participação de todos os membros da equipe e dos dois médicos residentes que são supervisionados pelo médico.

3) Roda de campo: Coordenada pela dentista da equipe da Unidade IV. Configura-se como um espaço de estudo e trocas de conhecimento, no qual participam membros da equipe e de outras equipes e residentes multiprofissionais com periodicidade semanal.

Instrumentos e Procedimentos

Os relatos de experiência são baseados na observação sistemática da realidade e objetiva estabelecer relações entre o que foi encontrado na realidade e as bases teóricas pertinentes (Dyniewicz, 2009). Busca-se entender a realidade além das informações concretas provenientes dos resultados da pesquisa, por meio dos sentidos, dos olhares, das falas e das expressões. De forma complementar, o estudo descritivo tem como objetivo observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos, sem que, com isso, o pesquisador precise interferir neles (Godoy, 1995; Minayo, 2006).

A coleta de dados aconteceu por meio da participação ativa da pesquisadora em cada uma das atividades. O estudo configurou-se como o último, por necessitar de um contato frequente e um maior entrosamento da pesquisadora com os responsáveis pelas práticas, bem como com os demais participantes, de modo a superar a resistência e desconfiança dos envolvidos. Inicialmente, os responsáveis por cada atividade informaram aos demais participantes sobre a presença da pesquisadora, assim, a participação só aconteceu após o consentimento de todos os participantes. Além disso, no momento da coleta, o grupo já demonstrava segurança e confiança, que foram construídos após várias visitas, entrevistas e conversas informais (Minayo, 2006).

Os dados foram colhidos a partir das vivências, observações e registros, e quando preciso, foram feitas gravações. Também foi disponibilizado um espaço para dúvidas e questionamentos, no qual a pesquisadora podia intervir a qualquer momento, caso fosse necessário. A análise de dados foi apoiada no referencial teórico acerca da temática e teve como foco o trabalho prescrito e o trabalho real. Assim, o estudo foi

dividido em duas etapas: 1) apresentação das políticas que fazem referência às práticas (prescrito) e das práticas observadas (real) no trabalho das equipes; e 2) discussão geral sobre o que foi observado na realidade e o que está prescrito como política. Os resultados são apresentados separadamente por cada prática, seguindo a ordem cronológica de quando foram realizados.

6.2 Apresentação das políticas que fazem referência às práticas e da realidade nas unidades

Todas as experiências apresentadas são definidas pelo SUS como propostas para fomentar o serviço de saúde, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores envolvidos, por meio da articulação do trabalho em equipe e da ampliação do conjunto de ações e serviços que buscam humanizar a assistência e promover a integralidade (MS, 2009a). Apesar de serem prescritas em documentos institucionais referentes ao trabalho na AB, as políticas não foram observadas em todas as unidades, acontecendo apenas nas três unidades referência, conforme será apresentado.

6.2.1 Prática Colaborativa 1 – Consulta de Pré-Natal compartilhada – Equipe 1.

A consulta compartilhada é considerada um instrumento de trabalho, caracterizada como um arranjo que privilegia a comunicação transversal entre as equipes e o NASF, na busca do fortalecimento da clínica ampliada. Parte do princípio da interação entre vários saberes e abordagens que buscam dar conta da complexidade do trabalho multiprofissional (MS, 2009a; Luz et al., 2016).

Por meio da consulta compartilhada, as equipes realizam atendimentos em conjunto e de forma interdisciplinar, com intercâmbio de saberes e experiências, capacitação e responsabilidades mútuas para os profissionais envolvidos. Esses atendimentos propiciam espaços para discussão de casos, orientações e realização de projeto terapêutico, antes e após o atendimento (Luz et al., 2016). Também contribui para a educação permanente e a integração ensino-serviço, na medida em que busca a qualificação dos atendimentos por meio do aprendizado dos profissionais, estimulando a aquisição de novos conhecimentos e aptidões e do envolvimento de alunos (Brito, 2018).

Além disso, objetiva o fortalecimento do vínculo da equipe de ESF com o NASF e do usuário com os profissionais, facilita a comunicação e a coleta de informações, permite o delineamento de ações e planos de ação e possibilita um contato mais amplo com a realidade do paciente. No momento da consulta é esperada a participação de pelo menos um integrante da equipe e um do núcleo de apoio, além do paciente, que pode estar sozinho ou com seus familiares. O formato da consulta pode variar, dependendo da sua finalidade (MS, 2009a).

As consultas compartilhadas são uma das principais atribuições dos enfermeiros das equipes de ESF, sendo, na maior parte das vezes, coordenadas por esses profissionais (Peduzzi et al., 2019). Todavia, também podem ser realizadas pelo médico da equipe. Em relação ao formato, podem ser gerais ou específicas, sendo direcionadas para algum grupo específico como as consultas compartilhadas para idosos (Arruda & Moreira, 2018), diabéticos (Carvalho & Borges, 2016), puericultura (Brito, 2018) e pré-natal, foco do presente estudo de caso.

A consulta compartilhada acontece uma vez por semana durante os turnos manhã ou tarde, com duração média de 20 a 30 minutos. As observações aconteceram

no período da manhã durante duas semanas. Na primeira semana, observou-se a dinâmica do pré-atendimento, que acontece externamente à sala da consulta em um balcão. Alunas voluntárias do curso de enfermagem da UECE do 6º semestre participam de um projeto de extensão coordenado por uma professora de enfermagem obstétrica e realizam orientações para as gestantes que estão aguardando. As orientações consistem na entrega de panfletos com informações, resolução de dúvidas e a realização de dinâmicas com temáticas relevantes sobre a gestação (Figura 14). As alunas relataram que o objetivo da ação é recrutar gestantes para um grupo de conversa que acontece na universidade e é facilitado por elas, sob a supervisão da professora coordenadora.

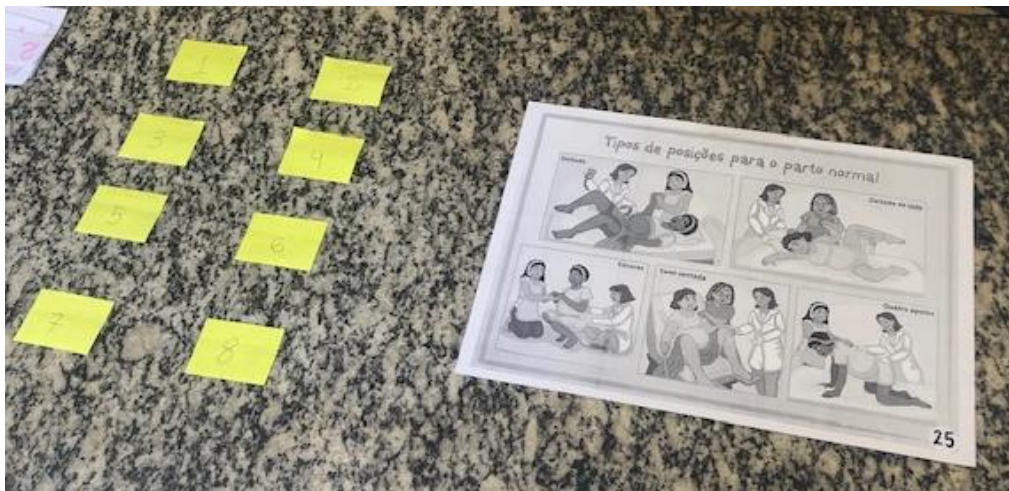


Figura 14. Panfleto sobre a dinâmica realizada pelas alunas da UECE na U1 sobre tipos de parto.

Na segunda semana o foco foi a consulta compartilhada que é coordenada pelo enfermeiro da equipe e teve como participantes: o residente em medicina da família (supervisionado pelo médico da equipe), interno em enfermagem e residente em enfermagem e obstetrícia (supervisionados pelo enfermeiro da equipe), a assistente social do NASF da unidade e dois alunos do curso de nutrição (supervisionados pela

nutricionista do NASF). A participação do NASF é organizada por meio de um rodízio, de acordo com a disponibilidade de horários. Todavia, no dia da observação, havia um curso na regional que impossibilitou que outros profissionais que costumam participar estivessem presentes, dentre eles a farmacêutica, a nutricionista e a psicóloga.

Antes de iniciar cada consulta, a residente em enfermagem olha o histórico do paciente no sistema e o enfermeiro faz uma breve retrospectiva sobre o caso, sendo assim, cada caso é discutido pelos profissionais previamente à entrada do paciente. As principais informações eram sobre semanas de gestação, idade do paciente, situação econômica, situação familiar, quantidade de partos/abortos, exames já realizados e solicitados, quadro clínico nas últimas consultas.

As pacientes entram, na maioria das vezes, acompanhadas pela mãe. Como principais pontos abordados pela equipe durante a consulta, destacam-se:

- Resgate do histórico familiar e gestacional: andamento da gestação, relacionamento com o cônjuge e familiares, desejo da gestação;
- Orientações ao paciente: acompanhamento do caderno da gestante, uso de medicações, repelente, alimentação, forma de parto, necessidade de laqueadura tubária e vacinas;
- Receitas de medicamentos (ácido fólico, ferro, dipirona, soro, remédios para infecção urinária etc.) e novas prescrições;
- Solicitação de exames e acompanhamento de exames anteriores;
- Aferição de peso, altura e pressão;
- Realização de encaminhamentos para outros profissionais.

A sala onde as consultas acontecem possui ar-condicionado, janela, banheiro próprio e ambiente separado por divisória para realização dos procedimentos íntimos.

Além disso, a sala é nova, ampla e arejada, equipada com impressora, computador e equipamentos básicos para realização do pré-natal: balança, aparelho para medição da pressão arterial e sonar para verificação dos batimentos cardíacos do bebê. Os materiais para realização da consulta também são disponibilizados pela unidade, dentre eles máscaras, jaleco, papel, receituário e tinta para impressora.

Como principais aspectos colaborativos observados, destacam-se a interação entre os participantes, a troca de diferentes saberes e orientações, o compartilhamento da visão de atenção integral à saúde e o caráter educativo das consultas, com foco na promoção e prevenção da saúde.

Em um dos atendimentos observados, a paciente relatou estar com dor de garganta e questionou sobre a possibilidade de tomar algum medicamento. Na mesma hora, o residente de medicina olhou a garganta da paciente e fez várias perguntas sobre os seus sintomas. No atendimento seguinte, a gestante não possuía boa relação com o pai da criança, que a rejeitou na gravidez e o enfermeiro conversou sobre a importância das relações familiares e da saúde psíquica da paciente, que foi encaminhada para um atendimento com a psicóloga do NASF.

Uma das gestantes, usuária de drogas e prostituta, já estava na G17 (décima sétima da gestação), sigla utilizada por eles para indicar a quantidade de gestações de uma paciente. A equipe, antes da paciente entrar, conversou bastante sobre o caso e estabeleceu algumas diretrizes para a redução de risco. Nesse momento, o médico solicitou a opinião da pesquisadora e iniciou uma conversa sobre saúde mental. O médico também solicitou aos alunos de nutrição uma dieta com elementos nutricionais importantes para o quadro da paciente.

Também foi possível observar o respeito dos profissionais com as pacientes e suas histórias de vida. De modo geral, as consultas eram longas e bem minuciosas,

configurando-se como um momento de acolhimento (no real sentido da palavra e não do sentido da DESP, apresentado nos estudos anteriores). Em uma das consultas, a gestante tinha ido de vestido e, como para fazer o exame precisava deixar a barriga de fora, o enfermeiro pegou um jaleco para cobrir a paciente e ela pudesse se sentir mais confortável. Ressalta-se que o ideal seria que tivesse aventais descartáveis disponíveis em sala, mas, de acordo com os profissionais, o item está em falta há vários meses.

Outro ponto que merece destaque é a existência de uma segunda porta na sala que, de acordo com o enfermeiro, configura-se como uma “rota de fuga” para os profissionais poderem sair da sala sem serem notados. Esse fato relaciona-se a alta demanda de atendimentos que, muitas vezes, não pode ser sanada. Todavia, é válido ressaltar que os pacientes ficam do lado de fora da sala esperando atendimento, sem saber que a sala já está vazia ou se o profissional já não está na sala.

6.2.2 Prática Colaborativa 2 – Reunião de Equipe – Equipe 2.

De acordo com a revisão das diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as reuniões sistemáticas são consideradas uma das atribuições comuns aos membros das equipes que devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, sendo definida por normativas nacionais e locais (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011). A equipe tem como atribuição “realizar reuniões a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis”.

As reuniões são constituídas por momentos de discussões com a finalidade de elaborar um planejamento de atendimento para os pacientes e comunidade, por meio de um plano de ação com os profissionais responsáveis. A sua prática propicia um espaço para a socialização do conhecimento, o planejamento coletivo e a tomada de decisões,

contribuindo para a reorganização dos processos de trabalho (Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005; Voltolini et al., 2019).

As reuniões devem acontecer com todos os seus membros e seguir um padrão. Cada reunião se refere a um período de até quatro horas semanais em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo é possibilitar discussões de casos, o planejamento das ações e atividades, avaliações do serviço prestado, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Além disso, espera-se que uma das reuniões do mês tenha como foco a avaliação dos resultados alcançados e o planejamento da continuidade das ações. (MS, 2009b). Também se configuram como um espaço para discussão dos conceitos de prevenção e promoção da saúde na busca por estratégias que atendam a demanda da população adscrita.

Em relação ao horário, existe uma flexibilidade quanto aos dias e horários para realização das reuniões que devem ser combinados com toda a equipe para garantir a participação de todos, ou da maioria, não ocasionando prejuízo ao atendimento prestado.

A equipe da U2 realiza reuniões quinzenalmente de forma organizada e sistematizada, com duração mínima de 2 horas (podendo durar mais de 4 horas, como no dia da visita). Toda a equipe deve participar da reunião que tem a pauta elaborada pelo médico e registrada em um livro ata, para que os assuntos das semanas anteriores possam ser revistos e cobrados. Mesmo sendo conduzida pelo médico, todos os membros da equipe podem dar sugestões de pauta para assuntos relevantes. Inclusive as pautas são, na maioria das vezes, provenientes das demandas da população adscrita trazida pelos ACS. No dia da observação participaram: o médico, os dois residentes em medicina da família, a enfermeira e três agentes de saúde (o dentista estava de férias e a ASB não participa). A reunião aconteceu em uma sala de consultório pequena com

pouco espaço que se encontrava disponível no momento, os residentes ficaram sentados na maca para que todos coubessem na sala. A sala é equipada com computador, impressora e ar-condicionado.

Foi possível observar uma dificuldade para iniciar e dar continuidade, já que, a todo o momento, apareciam pacientes com outras demandas, mesmo não sendo horário de atendimento. A reunião inicia com informes sobre datas e cronograma. Posteriormente, são revistos os pontos da reunião anterior, em especial das receitas que foram (ou deveriam) ser renovadas, resultados de exames e visitas pendentes e marcação de consultas.

A pauta iniciou com a análise por área do trabalho dos ACS, relacionado ao controle de pacientes com tuberculose. Foram discutidos todos os casos de tuberculose da área, um por um, com possíveis soluções. A equipe conhece cada caso em profundidade como endereço, nome, estágio da doença, família, adesão ao tratamento, condição socioeconômica, uso de medicação etc., o que demonstra preocupação com a vida de cada paciente. Nos casos mais complexos, são discutidos possíveis intervenções e soluções. Na reunião foi discutido o caso de um paciente com tuberculose que, por morar na rua, era de difícil controle, já que não sabiam onde iriam encontrá-lo nas visitas. A equipe traçou uma estratégia para trazê-lo ao posto e tentar, mais uma vez, a adesão ao tratamento.

Também foram decididos os temas para os próximos encontros do “Grupo de Tuberculose” e do “Grupo de Tabagismo”. Além disso foram traçadas novas metas de participantes e estratégias para aumentar a adesão dos pacientes. A enfermeira entrou em contato com as enfermeiras de outras equipes para que a ação fosse mais coletiva e tivesse uma participação maior da comunidade.

Por fim, os residentes apresentaram uma proposta de *linha de cuidado* para avaliação do pé diabético, sendo esse modelo inspirado nas linhas de cuidados realizadas no Hospital Universitário Walter Cantídio de Fortaleza (HWCHU-CE) e já implantada em outras unidades de saúde da região e do país (Carvalho & Borges, 2016). A proposta foi apresentada por slides para todo o grupo, que discutiu a possibilidade de implantação do projeto multidisciplinar que envolve a participação de toda a equipe.

Após a reunião, o médico, juntamente com os residentes, ficou na sala renovando as receitas solicitadas pelos agentes de saúde, o que se estendeu até próximo das 19 horas. Os agentes relataram que, algumas vezes, saem após o horário de expediente, pois ficam aguardando o médico liberar as receitas.

6.2.3 Prática Colaborativa 3 – Roda de Campo – Equipe 4.

A roda de campo é uma estratégia proposta pela Secretaria de Saúde e executada pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). A ESP-CE tem como objetivo “promover a formação e educação permanente, pesquisa, extensão inovação e produção tecnológica na área da saúde, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino, serviço comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o Sistema Saúde Escola” (p. 2).

A Roda de Campo, também conhecida do Método da Roda ou Método Paideia (Cunha & Campos, 2010), é um grupo de estudo interprofissional composto por atividades teórico-práticas e facilitado por um preceptor de campo. É considerada uma proposta que visa a construção de um conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais, além de defender os conceitos de cogestão, por meio da democratização das relações de poder, e coprodução, por meio do trabalho em equipe. Constitui-se como um espaço de diálogo e problematização do território, na qual são

discutidas as questões relativas ao processo de trabalho do serviço e da equipe de trabalho, caracterizando-se como espaço de aprendizagem e troca de conhecimento, o que justifica as denominações utilizadas que fazem alusão à ideia de que ninguém sai da roda da mesma forma que entrou, reforçando o caráter de transformação (Cunha & Campos, 2010).

Apesar de ser facilitada pelo preceptor, os profissionais de saúde residentes são os protagonistas do processo, por meio de estratégias pedagógicas ativas e dialógicas. Suas principais funções são:

- Ampliar a discussão interprofissional do referencial teórico pautado nos módulos de ensino- aprendizagem;
- Aprofundar o debate do conhecimento no contexto do campo e do núcleo profissional da temática em estudo;
- Negociar e discutir os temas de interesse a toda a equipe de profissionais de saúde residentes.

As atividades de cada módulo são distribuídas de acordo com o calendário semestral disponibilizado pela ESP-CE no Manual do Módulo. Além disso, existe uma carga horária exigida (40h) que deve ser cumprida pelo profissional residente em formato de escala. No momento da pesquisa o módulo semestral era denominado “Colaboração Interprofissional e Processo de Trabalho na Saúde” que objetiva a criação de instrumentos de análise e orientação do processo de trabalho em saúde para a organização do processo de trabalho dos residentes a partir do cuidado integral e interdisciplinar, por meio do fortalecimento da prática colaborativa e do trabalho em equipe.

Cada módulo conta com os objetivos de aprendizagem, conhecimentos, habilidades, atitudes, competências desenvolvidas e questões norteadoras. Também são

sugeridos textos para leitura e atividades teórico-práticas que devem ser realizadas. O preceptor deve acompanhar, sistematizar e compartilhar o desenvolvimento de cada residente por meio da postagem de um formulário na plataforma, denominado Instrumento de Registro de Roda de Campo e de Núcleo.

Na U5, a Roda de Campo é coordenada por duas dentistas que são preceptoras dos residentes (exceto da medicina) da unidade, sendo uma delas dentista da equipe estudada. No dia da observação, participaram da roda: as dentistas preceptoras, uma ACS da unidade e da equipe estudada, as residentes (duas psicólogas, uma enfermeira, uma biomédica e os profissionais do NASF (uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga).

A roda aconteceu no pátio externo da unidade, por falta de sala. A sala de estudo, onde geralmente a reunião ocorre, estava ocupada. O local é bastante barulhento, quente e, por ser aberto, acontecem interrupções dos pacientes que chegam com alguma demanda. Foi conduzida pela dentista preceptora e membro da equipe estudada, que iniciou a reunião comemorando a chegada da assistente social para integrar a equipe do NASF. Também informou que não conseguiu reler o módulo, pois teve que fazer alguns testes rápidos na unidade.

A atividade do módulo era denominada “Construção e análise do Fluxograma Analisador”, tendo por base o tutorial disponibilizado na plataforma para elaboração da atividade. O módulo já havia iniciado há duas semanas, no encontro anterior, discutiram um fluxograma para a odontologia, que foi elaborado durante a semana pelas residentes e apresentado na reunião (Figura 15). A apresentação foi realizada por uma enfermeira residente que é cadeirante, mas apesar das suas limitações, está totalmente integrada à equipe e à unidade. Após a apresentação, a preceptora parabeniza as residentes e todos acompanham e discutem possíveis melhorias e alterações.

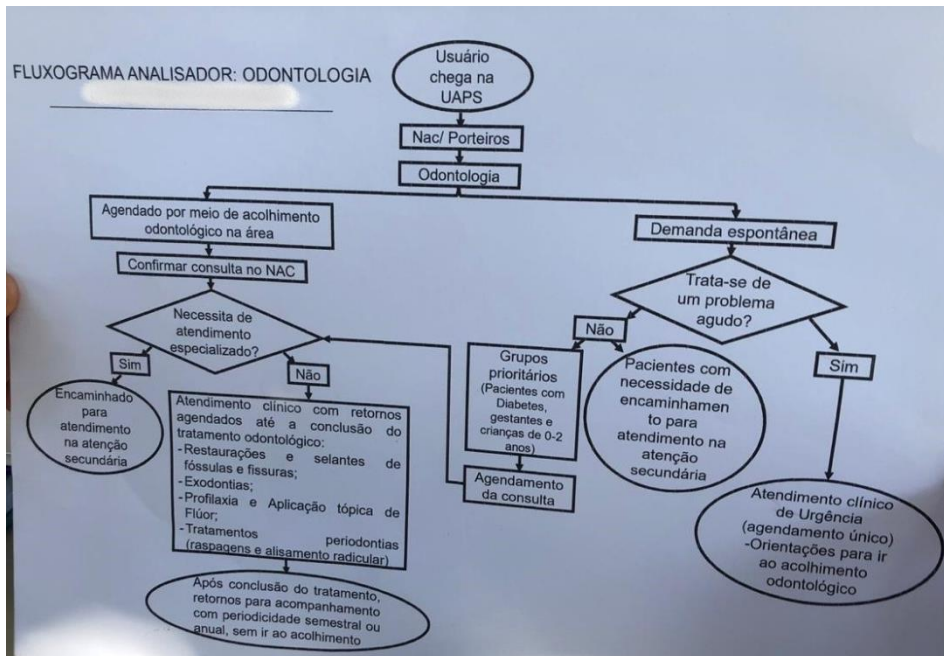


Figura 15. Fluxograma analisador da Odontologia elaborado na Roda de Campo pelos profissionais participantes.

Na semana da observação, foi decidido elaborar o fluxograma do NASF, a partir de duas vertentes: 1) como acontece atualmente na unidade e; 2) como deveria acontecer (baseado na integração entre a equipe de referência e o NASF). Para construção partiu-se das seguintes questões: Como os usuários estão acessando o NASF? Eles sabem como fazer? Como os profissionais encaminham para o NASF?

Para a criação do fluxograma, as residentes sugeriram o uso de cartolinas e canetinhas para que pudesse ser construído de forma mais lúdica e com a participação de todos. As discussões acontecem de “igual para igual”, já que todos se envolvem e dão sugestões, até mesmo a ACS que, mesmo desconhecendo a ferramenta, fez sugestões e comentários. Todas as informações devem ser registradas para o relatório elaborado pelas residentes.

A psicóloga residente ressalta a importância de o NASF atuar em conjunto com a equipe de referência, pois na unidade ainda funciona de forma fragmentada. Sugere a realização de reuniões de equipe e elaboração de planos terapêuticos. Também discutem sobre entraves que dificultam a realização do trabalho, como as condições de trabalho, falta de profissionais, dificuldade de encaminhamento, política da DESP, dentre outros.

Ao fim da roda, fazem o *check-list* de um evento que irá acontecer no dia seguinte com as mulheres da comunidade: “Roda das mulheres com dinâmica”. As profissionais concordaram em comprar o material necessário para a dinâmica, já que não iriam conseguir na unidade. A dinâmica foi escolhida pelas residentes, que tiveram total autonomia para realizar o evento.

Ao final, a psicóloga do NASF relatou o caso de um paciente de sete anos que há vários meses precisa de atendimento. Foi discutido de que modo a equipe de referência, juntamente com o NASF, poderiam ajudar, já que o atendimento deveria ser multidisciplinar.

6.2 Discussão Geral

O desenvolvimento de práticas colaborativas no campo da atenção primária é uma tendência discutida em diversos estudos nacionais e internacionais (Arruda & Moreira, 2018; D’Amour et al., 2008; Luz et al., 2016; Matuda et al., 2015; Peduzzi et al., 2019). Apesar disso, chama atenção que as práticas - consulta compartilhada, reunião de equipe (em consonância com o prescrito) e roda de campo - só aconteçam nas três equipes destacadas, não sendo observada mais de uma prática por equipe.

A partir das práticas relatadas, foi possível observar que os três casos apresentam elementos que fazem referência à tipologia proposta por D’Amour et al. (2008), o que pode estar relacionado ao êxito das práticas. Em relação aos *objetivos compartilhados* e

visão observa-se que os profissionais envolvidos trabalham em torno de objetivos comuns que são discutidos e avaliados por todos os integrantes como, por exemplo, no caso da *consulta compartilhada* em que os profissionais atuam em torno de um objetivo comum de forma multi e interprofissional.

Existe uma *internalização*, na medida em que cada um contribui com o seu conhecimento, mas reconhece a importância do conhecimento do outro. Também desenvolveram um sentimento de pertença e confiança entre si que foi percebido, principalmente, nas relações de confiança estabelecidas, que pode ser observado quando os profissionais tiram dúvidas uns com os outros ou fazem críticas construtivas.

A *formalização* foi observada na forma como os profissionais dividem as responsabilidades. Na *reunião de equipe* as informações eram colocadas em ata e todas as decisões documentadas, na *roda de campo* os encontros seguiam o módulo disponibilizado e, na consulta compartilhada, todos os dados eram alimentados no sistema utilizado. Por meio das ações de formalização, em especial o uso do *feedback* de maneira adequada, foi possível observar o sentimento de confiança entre os profissionais (Arruda & Moreira, 2018).

Já a *governança* reforça a importância das lideranças no desenvolvimento das práticas. Observou-se que os profissionais da equipe que ocupam uma posição de liderança (Estudo II) e que atuam como ator-ponte (Estudo III), são os mesmos que coordenam as práticas apresentadas. Estudos mostram a importância do envolvimento de pessoas centrais que forneçam uma direção clara e desempenhem um papel estratégico, favorecendo a continuidade e articulação das ações (Cunha & Campos, 2010; D'Amour et al., 2008). Além dos líderes das equipes, destacam-se as lideranças formais centrais, representadas pelas coordenadoras/DNI, que possuem um papel fundamental na implantação e manutenção das práticas.

As lideranças também convergem no que diz respeito ao conceito de saúde que utilizam, aproximando-se de uma abordagem mais sistêmica do cuidado e menos biomédica. Nas práticas, a experiência de todos os profissionais é reconhecida, assegurando o respeito pelas contribuições dos membros envolvidos (Zwarenstein & Reeves, 2006) e fortalecendo os processos participativos por meio das decisões compartilhadas (Mendes et al., 2013).

É válido ressaltar que as práticas apresentam requisitos diferentes para serem implantadas nas unidades de saúde, o que faz com que algumas unidades apresentem barreiras político-institucionais, organizacionais e humanas que se configuram como entraves para o seu desenvolvimento no cotidiano (Araújo & Catânio, 2011). Dentre elas, a reunião de equipe é considerada a mais elementar e crucial para o desenvolvimento do trabalho na área da saúde, todavia, ainda é um desafio, só acontecendo, mais próxima do preconizado, na Equipe 2. O documento da PNAB com mais de 100 páginas corrobora esse fato na medida em que só faz referência às reuniões de equipe uma única vez (MS, 2012, p.45).

Estudos mostram a importância da realização de reuniões semanais para a construção das relações interpessoais (Peres et al., 2011), o fortalecimento do trabalho em equipe e da troca de saberes (Sena et al., 2012). Destacam-se também as diversas dificuldades encontradas e elencadas nos estudos anteriores que inviabilizam desde a periodicidade, até a existência de reuniões.

Em relação à viabilidade da consulta compartilhada e da roda de campo, vem à tona, mais uma vez, uma discussão atual e imprescindível, que mesmo não sendo foco da presente tese, não pode ser deixada de lado: a permanência do NASF. No cenário estudado, a existência do NASF aparece como condição indispensável para o desenvolvimento dessas práticas (exceto da reunião de equipe), na medida em que elas

só se tornam possíveis com o entrelaçamento entre os profissionais da equipe de referência e do apoio matricial (Matuda et al., 2015; Sena et al., 2012). Além disso, a *Roda de Campo*, por exemplo, só poderia acontecer na Unidade 4, já que é a única ligada à ESP-CE e que recebe alunos da residência multiprofissional. Todavia, sua prática poderia ser adaptada para cada realidade e implementada nas outras unidades. Das equipes referência, apenas a da U2 não conta atualmente com o apoio do NASF, sendo essa uma das grandes dificuldades relatada pelos profissionais da equipe.

Apesar da importância, muitas são as limitações das políticas relacionadas ao NASF, principalmente por questões administrativas e burocráticas (Santos, Uchôa-Figueiredo, & Lima, 2017). Na *Roda de Campo*, foi possível observar o papel atuante do NASF no trabalho interprofissional e a importância dos seus integrantes para a condução do módulo, o que foi evidenciado nas interações pautadas pela troca de conhecimentos, respeito, confiança e reconhecimento mútuo (Peduzzi et al., 2019), mas também foram relatadas várias dificuldades relacionadas à rotatividade e contratação de profissionais, bem como dificuldade de interação entre os demais profissionais da equipe por disponibilidade de horário, em especial com o médico (Santos et al., 2017).

Outra dificuldade observada e relatada pelos profissionais nas três práticas é a interrupção recorrente dos pacientes. Várias vezes, pacientes entravam na sala para reclamar, pois precisavam ser atendidos, enquanto “vocês estão aqui conversando”. Os profissionais relatam que além das reclamações, existe também a desmotivação, já que, na maioria das vezes, não são reconhecidos e estimulados, sendo essa também a justificativa apresentada pelos médicos para não participarem das práticas *roda de campo* e *consulta compartilhada*.

Somam-se a isso as condições de trabalho desfavoráveis que dificultam o processo. Faltam salas para a realização das práticas, materiais e equipamentos básicos

para atendimento e para realização de dinâmicas, atividades etc., elementos evidenciados nos estudos anteriores. Por outro lado, foi possível observar que os profissionais buscam, a todo o momento, estratégias que visem superar os entraves decorrentes das condições de trabalho como no caso da *consulta compartilhada*. O procedimento prescrito para a consulta compartilhada é que o atendimento inicial (triagem) seja realizado pela técnica de enfermagem e só depois o paciente deveria ser encaminhado para a consulta. O enfermeiro observou que os pacientes demoravam muito na triagem e fez uma alteração no fluxograma e todos os atendimentos iniciais passaram a ser realizados na própria consulta compartilhada.

Na roda de campo não são disponibilizados materiais para as dinâmicas. Os profissionais trazem materiais de casa e criam possibilidades mais econômicas para que seja possível realizar as atividades propostas. Na reunião, os profissionais se apertam em uma sala e dividem espaço na maca para que ela não precise ser remarcada.

O que parece ser o grande achado deste estudo, bem como da tese, é que a colaboração entre os profissionais, seja da equipe de referência ou do apoio matricial, funciona como um pilar que auxilia na superação dos entraves encontrados. A forma como a colaboração é conduzida e reproduzida entre seus membros, parece se sobrepor às condições de trabalho precárias e às características individuais dos profissionais. O que fica como questionamento é: o que as equipes de saúde seriam capazes de fazer, criar e transformar, se pudessem trabalhar em ambientes com boas condições de trabalho e com profissionais que, desde a sua formação, desenvolvessem elementos relacionados à colaboração?

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese defende a ideia de que a colaboração e seus derivativos (práticas/ações colaborativas) são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde, bem como para um cuidado mais integral dos pacientes e o bem-estar dos profissionais envolvidos. Com os resultados obtidos nos quatro estudos, foi possível observar que o alcance da colaboração depende de fatores externos e internos e envolve elementos como as condições de trabalho, as relações estabelecidas dentro e fora das equipes e o envolvimento dos seus membros.

No Estudo I, sob a ótica da análise de conteúdo temática, a análise sobre as condições de trabalho das unidades estudadas mostrou que as realidades vivenciadas pelas equipes parecem ser similares, o que possibilitou a apresentação dos resultados por categorias e não por unidade ou equipe. Apesar de algumas divergências, de modo geral, as condições de trabalho aparecem de forma precária, principalmente no que diz respeito aos materiais disponíveis, demanda de atendimentos \times capacidade instalada da unidade/equipe e espaço físico/infraestrutura das unidades. O estudo mostrou que o tamanho da unidade e o fato dela ser considerada referência não se relaciona de forma direta às condições de trabalho, visto que foi possível observar condições precárias em todas as unidades, inclusive nas consideradas referências. Além disso, observou-se que os participantes se conformam com a realidade vivenciada, se expõem aos riscos, à violência e às condições precárias de trabalho, mas acreditam que são elementos que fazem parte do cotidiano laboral. De forma positiva, o vínculo trabalhista estatutário representa uma das maiores motivações para a permanência na atenção básica e aparece como imprescindível para o desenvolvimento da colaboração. Destaca-se a criação da DESP reconhecida por todos os participantes como um agravante às dificuldades

encontradas para a realização do trabalho nas unidades. Uma política que, mesmo com ideais interessantes, parece ter sido criada, mais uma vez, sem a opinião e vivência dos principais atores sociais envolvidos: os profissionais da saúde.

O Estudo II foi baseado nos trabalhos de Daniele D'Amour e colaboradores sobre a tipologia da colaboração, suas dimensões e seus indicadores, utilizando gráficos Kiviat que tornaram possível a representação gráfica e a comparação entre as equipes estudadas. Apesar de apresentarem condições de trabalho semelhantes, conforme apresentado no estudo anterior, os níveis de colaboração variaram bastante e apresentaram relações com as dimensões propostas pelos autores: configuração da equipe em torno de objetivos comuns, desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade em relação aos membros da equipe, papéis de liderança bem definidos dentro e fora da equipe, responsabilidades claras e compartilhadas entre todos os envolvidos, dentre outros.

O interessante é que o fato de a unidade ser considerada referência parece influenciar positivamente o desenvolvimento da colaboração. Em especial, observa-se que nessas unidades os profissionais apresentam trajetórias profissionais e práticas direcionadas à educação permanente, já que lidam diretamente com alunos das mais diversas áreas da saúde. O estudo evidenciou ainda a importância do desenvolvimento de objetivos em comum, bem como a divisão clara das responsabilidades. O sentimento de pertença também aparece como um elemento essencial para a coesão da equipe já que, para que exista confiança entre os membros, é necessário que esse sentimento de desenvolva. Outro ponto que merece destaque é a forma como a equipe é conduzida e o papel do profissional que ocupa a posição de líder, na maioria das vezes informal. Observou-se que a liderança funciona como um fio condutor invisível da colaboração.

Com base nesse fio condutor, o Estudo III, por meio da ARS, confirmou a relevância e a influência das redes sociais para o funcionamento das equipes, bem como para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo. Foi possível identificar que as relações estabelecidas pelos membros das equipes influenciam tanto a ambiência interna (relações entre seus membros), quanto a externa (relações com os pacientes e profissionais/entidades externos). Mais uma vez observou-se que as equipes de unidades referência se destacam no que diz respeito à qualidade e confiança das relações, assim como a importância das lideranças que se configuraram como atores-ponte. As equipes referência apresentaram relações mais coesas e recíprocas, com laços fortes bem definidos e importantes para a união do grupo e para as demais conexões da rede. Além disso, são equipes que, na maior parte das vezes, não precisam de muitas parcerias externas à unidade, já que encontram internamente as relações necessárias para o desenvolvimento do trabalho. São unidades compostas por NASF, médicos e enfermeiros residentes e alunos de diversas áreas. Mesmo assim, apresentam relações externas duradouras, o que está relacionado à expansão do capital social e de benefícios para as equipes que “sabem com quem podem contar quando precisam”.

Nas demais equipes as relações são frágeis e a confiança parece abalada até mesmo entre os seus membros, o que impacta diretamente nas relações externas e na conexão entre os atores. Algo que chamou atenção foi a posição ocupada pelos líderes das equipes que, em alguns casos, não se configuraram como atores centrais na rede. A troca de informações e conhecimento aparece de forma individualizada, desconectando a rede (e o fio condutor) e, conseqüentemente, o acesso aos benefícios, o que coloca as relações como um elemento fundamental para o desenvolvimento da colaboração (alcance das dimensões e indicadores).

No Estudo IV, a apresentação de práticas colaborativas implantadas nas unidades referência possibilitou uma melhor compreensão da relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, ressaltando a importância das condições de trabalho e das relações estabelecidas para o seu desenvolvimento. Não é à toa que apenas as unidades referência apresentaram essas experiências, o que nos traz uma indagação: O que faz com que algumas equipes consigam se organizar de maneira mais eficiente e desenvolver práticas ligadas à colaboração, mesmo em condições não muito favoráveis? Como essas equipes conseguem superar as limitações e desenvolver sua atividade de trabalho em condições precárias?

A resposta pode estar no achado principal desta tese de que a colaboração funciona como uma proteção às equipes no desenvolvimento das atividades laborais, configurando-se como um apoio para os seus membros. Assim, quando a equipe é permeada pela colaboração (com base nas dimensões e indicadores propostos por D'Amour), apresenta relações mais coesas e frutíferas que impactam diretamente na forma como lidam com as condições precárias de trabalho que, apesar de se configurarem como um entrave, não configuram-se como um impedimento. Para que a colaboração se desenvolva também parece ser necessário que exista um incentivo desde a formação desses profissionais, que precisam aprender e desenvolver conhecimentos relacionados à interprofissionalidade e se envolver em práticas voltadas para a díade ensino-saúde. Esse pensamento traz novas questões: Como seria o trabalho das equipes de saúde dessas unidades referência se as condições de trabalho fossem positivas? O que se pode fazer para que as unidades não referência possam desenvolver a colaboração?

Esses questionamentos abrem espaço para a sugestão de estudos futuros e para as limitações desse estudo. Como pesquisas futuras, sugere-se um mapeamento mais

amplo das unidades referência e não referência de Fortaleza, umas das grandes dificuldades encontradas pela pesquisadora. Ainda não existem elementos formais que distinguem esses dois tipos de unidade (ou se existem não estão claros e bem definidos), o que seria muito relevante para novos estudos sobre colaboração em UAPS. Sugere-se também novos estudos que entrelacem as temáticas colaboração e ARS e que possam investigar mais a fundo a importância dos laços para o desenvolvimento do trabalho.

Outra limitação que merece destaque e incita a realização de novas pesquisas é a dificuldade em conceituar termo colaboração. No Brasil, as pesquisas ainda são focadas na CI, utilizada, especialmente, no SUS. Já a literatura internacional, bem como a colaboração proposta por D'Amour e utilizada no estudo 2, versam sobre um conceito mais amplo e filosófico que, apesar de estar relacionado às organizações de saúde, vão muito além delas.

A principal limitação das pesquisas realizadas foi a coleta dos dados nas unidades, no que diz respeito à disponibilidade dos participantes e, principalmente, dos gestores das UAPS. Por essa razão, os estudos precisaram de ajustes, já que não foi possível entrevistar formalmente nenhuma das gestoras das unidades estudadas, que estavam sempre ocupadas ou ausentes. A aplicação de um instrumento quantitativo também não ocorreu da forma esperada, os profissionais não tinham disponibilidade de tempo para responder, não se interessavam em respondê-lo on-line (talvez por acreditarem ser mais fácil uma identificação) e quando ficavam com o instrumento não o devolviam, mesmo com muita insistência por parte da pesquisadora. Outra limitação refere-se à ARS, em especial à forma como o método foi utilizado. Os participantes demonstraram dificuldade em responder ao “gerador de nomes”, alguns por não lembrar o nome ou cargo da pessoa que gostaria de citar e outros por sentirem vergonha em dizer quem realmente era importante para a realização do trabalho.

Por fim, por meio desta tese foi possível reforçar a importância do SUS no campo da atenção básica, bem como suas potencialidades e possibilidades. Sem deixar de reconhecer o papel de políticas e aspectos importantes como o NASF, a educação permanente, a educação e colaboração interprofissional, que possam dar conta das demandas do sistema que são cada vez mais complexas e dinâmicas. Em meio às precárias condições de trabalho, existem equipes engajadas e profissionais preocupados com a saúde da população que encontraram, através da colaboração, uma forma de minimizar o sofrimento dos pacientes e desenvolver novas formas de atuação, pautadas na confiança e no trabalho em equipe.

Apesar disso, inúmeros são os esforços necessários para que essa possa ser uma realidade predominante nas UAPS, como destacado por uma participante: “você não vai ter um trabalho colaborativo só porque as pessoas são legais”. Deste modo, mudanças são necessárias desde a formação inicial dos profissionais, que devem ter uma formação mais crítica e humanizada, pautada no cuidado integral do paciente, até a construção de um verdadeiro sentido de colaboração, que exige muito mais que compartilhar o mesmo espaço e fazer parte da mesma equipe.

8 REFERÊNCIAS

- Adler, P. S., & Heckscher, C. (2013). The collaborative, ambidextrous enterprise. *Universia Business Review*, 40(3), 34-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/433/43328679002/>
- Agreli H.F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, 20(59), 905-916. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
- Aguilar-da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: Aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), 165–184. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772011000100009>
- Aguilera, S. L. V. U., França, B. H. S., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: Desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública-RAP*, 47(4), 1021-1039. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>
- Albuquerque, V. S, Gomes, A. P., Rezende, C. H. A, Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, R. M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 356-362. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>
- Alejandro, V., & Norman, A. (2005). *Manual introdutório à análise de Redes Sociais: Medidas de centralidade*. Recuperado de http://api.ning.com/files/ib7AWBiwEwSRiICmh7sNfwlCgobUCA5QiUqiZOskSh15AhSOE9XhzcVRUr5JXYapSVS45I5OKOBEj0SvbD-ykrzDOcrBPq7N/Manualintrodutorio_ex_ucinet.pdf
- Almeida, G. B. S., Freire, M. R., & Leonel, M. (2012). Sistema de informação da atenção básica: A percepção de enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(4), 521-515. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/556>
- Amâncio, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 375-380. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000200019>
- Andrade. D. M., & David H. M. (2015). Análise de redes sociais: Uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. *Revista de*

- Andrade, K. L. C., & Ferreira, E. F. (2006). Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): A satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 123-130. doi: [10.1590/S1413-81232006000100020](https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100020)
- Araújo, E. M. (2016). Usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde na colaboração interprofissional. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 15(2), 120-128. Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1046/592>
- Araújo, E. M., & Catanio, P. A. G. (2011). A colaboração interprofissional na práxis do psicólogo social da saúde. In *16º Encontro Nacional ABRAPSO. Apresentação Oral em GT*, Recife-PE. Recuperado de <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNDoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czoyOiI0MiI7fSI7czoxOjJoIjtzOjMyOiJkZWZmYTE0YjE2Y2IyZDRkNjFhMTJkN2Y4NDM2OVIzOCI7fQ%3D%3D>
- Araújo, E. M., & Galimbertti, P. A. (2013). A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 461-468. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000200023>
- Araújo, M. B., & Rocha, P. M. (2009). Saúde da família: Mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Suppl. 1), 1439-1452. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800017>
- Arruda, G. M. M. S., Barreto, I. C. D. H. C., Ribeiro, K. G., & Frota, A. C. (2017). O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1-16. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>
- Arruda, L. D. S., & Moreira, C. O. F. (2018). Colaboração interprofissional: Um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- Azevedo, C. S., & Sá, M, de C. (Eds.). (2013). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: Abordagens da psicossociologia*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Baião, D. C. (2016). *O Programa Mais Médicos a partir das atitudes dos médicos* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza: Ceará.

- Baião, D. C., Maciel, R. H., & Santos, J. B. F. D. (2019). É possível falar em colaboração nos hospitais brasileiros? Uma revisão integrativa da literatura. *Revista da SBPH*, 22(1), 05-27. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100002
- Baldani, M. H., Fadel, C. B., Possamai, T., & Queiroz, M. G. S. (2005). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1026-1035. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400005>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, E. R. S., & Ellery, A. E. L. (2016). Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: Desafios e possibilidades. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 10-19. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100003>
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: Concepções e práticas. *Caderno Fnepas*, 2(1), 25-8. Recuperado de http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf
- Blanch, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad. In M. J. Blanch, C. Espuny, C. Gala, & A. Martin (Orgs.), *Teorías das relaciones laborales: Fundamentos* (pp. 40-57). Barcelona: UOC.
- Bracarense, C. F., Costa, N. dos S., Duarte, J. G., Ferreira, M. B. G., & Simões, A. L. de A. (2015). Qualidade de vida no trabalho: Discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 19(4), 542-548. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150072>
- Brito, J. P. D. (2018). *Consulta de puericultura compartilhada na ESF: Relato de experiência sob a perspectiva da otimização do cuidado* (Trabalho de Conclusão de Curso Residência Multiprofissional em Saúde da Família). Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz. Salvador. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37256>
- Borgatti, S. P., Jones, C., & Everett, M. G. (1998). Network measures of social capital. *Connections*, 21(2), 27-36. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Borgatti/publication/233857441_Social_Capital_Measures/links/0c96052eac83a0a7f1000000/Social-Capital-Measures.pdf#page=29
- Borgatti, S. P., Everett, M. G., & Freeman, L. C. (2002). *Ucinet for Windows: Software for social network analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies.

- Bourdieu, P. (1980). *The forms of capital*. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press.
- Brough, P. & Frame, R. (2004). Predicting police job satisfaction and turnover intentions: The role of social support and police organizational variables. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(1), 8-16. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2004-12509-003>
- Cajazeiras, A. E. P., Silva, C. J. da, & Forte, M. P. do N. (2019). Implantação do acesso avançado por equipe de saúde de Fortaleza. *Cadernos ESP: Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, 13(1), 105-112. Recuperado de <http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/174>
- Campos, G. W., Bedrikow, R., Santos, J. A., Terra, L. S., Fernandes, J. A., & Borges, F. T. (2016). Direito à saúde: O Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 261-266. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0409>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC]. (2010). *Interprofessional education & core competencies*. Canada: University of British Columbia. Recuperado de http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC_EvalReport0809_May1109.pdf
- Carvalho, L. B. S., & Borges, L. de L. (2016). Pé diabético: Consulta compartilhada como instrumento de educação terapêutica e preventiva. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 3(6). [Sup. Anais do XXVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e III Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia - Resumos]. Recuperado de <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1180>
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl.1), 1325-1337. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00259-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00259-8)
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, 14(1), 41-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>

- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- Cecílio, L. C. O. (1997). A modernização gerencial dos hospitais públicos: O difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, 31(3), 36-47. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7903/6570>
- Coelho, M. F., Chaves, L. D. P., Anselmi, M. L., Hayashida, M., & Santos, C. B. dos. (2010). Analysis of the organizational aspects of a clinical emergency department: A study in a general hospital in Ribeirao Preto, SP, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 770-777. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400016>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, Chicago, 94 (Sup.) 95- 120.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]. (2007). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: CONASS. 248p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, vol. 9). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico.
- Costa, M. C., Maciel, R. H., Santos, J. B. F., & Melo, C. F. (2014). A representação social dos cearenses sobre o Programa Mais Médicos. In *Anais do XX Encontro de Iniciação à Pesquisa*. Fortaleza: UNIFOR.
- Costa, M. T. P., Alves-Filho, A., & Barbosa, M. H. P. A. (2016). Avaliação de gestores de unidades básicas de saúde sobre suas condições de trabalho. *Revista ESPACIOS*, 37(28). Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a16v37n28/16372814.html>
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système: Os contraintes do coletivo de ação*. Paris: Éditions du Seuil.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2010). Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Organização & Democracia*, 11(1), 31-46. Recuperado de <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/468>

- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. (Thèse de Doctorat). Université de Montréal. Montréal: Canadá.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and Interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supl.1), 8-20. doi: [10.1080/13561820500081604](https://doi.org/10.1080/13561820500081604)
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supl.1), 116- 131. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F., & Remondin, M. (2003). *Comparative study of inter-organizational collaboration in four health regions and its effects: the case of perinatal services*. Ontario: Canadian Health Services Research Foundation. Recuperado de https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/damour_final_e.pdf
- David, H. M. S. L., Faria, M. de A., Dias, J. A. A., da Silva, T. F., Souza, V. M. D., & Dias, R. dos S. (2018). Análise de redes sociais na atenção primária em saúde: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 108-115. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800016>
- David, H. M. S. L., Mauro, M. Y. C., Silva, V. G., Pinheiro, M. A. D. S., & Silva, F. H. D. (2009). Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: Uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 18(2), 206-214. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200002>
- Dias, M. S., Vieira, F. M., Silva, L. C., Vasconcelos, M., & Machado, M. D. (2016). Colaboração interprofissional no projeto saúde e prevenção na escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1789-1798. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>
- Ducci, N. P. C., & Teixeira, R. M. (2011). As redes sociais dos empreendedores na formação do capital social: Um estudo de casos múltiplos em municípios do norte pioneiro no estado do Paraná. *Cadernos EBAPE.BR*, 9(4), 967-997. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512011000400003>

- Duncan, M. S., & Targa, L. V. (2014). Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: Situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(32), 233-234. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)1004](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)1004)
- Dyniewicz, A. M. (2009). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. 2 Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. F., & Drago, L. C. (2013). A atenção secundária em saúde: Melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 131-139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>
- Farah, B. F., Dutra, H. S., Sanhudo, N. F., & Costa, L. M. (2017). Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1638-1655. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.398>.
- Ferreira A. B. H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (3 Ed., pp. 498-499). São Paulo: Positivo.
- Fleury, S., & Ouverney, A. (2012). O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 11(2-3), 74-83. Recuperado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-4464_2012_0000200007&lng=pt&tlng=pt
- Fonseca, J. D. S. A., David, H. M. S. L., Silva, T. F. D., Ramos, T. C. D. S., Neves, A. C. L., & Miranda, R. B. D. (2018). Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3211-3222. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15492018>
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 262-268. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169200500200020>
- Freeman, L. (1979). Centrality in social networks: Conceptual clarification. *Social Networks*, 1(3), 215-239. doi: [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(78\)90021-7](https://doi.org/10.1016/0378-8733(78)90021-7)

- Frutuoso, M. F. P., Mendes, R., Rosa, K. R. M., & de Castro-Silva, C. R. D. C. (2015). Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: Motivações e racionalidades. *Saúde em Debate*, 39(105), 337-349. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002003>
- Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: Arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 239-255. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>
- Girão, A. L. A., & Freitas, C. H. D. (2016). Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: Acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2): Epub 31. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.60015>
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-75901995000300004>
- Gomide, M., & Grossetti, M. (2010). Rede social e desempenho de programas de saúde: Uma proposta investigativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 873-893. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300010>
- González, A. D., & Almeida, M. J. de. (2010). Integralidade da saúde: Norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 757-762. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>
- Granovetter, M. S. (1983). The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233. doi: <https://doi.org/10.2307/202051>
- Guarda, F. B., Silva, R. da, & Tavares, R. W. (2012). Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 3(2), 17-24. doi: <https://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232012000200003>
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Júnior, K. R. D. (2006). A subjetividade como anomalia: Contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>.
- Hanneman, R. A. (2001). *Introducción a los métodos de análisis de las redes sociales*. Departamento de Sociología de La Universidad de California Riverside, California: University of California. Recuperado de: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/text.htm>

- Hargreaves, A. (1998). *Os professores em tempos de mudança: O trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Hasle, P., Kristensen, T. S., Moller, N., & Olesen, K. G. (2007, October). Organizational social capital and the relations with quality of work and health: A new issue for research. In: *International congress on social capital and networks of trust* (pp. 18-20). Jyväskylä: Finland.
- Hasle, P., Nielsen, A. P., & Edwards, K. (2016). Application of lean manufacturing in hospitals: The need to consider maturity, complexity, and the value concept. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 26(4), 430-442.
- Herbert, C. (2005). Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient centered practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supl. 1), 1-4. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820500081539>
- Junqueira, L. P., Campos, M. A., Silva, M. F., & Barbosa, R. P. (2015). Redes sociais e relações de poder na enfermagem: Estudo de caso em um hospital municipal. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(3), 148-158. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/24413>
- Krackhardt, D. (2010). Social networks. In: J. M. Levine, M. A. Hogg. (Eds). *Encyclopedia of group processes and intergroup relations* (pp. 817-821). Los Angeles: SAGE. Recuperado de <http://www.contrib.andrew.cmu.edu/~krack/documents/pubs/2010/2010KrackhardtEncyclopedia.pdf>
- Landim, F. P., Fernandes, A. M., Mesquita, R. B. de, Collares, P. C., & Frota, M. A. (2010). Análise das redes interpessoais: Aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 828-837. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400010>
- Lanzoni, G. M., & Meirelles, B. H. S. (2012). A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 3(25), 464-470. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300023>
- Lazega, E. (2014). *Réseaux sociaux et structures relationnelles*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005*. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. Brasília: Ministério da Educação.

- Lemieux, V., & Ouimet, M. (2012). *Análise estrutural das redes sociais*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Lima, M. A. D., Almeida, M. C. P. de, & Lima, C. C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(Esp.), 130. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23461/000265980.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lima, A. G., Silva, A. M. M., Soares, C. E. C, Souza, R. A. X., & Souza, M. C. R. (2010). Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 478-482. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6156>.
- Linard, A. G., Chaves, E. S., Rolim, I. L. P., & Aguiar, M. I. F. de. (2011). Princípios do sistema único de saúde: Compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 114-120. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100015>
- Lindstrom, M. (2006). Psychosocial work conditions, social participation and social capital: A causal pathway investigated in a longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 62(2), 280-291. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.005>
- Luz, A. R., Vianna, M. S., Silqueira, S. M. de F., Silva, P. C., Chagas, H. A., Figueiredo, J. O., ... & Starke, A. C. (2016). Consulta compartilhada: Uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 7(1), 270-281. doi: <https://doi.org/10.18673/gs.v7i1.22080>
- Machado, M. H. (1995). Sociologia das profissões: Uma contribuição ao debate teórico. In M. H. Machado (Org.). *Profissões de saúde: Uma abordagem sociológica* (pp.82-107). Rio de Janeiro: Fiocruz,.
- Mângia, E. F. (2010). Educação interprofissional para práticas colaborativas: O futuro da formação de recursos humanos em saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2), i-i. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2pi-i>
- Marques, J. F., Áfio, A. C. E, Carvalho, L. V., Leite S. S., Almeida, P. C., & Pagliuca, L. M. F. (2018). Acessibilidade física na atenção primária à saúde: Um passo para o acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(Epub). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>

- Marteleteo, R. M. (2001). Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, 30(1), 71–81. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-19652001000100009>
- Marteleteo, R. M., & Silva, A. O. e. (2004). Redes e capital social: O enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ciência da Informação*, 33(3), 41-49. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652004000300006>
- Mattos, G. C. M., Ferreira, E. F., Leite, I. C. G., & Greco, R. M. (2014). A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 373-382. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
- Matuda, C. G., Pinto, N. R. D. S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511-2521. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
- Melo, C. F. (2013). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família na capital potiguar* (Tese de Doutorado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Melo, R. H. V. de, Melo, M. L. de, & Vilar, R. L. A. de (2018). Análise de redes sociais: A reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*, 4(1), 22-35.
- Mendes, R., Bógus, C. M., Westphal, M. F., & Fernandez, J. C. A. (2013). Promoção da saúde e redes de lideranças. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(1), 209-226. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100012>
- Mendonça, M. H. M. D., Martins, M. I. C., Giovanella, L., & Escorel, S. (2010). Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Epub), 2355-2365. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, 21(1), 77-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>
- Minayo, M.C.S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. (9 Ed). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde, Secretaria Executiva [MS]. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica [MS]. (2002). *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica [MS]. (2009a). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [MS]. (2009b). *Equipe Saúde da Família: Parte 1, 3.*. Brasília: Ministério da Saúde. (Caderno de Auto-Avaliação nº 4)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [MS]. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E: Legislação em Saúde). Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [MS]. (2013). *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica; 28.1). Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. [MS]. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde.
- Mintzberg, H. (2003). *Criando organizações eficazes: Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas.
- Mizruchi, M. S. (2006). Análise de redes sociais: Avanços recentes e controvérsias atuais. *Revista de Administração de Empresas*, 46(3), 72-86. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902006000300013>
- Muchinsky, P. M. (1994). *Psicología aplicada al trabajo: Una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Nunes, J. A. (2009). Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, 143-169. doi: <https://doi.org/10.4000/rccs.1588>
- Oliveira, J. R. de, & Rozendo, C. A. (2009). O trabalho da enfermagem na gestão da atenção básica: Um relato de experiência. In: *2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde* (pp. 381-385).

Recife: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Pernambuco. Recuperado de http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id111r0.pdf

Organização Mundial da Saúde. [OMS]. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Geneva: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf

Orchard, C. A. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal Nurse Manager*, 18(3), 248-57. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x>

Orchard, C. A. & Bainbridge, L. (2016). Competent for collaborative practice: What does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education?. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11 (6), 526-532. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.11.002>

Paim, J. S. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. (Coleção Temas em Saúde).

Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1953. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>

Paim, J. S., & Almeida, N. D. (1998). Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

Palanch, W. B. de L., Manrique, A. L. (2016). Ações colaborativas universidade – escola: Formação de professores que ensinam matemática em espaços colaborativos. *Revista Eletrônica de Educação*, 10(2), 188-202. doi: <http://dx.doi.org/10.14244/198271991597>

Peduzzi, M., Aguiar, C., Lima, V., Maciel, A., Montanari, P. M., Leonello, M. V., & de Oliveira, M. R. (2019). Ampliação da prática clínica da enfermeira de atenção básica no trabalho interprofissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (Supl.1), 121-128. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>

Peres, C. R., Caldas Júnior, A. L., Silva, R. F. da, & Marin, M. J. (2011). O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: Facilidades e dificuldades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 905-911. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016>

- Pérez-Abril, M. (2009). A propósito de la legitimidad em la investigación cualitativa. *Magis: Revista Internacional de Investigación em Educação*, 1(2), 235-248. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281021548001.pdf>
- Pimentel, M., & Fucks, H. (2012). *Sistemas colaborativos*. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Pinheiro, J. V., Ribeiro, M. T. A. M., Fiuza, T. M., & Junior, R. M. M. (2019). Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: Um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1818. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)
- Pinheiro, L. D. S., Medeiros, T. C. S. D., Valença, C. N., Dantas, D. K. F., & Santos, M. A. P. D. (2019). Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(2), 180-187. doi: <https://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520190315>
- Polignano, M. V. (2001). História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, 35, 1-35. Recuperado de <http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapolicassaudefrasil.pdf>
- Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004*. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.
- Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. Brasília: Diário Oficial da União.
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Portes, A. (2000). Capital social: Origens e aplicações na sociologia contemporânea. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (33), 133-158. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292000000200007&lng=pt&tlng=es.
- Portugal, S. (2005). "Quem tem amigos tem saúde": O papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: *Anais do Simpósio Família, Redes Sociais e Saúde*

- (pp. 1-23). Hamburgo, Alemanha: Instituto de Sociologia de Hamburgo. Recuperado de <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/235/235.pdf>
- Prætorious, T., Hasle, P., Edwards, K., & Nielsen, A. P. (2015). Towards the collaborative hospital—harnessing the potential of enabling care processes and structures. In: M. Elg, P-E. Ellström, M. Klofsten, & M. Tillmar (Eds.), *Sustainable Development in Organizations: Studies on Innovative Practices* (pp. 57-76). Copenhagen: Edward Elgar Publishing. doi: <https://doi.org/10.4337/9781784716899>
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl.2), 1535-1547. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
- Putnam, R. D. (2006). *Comunidade e democracia: A experiência da Itália moderna* (5a ed.). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Ramos, H. R., Matos, H. T., & Mota, E. H. S. (2015). O contexto organizacional como elemento de desenvolvimento da ambidesteridade em microempresas. *International Journal of Innovation*, 3(1), 35-47. doi: <https://doi.org/10.5585/iji.v3il.45>
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In: J. M. Peiró & F. Prieto (Org.), *Tratado de psicología del trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.
- Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco [Rede APS]. (2019). Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo Ministério da Saúde. In: *8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. João Pessoa: ABRASCO. Recuperado de https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-197. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
- Reis, B. P. W. (2003). Capital social e confiança: Questões de teoria e método. *Revista de Sociologia e Política*, (21), 35-49. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782003000200004>

- Reis, W. G., Scherer, M. D., & Carcereri, D. L. (2015). O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: Entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate*, 39(104), 56-64. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040608>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre a ética em pesquisas com seres humanos. Brasília: CONEP. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre a ética em pesquisas com seres humanos. Brasília: CONEP. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Ribeiro, E. A., & Bastos, A. B. (2011). Redes sociais interorganizacionais na efetivação de projetos sociais. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 282-292. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000200009>
- Ribeiro, R. M. D., & Batista, C. B. (2019). Apoio matricial na atenção primária à saúde: o trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, BRASIL. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 4(7), 287-300. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18772>
- Ricardo, D. M. S., Maciel, R. H., Baião, D. C., & Santos, J. B. F. (2017). A colaboração em equipes de saúde de um hospital: Uma experiência de iniciação científica. In: *Anais do Congresso Internacional Saúde e Sociedade*. Sobral, CE.
- Richard, V. (2011). *La collaboration interprofessionnelle*. (Rapport de Stage). Faculté des Études Supérieures, Université de Montréal. Montréal: Canadá. Recuperado de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11861/Richard_Valerie_2011_travail_dirig%c3%a9.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Rocha, A. R. M. (2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 303-316. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200007>.
- Rocha, F. A., Barreto I. C., & Moreira A. E. (2016). Colaboração interprofissional: Estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface*, 20(57), 415-26. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0370>
- Rodrigues, A. F., Silveira, J. W., Vieira, D. F., & Pimentel, Y. A. (2014). A demanda espontânea como um dispositivo de ampliação do acolhimento: Relato de experiência. In: *Seminário Internacional dos Programas de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e XVIII Enfermaio*. Fortaleza: UECE.

- Rodrigues, I. E., Brasil, C. C. P., da Silva, R. M., da Silva, J. R., Castro, F. R. V. F., & Queiroz, F. F. D. S. N. (2019). Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para a atuação profissional. *CIAIQ2019*, 2, 930-939. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2166>
- Rodrigues, P. H. de A. (2014). Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: Uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 21(1), 37-59. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>.
- Rosa, M. C., Damásio, A. D. S., & Weimer, S. C. (2017). Evolução do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 7(1), 81-88. Recuperado de <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/4382/2040>
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: How to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5-10. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>
- Salvador, A. D. S., Medeiros, C. D. S., Cavalcanti, P. B., & Carvalho, R. D. (2011). Construindo a multiprofissionalidade: Um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(3), 329-38. Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834>
- Santana, M. L. (2011). Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 6(19), 133-141. doi: [https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6\(19\)16](https://dx.doi.org/10.5712/rbmfc6(19)16)
- Santos, J. L. G., Lima, M. A. D. S., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & Erdmann, A. L. (2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 136-143. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200006>
- Santos, L. M. P., Costa, A. M., & Girardi, S. N. (2015). Programa Mais Médicos: Uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3547-3552. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
- Santos, R. A. B. D. G., Uchôa-Figueiredo, L. D. R., & Lima, L. C. (2017). Apoio matricial e ações na atenção primária: Experiência de profissionais de ESF e

- NASF. *Saúde em Debate*, 41(114), 694-706. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>
- Seidl, H., Vieira, S. D. P., Fausto, M. C. R., Lima, R. D. C. D., & Gagno, J. (2014). Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(Spe.), 94-108. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>
- Sena, L. A. D., Cavalcanti, R. P., Pereira, I. L., & Leite, S. R. R. (2012). Intersetorialidade e ESF: Limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(3), 337-342. doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2012.16.03.09>
- Serra, C. G., & Rodrigues, P. H. D. A. (2010). Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3), 3579-3586. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, S. F. da. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753-2762. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
- Silva, A. S., Avelar, A. B. A., & Farina, M. C. (2013). Transferência de responsabilidade de pacientes: Uma aplicação da análise de redes sociais. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 103-123. doi: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v2i2.79>
- Silva, A., Castro-Silva, C. R., & Moura, L. de. (2018). Pesquisa qualitativa em saúde: Percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. *Saúde e Sociedade*, 27(2), 632-645. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018172700>
- Silva, A., Ferro, G., Costa, H., & Gouveia, A. (2015). Colaboração em equipes de designers: A percepção de alunos em projetos acadêmicos. *Design e Tecnologia*, 5(10), 45-51. doi: <https://dx.doi.org/10.23972/det2015iss10pp45-51>
- Silva, L., Pasqual, K. K., & Chiari, M. (2016). Estratégia saúde da família e território: Percepção dos trabalhadores da atenção básica em saúde. In: *Atas CIAIQ2016, Investigação Qualitativa em Saúde* (vol. 2, pp. 1622-1631). Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1073>

- Silva, J. A., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Spe.), 16-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
- Silva, K. L., Ribeiro, H. C. T. C., Pereira, L. D. Á., Martins, B. R., Viana, J. A., & Belga, S. M. M. F. (2012). Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: Perspectiva dos facilitadores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(3), 552-561. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3977/3140>
- Silva, L. A., Soder, R. M., Petry, L., & Oliveira, I. C. (2017). Educação permanente em saúde na atenção básica: Percepção dos gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 1-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>
- Simas, P. R. P., & Pinto, I. C. D. M. (2017). Trabalho em saúde: Retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1865-1876. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>.
- Simões, A. L., & Freitas, C. M. D. (2016). Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde em Debate*, 40(109), 47-58. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610904>.
- Souza, Q., & Quandt, C. (2008). Metodologia de análise de redes sociais. In: F. Duarte, C. Quandt, & Q. Souza (Orgs.), *O tempo das redes* (pp. 31-63). São Paulo: Perspectiva.
- Spagnol, C. A., & Fernandes, M. S. (2004). Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: Aspectos teóricos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(2), 157-64. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchaDeEnfermagem/article/view/4502>
- Suzuki, E., Fujiwara, T., Takao, S., Subramanian, S. V., Yamamoto, E., & Kawachi, I. (2010). Multi-level, cross-sectional study of workplace social capital and smoking among Japanese employees. *BMC Public Health*, 10(1), 489. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-489>
- Teixeira, C. F. (2003). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: Desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(65), 257-77. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>

- Toh, L. S., Lai, P. M., Othman, S., Wong, K. T., Low, B. Y., & Anderson, C. (2017). An analysis of inter-professional collaboration in osteoporosis screening at a primary care level using the D'Amour model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(6), 1142-1150. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.10.004>
- Tomaél, M. I., & Marteleto, R. M. (2006). Redes sociais: Posições dos atores no fluxo da informação. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 11(1), 75-91. doi: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2006v11nesp1p75>
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silveira, D. S. D., Siqueira, F. V., ... & Teixeira, V. A. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl.1), 193-201. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>.
- Tushman, M. L., & O'Reilly, C. A. (1996). Ambidextrous organizations: Managing evolutionary and revolutionary change. *California Management Review*, 38(4), 8-28. doi: <https://doi.org/10.2307/41165852>
- Varanda, M. P. (2007). Acção colectiva entre pequenos empresários: Uma análise de redes sociais. *Análise Social*, 42(182), 207-230. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0003-25732007000100010&script=sci_abstract
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50(5), 619-29. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00307-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00307-X)
- Veloso, G. G., & Malik, A. M. (2007). Hospitais modernos são redes de empresas em colaboração. *Einstein*, 5(1), 10-15. Recuperado de http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/476-Einstein5-1_Online_AO476_pg10-15.pdf
- Voltolini, B. C., Andrade, S R., Piccoli, T., Pedebôs, L. A., & Andrade, V. (2019). Reuniões da Estratégia Saúde da Família: Um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, 1-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0477>
- Vos, L., Chalmers, S. E., Dückers, M. L., Groenewegen, P. P., Wagner, C. & Van Merode, G. G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. *Implementation Science*, 6(1). doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-8>

Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 46–54. doi: <https://doi.org/10.1002/chp.50>

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Categoria Profissional: _____ Cargo: _____
Chefia: ()Sim ()Não Chefia imediata: _____
Sexo: ()M ()F Idade: _____
Estado civil: ()solteiro ()união estável ()separado/divorciado ()viúvo
Filhos: ()0 ()1 ()2 ()3 ou mais
Cidade/Estado onde nasceu: ()capital ()região metropolitana ()interior
Unidade a que pertence: _____
Turno de trabalho: ()manhã ()tarde ()noite ()integral
Carga horária de trabalho/dia: ()4 horas ()8 horas ()mais de 8 horas
Possui outro trabalho: ()Sim ()Não. Qual? _____
Quantas horas(semanais)? _____
Forma de contratação/vínculo com emprego: ()CLT ()RPA ()Outro _____
Escolaridade: ()ensino médio ()nível técnico incompleto ()nível técnico completo
()ensino superior incompleto ()ensino superior completo
Formação complementar: ()especialização ()residência ()mestrado ()doutorado
Tempo de formado (Ex1: 4 meses Ex2: 5 anos): _____
Quantas horas dedica à formação? (por mês): _____
Tempo de experiência de trabalho na APS (Ex1: 4 meses Ex2: 5 anos): _____
Nº de membros que compõe sua equipe: _____
Tempo de inclusão nesta unidade (Ex1: 4 meses Ex2: 5 anos): _____
Já foi afastado por motivo de saúde deste trabalho: ()sim ()não
Motivo: _____

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E ENTREVISTA INICIAL

Sobre o lócus	Local, tipo de unidade, capacidade de atendimento / população adscrita / número de atendimentos / integração entre os profissionais / educação permanente (residentes, pet-saúde, residência médica). Por que acha que a unidade é considerada referência na integração entre profissionais? Você concorda?
Perfil laboral	Profissionais e cargos, organograma, quantidade de equipes. Formas de contratação e vínculos.
Condições de trabalho gerais	Física: Infraestrutura, medicamentos, materiais, equipamentos, maquinários. Pessoal: Profissionais, equipes (se são suficientes ou não).
Desenvolvimento do trabalho	Atividades desempenhadas, divisão de tarefas, programas, metas, indicadores. Reuniões. Como funcionam as lideranças.
Relacionamento	Relação entre os profissionais (da equipe / do posto / internos /externos), coordenadores, gestores etc. Hierarquia, conflitos.

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE COLABORAÇÃO

Indicadores	Perguntas
Geral	Para você o que significa uma unidade colaborativa? Sua unidade é colaborativa? Quais as principais ações (programas, projetos...) que envolvem colaboração que você faz parte? Quais os profissionais envolvidos? “Em sua opinião, a formação em saúde prepara o profissional de saúde para uma prática colaborativa?”
Objetivos e visão	Qual você acredita ser o principal objetivo desta unidade? Como são estabelecidos os objetivos de trabalho da equipe? Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe?
Internalização	Como você fez parte desta equipe? Você se sente parte dela (veste a camisa)? Quais os principais valores compartilhados? Existe confiança entre os membros da equipe?
Formalização	Como são divididas as responsabilidades? Quais as principais regras do seu ambiente de trabalho? Como elas foram criadas e por quem? São fáceis de serem seguidas? Existem reuniões? Como acontecem? O sistema de informação atende a necessidade da equipe de forma eficaz? Como são passadas as principais informações?
Governança	Como são definidas as lideranças? Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento? Há abertura para se repensar processos de trabalho e inovar? Como são implantadas? Há discussão de casos clínicos, formação continuada, etc.? Há avaliação dos casos e dos resultados?

- Que características organizacionais podem ser destacadas como facilitadoras ou dificultadoras da colaboração como processo de trabalho?
- Como se pode melhorar o trabalho da equipe de saúde?
- As principais dificuldades no que se refere ao desenvolvimento das funções laborais?
- Qual a importância da colaboração dos membros no desenvolvimento do trabalho?

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO PARA MAPEAMENTO DAS REDES

Mapeamento das redes Quem são as pessoas que colaboram para a realização do seu trabalho? Dessas pessoas identificar: função, se faz parte da equipe (EQ), se faz parte do posto como funcionário (PO), se faz parte do posto como estudante (ES), se é externo ao posto (EX). (De cada pessoa citada identificar: sexo, função, frequência de contato e tempo da relação). Dessas pessoas que você citou, quem são as essenciais para que o seu trabalho aconteça? Coloque em ordem decrescente as pessoas citadas (iniciando com a mais importante). Sinalizar em cada citado qual o tipo de relação existente fora do ambiente de trabalho.

Questões Complementares Aqui dentro do posto, tem gente que você não conhece? De modo geral, como é o relacionamento entre vocês? Vocês costumam se ajudar? Se sim, vc pode dar exemplos? O que mais gera conflitos? Você acha que dá pra fazer amizade aqui? Com quem da lista você tem amizade fora do ambiente de trabalho? Quais os benefícios principais das relações? Quais as principais trocas (amizade, informação, confiança, conhecimento, dicas,?)

Ego: _____ Equipe: _____ Unidade: _____

Ranking	Nome	Sexo	Função	Tipo (sigla)	Frequencia contato	Tempo da relação	Colabora como?

Dessas pessoas que você citou, quem são as essenciais para que o seu trabalho aconteça? Numerar no ranking por ordem decrescente (iniciando com a mais importante).

ANEXO 1

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA DE DOUTORADO

Pesquisa: Redes de colaboração no trabalho de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza-CE.

Pesquisadoras: Ms. Darli Chahine Baião (doutoranda) / Dra. Regina Heloisa Maciel

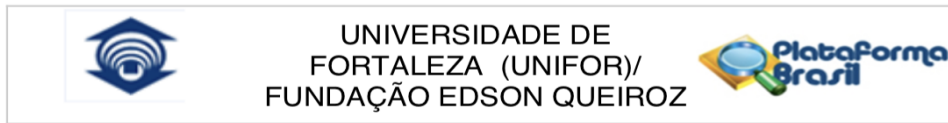
Instituição: Universidade de Fortaleza

Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) Referência tríade saúde/ensino/aprendizagem – (educação permanente)			
	Nome da Unidade	Bairro/Localidade	Regional
1	Posto de Saúde Matos Dourado	Edson Queiroz	VI
2	Posto Melo Jaborandi	Jangurussu	VI
3	Posto Maria de Lourdes	Tancredo Neves	VI
4	Posto Paracampo	Mondubim	V
5	Posto de Saúde Viviane Benevides	Vila Manuel Sátiro	V
6	Posto dom Aluísio Lorscheider	Itaperi	IV
7	Posto Dr. Roberto da Silva Bruno	Fátima	IV
8	Posto Anastácio Magalhães	Rodolfo Teófilo	III
9	Posto de Saúde Santa Liduína	Rodolfo Teófilo	III
10	Frei Tito	Praia do Futuro	II
11	Posto de Saúde Irmã Hercília Aragão	São João do Tauape	II
12	Posto de Saúde Carlos Ribeiro	Jacarecanga	I
13	Posto de Saúde Lineu Jucá	Barra do Ceará	I

Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) – não-referência			
	Nome da Unidade	Bairro/Localidade	Regional
1	Posto de Saúde Prof. Monteiro de Moraes	Água Fria	VI
2	Posto de Saúde Hélio Goes	Lagoa Sapiranga	VI
3	Posto de Saúde Argeu Hebster	Bom Jardim	V
4	Posto de Saúde Siqueira	São Bento	V
5	Posto de Saúde Luis Albuquerque Mendes	Serrinha	IV
6	Posto de Saúde Maria José Turbay Barreira	Vila União	IV
7	Posto Francisco Pereira de Almeida	Bela Vista	III
8	Posto Waldemar de Alcântara	Jóquei Clube	III
9	Posto de Saúde Flávio Marcílio	Mucuripe	II
10	Posto de Saúde Miriam Porto Mota	Dionísio Torres	II
11	Posto de Saúde Maria Aparecida	Vila Velha	I
12	Posto de Saúde Fernando Façanha	Jardim Iracema	I

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Redes de colaboração no trabalho de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza-CE.

Pesquisador: Darli Chahine Baião

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10597219.0.0000.5052

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.300.647

Apresentação do Projeto:

Os serviços de saúde são organizações que cresceram rapidamente e estão constantemente passando por inovações e modificações que buscam acompanhar as exigências do mundo atual e se adaptar ao ambiente mutável. Porém, meio a realidade operacional e a complexidade do sistema, estas parecem ser cada vez mais difíceis de serem alcançadas. Baseado no exposto será realizada uma pesquisa eminentemente qualitativa cujo objetivo geral é analisar as redes de colaboração de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza, a fim de conhecer como essas redes, seu capital social e o contexto de trabalho podem influenciar no desenvolvimento do trabalho e bem-estar dos profissionais envolvidos. O estudo será dividido em três partes que apesar de complementares, possuem objetivos e métodos próprios.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as redes de colaboração de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza, a fim de conhecer como essas redes, seu capital social e o contexto de trabalho podem influenciar no desenvolvimento do trabalho e bem-estar dos profissionais envolvidos.

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever o perfil das equipes de saúde;
- 2) Caracterizar o contexto de trabalho das equipes de saúde;
- 3) Caracterizar as ações de colaboração utilizadas no trabalho das equipes de saúde;
- 4) Identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento da colaboração nas equipes de saúde;
- 5)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.300.647

Analisar e comparar os níveis de colaboração no trabalho das equipes de saúde baseado na tipologia de D Amor; 6) Caracterizar as redes de colaboração no trabalho e; 7) Investigar as relações que acontecem com profissionais que não fazem parte das equipes de saúde e; 8) Verificar a influência das redes de colaboração no desenvolvimento do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos utilizados para desenvolver esta pesquisa poderão ocasionar riscos mínimos como, desconforto em compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por casualidade, ou alguns tópicos que você pode se sentir incomodado em falar. No entanto, não desejamos que isto venha acontecer. Por isso, você não tem que responder qualquer pergunta que venha lhe causar algum incômodo. Em caso de algum mal-estar provocado por sua participação na pesquisa e for detectada a necessidade de acompanhamento psicológico, o entrevistado poderá ser encaminhado e designado para atendimento pela pesquisadora, que por ser psicóloga poderá oferecer o suporte necessário. É importante ressaltar que, durante as entrevistas as normas éticas serão obedecidas e todos os dados coletados são confidenciais e serão utilizados apenas para fins acadêmicos, garantindo o caráter de anonimato.

Os benefícios esperados com esta pesquisa vão na direção de oferecer espaço de reflexão acerca da satisfação laboral da classe trabalhadora das UAPS de Fortaleza. Além disso, espera-se com essa pesquisa, gerar conhecimentos sobre os aspectos relacionados a redes de colaboração e capital social, com vistas a melhoria das condições de trabalho e a saúde e bem-estar dos envolvidos. Assim, esta pesquisa poderá subsidiar políticas públicas sobre a questão e vir, indiretamente, influenciar positivamente suas condições de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância que busca analisar as redes de colaboração de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza, a fim de conhecer como essas redes, seu capital social e o contexto de trabalho podem influenciar no desenvolvimento do trabalho e bem-estar dos profissionais envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram incluídos.

Recomendações:

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



Continuação do Parecer: 3.300.647

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

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_1322221.pdf	27/03/2019 18:51:15		Aceito
Folha de Rosto	FRassinada.pdf	27/03/2019 18:50:53	Darli Chahine Baião	Aceito
Outros	Anuencias2.pdf	26/03/2019 16:50:43	Darli Chahine Baião	Aceito
Outros	UAPS.docx	26/03/2019 16:31:16	Darli Chahine Baião	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	26/03/2019 16:30:59	Darli Chahine Baião	Aceito
Outros	Instrumentoa.docx	26/03/2019 16:17:22	Darli Chahine Baião	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/03/2019 16:17:08	Darli Chahine Baião	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	26/03/2019 16:16:48	Darli Chahine Baião	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	26/03/2019 16:16:40	Darli Chahine Baião	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.300.647

FORTALEZA, 03 de Maio de 2019

Assinado por:
ALDO ANGELIM DIAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

Página 04 de 04

ANEXO 3

ANUÊNCIAS DA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGETS)



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

DECLARAÇÃO

Processo: P572202/2019

- **Projeto de Pesquisa** Redes de Colaboração no Trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza-CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baião
- **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- **Instituição Proponente:** UNIFOR
- **Curso:** Doutorado em Psicologia
- **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A **Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais - CEPES**, Conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012.

A **Secretaria Municipal de Saúde da Fortaleza - SMS** por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança em bem-estar.

Fortaleza, 1 de Março de 2019


Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3105 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 6

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baião
- **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- **Instituição Proponente:** UNIFOR
- **Curso:** Doutorado em Psicologia
- **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Monteiro de Morais, Hélio Góes, Matos Dourado, Melo Jaborandi, Maria de Lourdes
- **Regional:** VI
- **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com

O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3108 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 5

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baião
- **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- **Instituição Proponente:** UNIFOR
- **Curso:** Doutorado em Psicologia
- **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Argeu Hebster, Siqueira, José Paracampus, Viviane Benedites
- **Regional:** V
- **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com

O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3108 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

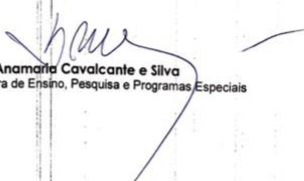
À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 4

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baião
- **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- **Instituição Proponente:** UNIFOR
- **Curso:** Doutorado em Psicologia
- **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Luís Albuquerque Mendes, Maria José Turbay Barreira, Dom Aluisio Lorscheider, Roberto da Silva Bruno
- **Regional:** IV
- **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com. O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3105 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 3

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baião
- **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- **Instituição Proponente:** UNIFOR
- **Curso:** Doutorado em Psicologia
- **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Francisco Pereira de Almeida, Waldemar de Alcântara, Anastácio Magalhães, Santa Liduína
- **Regional:** III
- **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com. O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3105 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 2

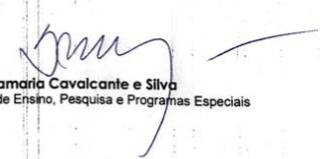
Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da CEPES/SMS para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta CORES para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- > **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- > **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baíão
- > **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- > **Instituição Proponente:** UNIFOR
- > **Curso:** Doutorado em Psicologia
- > **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Flávio Marçílio, Miriam Porto Mota, Irmã Hercília Aragão, Frei Tito
- > **Regional:** II
- > **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com

O pesquisador fica ciente que a CEPES/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamária Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3105 1471

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 1

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da CEPES/SMS para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta CORES para ciência e início da coleta de dados. Seguem as informações sobre o estudo:

- > **Projeto de Pesquisa:** Redes de Colaboração no trabalho de Equipes de Saúde de UAPS de Fortaleza - CE
- > **Pesquisador (a) Responsável:** Darli Chahine Baíão
- > **Orientador (a):** Regina Heloisa Maciel
- > **Instituição Proponente:** UNIFOR
- > **Curso:** Doutorado em Psicologia
- > **Local da Coleta dos Dados:** UAPS Maria Aparecida, Fernando Façanha, Carlos Ribeiro e Lineu Jucá
- > **Regional:** I
- > **Período de Coleta:** Abril a Dezembro/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para ceppes.sms@gmail.com

O pesquisador fica ciente que a CEPES/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas. Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 1 de Março de 2019



Anamária Cavalcante e Silva
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Av. Antônio Justa 3161 | 60170-150 | Meireles
Fortaleza - CE
85 3105 1471

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
--

TÍTULO DA PESQUISA: A colaboração no trabalho de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza-CE.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: DARLI CHAHINE BAIÃO

Prezado(a) colaborador(a),

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa que tem por objetivo analisar as redes de colaboração de equipes de saúde de UAPS de Fortaleza, a fim de conhecer como essas redes, seu capital social e o contexto de trabalho podem influenciar no desenvolvimento do trabalho e bem-estar dos profissionais envolvidos.

1.PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você deverá preencher os instrumentos fornecidos, contendo perguntas sobre o seu trabalho, redes de colaboração e seu contexto laboral. A pesquisa também engloba a realização de entrevistas que visam compreender a constituição e o funcionamento das redes de colaboração no trabalho, verificando possíveis ações colaborativas. Seu nome e seus dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e nos comprometemos a manter o sigilo sobre eles.

2.RISCOS E DESCONFORTOS: Os procedimentos utilizados para desenvolver esta pesquisa poderão ocasionar riscos mínimos como, desconforto em compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por casualidade, ou algumas questões laborais que você pode se sentir incomodado em falar. No entanto, não desejamos que isto venha acontecer. Por isso, você não tem que responder qualquer pergunta que venha lhe causar algum incômodo. Em caso de algum mal-estar provocado por sua participação na pesquisa e for detectada a necessidade de acompanhamento psicológico, o entrevistado poderá ser encaminhando e designado para atendimento pela pesquisadora, que por ser psicóloga poderá oferecer o suporte necessário. É importante ressaltar que, durante as entrevistas as normas éticas serão obedecidas e todos os dados coletados são confidenciais e serão utilizados apenas para fins acadêmicos, garantindo o caráter de anonimato.

3.BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com esta pesquisa vão na direção de oferecer espaço de reflexão acerca do trabalho das equipes de saúde nas UAPS de Fortaleza, bem como dar voz a essa classe trabalhadora, que poderá expressar livremente suas opiniões e vivências. Além disso, espera-se com essa pesquisa, gerar conhecimentos sobre os aspectos relacionados a redes de colaboração e capital social, com vistas à melhoria das condições de trabalho e a saúde e bem-estar dos envolvidos. Assim, esta pesquisa poderá subsidiar políticas públicas sobre a questão e vir, indiretamente, influenciar positivamente suas condições de trabalho.

4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por estar participando desta pesquisa, você será encaminhado(a) à Ms. Darli Chahine Baião, telefone (85) 991011002 para que esta tome as providências necessárias e caso seja necessário encaminhá-lo ao atendimento psicológico.

5.CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e os dados serão manipulados apenas pelo pesquisador entrevistador e o seu nome não aparecerá em lugar algum nas apresentações públicas ou privadas da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

6.ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito desta pesquisa e/ou dos métodos utilizados, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. Quanto também no que se refere à obtenção de informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa:

Darli Chahine Baião
Universidade de Fortaleza
Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Bloco N, Sala 13 - PPGPsi
TELEFONE: (85) 3477-3219
Horário de atendimento: segunda-feira a sexta-feira, em horário comercial.

7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar desta pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador. O(a) Sr.(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo nenhum.

Você ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido "TCLE" apondo sua assinatura na última página do referido Termo. A Ms. Darli Chahine Baião deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

() aceito participar

() não aceito participar

CONSENTIMENTO POS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o SR(a) _____, portador(a) da célula de identidade _____, declara que após a leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas, que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, e não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Pesquisador responsável: Darli Chahine Baião
(85) 991011002; darlibaiao@gmail.com

